

GISAP:

MEDICAL SCIENCE, PHARMACOLOGY

International Academy of Science and Higher Education
London, United Kingdom
Global International Scientific Analytical Project

№10 Liberal* | July 2016



GISAP

MEDICAL SCIENCE, PHARMACOLOGY

Expert board:

Shorena Vashadze (Georgia), Susanne Krause (Germany), Bakar Sudhir (India, USA), Marvat Khaibullin (Kazakhstan), Alexander Chiglintsev, George Cruikshank (UK), Yuriy Lakhtin, Alex Pavlov, Ekaterina Smetanina, Vasyl' Ruden' (Ukraine).

GISAP: Medical Science, Pharmacology №10 Liberal* (July, 2016)

Chief Editor – J.D., Prof., Acad. V.V. Pavlov

Copyright © 2016 IASHE

ISSN 2053-7751

ISSN 2054-0795 (Online)

Design: Alexander Stadnichenko, Tatyana Gribova, Inna Shekina, Yury Skoblikov

Published and printed by the International Academy of Science and Higher Education (IASHE)

1 Kings Avenue, London, N21 3NA, United Kingdom

Phone: +442071939499, E-mail: office@gisap.eu, Web: <http://gisap.eu>

• No part of this magazine, including text, illustrations or any other elements may be used or reproduced in any way without the permission of the publisher or/and the author of the appropriate article.

Print journal circulation: 1000

“* – Liberal – the issue belongs to the initial stage of the journal foundation, based on scientifically reasonable but quite liberal editorial policy of selection of materials. The next stage of development of the journal (“Professional”) involves strict professional reviewing and admission of purely high-quality original scientific studies of authors from around the world”.

CONTENTS

I. Mereuta, P. Rusu, V. Laur , <i>Oncology Institute of Moldova, Moldova</i> SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER WITH LOCAL-REGIONAL EXTENSION	3
G. Buta, E. Buta , <i>Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova</i> Z. Kobylyanu , <i>Republican Clinical Hospital, Moldova</i> IDENTIFICATION OF THE ADVERSE FACTORS THAT CONNECTED WITH INVASIVE MEDICAL PROCEDURES	5
K. Etsko, L. Goma, N. Globa, N. Zarbailov, G. Tomasz , <i>Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova</i> QUALITY – THE MAIN VALUE IN THE FAMILY MEDICINE MANAGEMENT	9
D. Marku , <i>Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy, Moldova</i> SELECTION OF ANTIMYCOTIC DRUGS USED TO TREAT THE CANDIDIASIS OF ORAL MUCOSA	13
E.B. Gayoshko , <i>Ivano-frankivsk National Medical University, Ukraine</i> INNOVATIVE TECHNOLOGY FOR WOUND HEALING DURING THE DENTAL EXTRACTIONS	16
P.A. Moskalenko, Yu.V. Lakhtin, Yu.V. Smeyanov , <i>Sumy State University, Ukraine</i> A.A. Levkov , <i>Ukrainian Medical Stomatological Academy, Ukraine</i> APPLICATION OF SALIVA CRYSTALLOSCOPY METHODS IN THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMOURS OF SALIVARY GLANDS AND SJÖGREN DISEASE	20
M. Horosh, I. Golovanov , <i>Ukrainian Medical Dental Academy, Ukraine</i> STATE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN THE POLTAVA REGION IN 2009-2014: INCIDENCE, PREVALENCE, MORTALITY	24
S. Pavliy , <i>Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine</i> R. Pavliy , <i>State Institution “Lviv Research Institute of Epidemiology and Hygiene Ministry of Health of Ukraine”, Ukraine</i> DRUG SENSITIVITY OF MICROBIAL FACTORS OF UROGENITAL INFECTIONS	29
L.V. Grigorenko , <i>Dnepropetrovsk Medical Academy, Ukraine</i> LEGALIZATION OF EUTHANASIA OR THE ASSISTED SUICIDE: ILLUSION OF SECURITY	31
E.I. Smetanina, Y.O. Hrynkiv , <i>Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine</i> PROBLEM OF PHARMACEUTICAL PROVISION OF ELDERLY PATIENTS WITH EPILEPSY	36

CONTENTS

Mereuta I., Rusu P., Laur V., Oncology Institute of Moldova, Moldova SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER WITH LOCAL-REGIONAL EXTENSION	3
Бута Г., Бута Е., Молдавский Государственный Университет Медицины и Фармации <i>им. Николая Тестемицану, Молдова</i> Кобьяляну З., Республиканская Клиническая Больница, Молдова ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ СВЯЗАННЫХ С ИНВАЗИВНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ПРОЦЕДУРАМИ	5
Ецко К., Гома Л., Глоба Н., Зарбаилов Н., Томаш Г., Молдавский Государственный Университет Медицины <i>и Фармации им. Н. Тестемицану, Молдова</i> КАЧЕСТВО – ГЛАВНАЯ ЦЕННОСТЬ В МЕНЕДЖМЕНТЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ	9
Марку Д., Молдавский Государственный Университет Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану, Молдова ВЫБОР АНТИМИКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	13
Гайошко Е.Б., Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ПОДХОД ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УСЛОВИЙ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ	16
Moskalenko P.A., Lakhtin Yu.V., Smeyanov Yu.V., Sumy State University, Ukraine Levko A.A., Ukrainian Medical Stomatological Academy, Ukraine APPLICATION OF SALIVA CRYSTALLOSCOPY METHODS IN THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMOURS OF SALIVARY GLANDS AND SJÖGREN DISEASE	20
Хорош М.В., Голованова И.А., Украинская медицинская стоматологическая академия, Украина СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2014 ГОДА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ	24
Pavliy S., Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine Pavliy R., State Institution "Lviv Research Institute of Epidemiology and Hygiene Ministry of Health of Ukraine", Ukraine DRUG SENSITIVITY OF MICROBIAL FACTORS OF UROGENITAL INFECTIONS	29
Григоренко Л.В., Днепрпетровская медицинская академия МУЗ, Украина ЛЕГАЛИЗАЦИЯ ЭВТАНАЗИИ ИЛИ АССИСТИРОВАННОГО САМОУБИЙСТВА: ИЛЛЮЗИЯ БЕЗОПАСНОСТИ	31
Сметанина Е.И., Гринькив Я.О., Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого, Украина ПРОБЛЕМАТИКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	36

SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL CANCER WITH LOCAL-REGIONAL EXTENSION

I. Mereuta, Doctor of Medicine, Full Professor
P. Rusu, Doctor of Medicine, Full Professor
V. Laur, Surgeon-Proctologist Oncologist
Oncology Institute of Moldova


Even though colorectal cancer is less prevalent than various other oncological diseases of other organs, it still remains a very serious affliction. Complete resection of the tumor and its zone of lymphogenic metastasis is still the main method of treatment.

Common principles of surgical treatment of colon cancer are: radicalness, ablastics, asepticism and providing safe way for gastric contents to exit, preferably in a natural way. The success of surgical treatment largely depends on proper preparation of the colon.

In the last years, colorectal cancer with regional extension forms requiring surgical and complex treatment, became more and more widespread.

Keywords: colorectal cancer with local regional extension, surgical and complex treatment, complex treatment.

Conference participants

 Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1387>

Clinical studies are the basis for promoting the modern methods of treatment, introduction of new medications for clinical usage, as well as the diagnostic and therapeutic procedures. Involvement in the clinical studies is primarily based on assuring the security of the patient and getting a complete course of treatment by the patient regardless of the group he/she is in.

In the last decades colorectal cancer took the leading position among other oncological diseases in Europe and USA, but the mortality rate has decreased to 40% since the 90's.

Epidemiologic investigations in most developed countries helped discover a close connection between the increasing morbidity rate of the colorectal cancer and three main factors:

- The increasing consumption of animal fats and proteins;
- The decreasing consumption of dietary fibres. Excessive refinement of carbohydrates leads to the reduction of the non-absorbable cellulose, which represents a kind of absorbents for exogenous and endogenous carcinogenic substances; it also leads to increase in time it takes for substances to pass through the intestines.
- The less dynamic style of living of modern individuals, which also leads to the decreased passage speed through the intestines.

Colorectal cancer is the third in frequency both in men (663,904 cases, representing 10.0% of all malignancies) and women (571,204 cases - 9.4% of all malignancies) in the whole world. New research on colorectal cancer (CRC) has been imposed by the continuous

increase of the disease incidence both in developed countries, which have already registered high levels of prevalence, and in countries where CRC rates were not concerning before. Colorectal cancer (CRC) is nowadays one of the most frequent malignant tumours in the Western world, leading to local invasion or adhesion to surrounding organs in 5% to 20% of the patients. Such situation may demand different operative strategies and technical skills from the surgical team. In this context, a proper oncologic approach includes an en-bloc multivisceral resection of all organs and/or structures involved. Since the distinction between inflammatory or neoplastic adhesions can only be achieved through pathological assessment, separation of the affected organs is not advised to prevent dissemination of malignant cells and tumour perforation. Although locally advanced colorectal lesions were considered inoperable just a couple of decades ago, more extensive procedures are nowadays the only chance for a cure, besides the actions with potentially greater operative risk. Locally advanced primary and locally advanced recurrent cancer of the colon and the rectum are surgically challenging due to clinical presumption of tumour involvement in others structures and organs. The estimated need for extensive surgical resection, often with multivisceral en-bloc resection is crucial for preoperative surgical planning. As for the primary and the recurrent tumours, postoperative long-term survival is achievable, but only after complete R0-resection. The role of neoadjuvant and adjuvant therapy continues to be prevalent in

this era of biological chemotherapies as a multimodal treatment providing an opportunity for the technical realization of resection and improving the long-term survival. Definition of locally advanced disease is necessary in order to achieve practical and theoretical clarity regarding a relatively big percentage of patients with colorectal cancer who are to be treated by a surgeon. Some patients with cancer of the colon or rectum present a different shape and extent of locally advanced primary or recurrent tumour, but in the stage of non-metastatic disease, which, despite the lack of generalization, might be resected. Unresectability criteria are variable and not clearly defined.

Purpose of the research: To improve results of complex treatment of colorectal cancer with local-regional extension through the study of clinical specificity of colorectal cancer with local-regional extension; to create new methods of surgical and complex treatment.

Materials and methods: The study group consisting of 86 patients.

The vast majority of patients with colorectal cancer with expansion to the adjacent organs were in the sixth decade of their life (34.9%), followed by patients in the fifth decade (29.1%). The patients were mainly female - 53.5%, compared to the male percentage of 46.5%.

Results and discussion: CC with tumour extension to adjacent organs and tissues most often (39.5%) occurred in the sigmoid intestine, followed by the ascending portion (20.9%), hepatic angle (16.3%), cecum (13.9%), descending colon (4.7%), transverse colon and

splenic angle (2.3%). Out of 86 patients, II (T3-4 NO MO) evolutionary stages of the disease were in 46.5% patients. It should be noted that in this group of patients in 33 cases out of 40 (82.5%) the evolutionary stage of the disease was classified as T4tumour with invasion of the intestinal wall, including the serous layer, and in some cases intestinal mesentery. A group of patients with metastases in regional lymph nodes represents 53.5% cases. In most cases (51.2%) is extended as colon cancer tumour locations compared to the left colon (46.5% cases). Organs and tissues that were involved in the neoplastic process: retroperitoneal and paraneural tissue (27.9%), small intestine (20.9%), abdominal wall (14%), mesocolon (14%). Uterine annexes, uterus (8.1%), urinary bladder (4.7%) were involved in the cases of sigmoid bowel cancer tumours. In 89.5% of cases after tumour excision, the restoration of intestine continuity did not require protective colostomy. 9 (10.5%) patients were used the reason for the association of intestinal occlusion was used colon resection with intestinal anastomosis with application of protective colostomy.

ICC was performed over 50 (58.1%) patients. The most common ICC were in the small intestine and colon resections-18 (20.9%) patients and abdominal wall resection-12 (13.9%) patients. In 13.9% of cases affected colon tumours invaded meso, 17.4% and 10.5% retroperitoneal tissue and paraneural tissue respectively. Operations performed under such conditions were considered as typical. Overall, ICC-removal of a segment of bowel with tumours was done to 50 (58.1%) patients. In 36 (41.9%) patients with local colon cancer that spread to meso- and paraneural and retroperitoneal tissue typical operations were performed depending on tumour localization.

The most common colon resections ICC were combined with resection of the small intestine in 20.9% cases. Pathomorphological study of pieces removed in surgery brought to a conclusion that tumour invasion of the neighbouring organs in 67.4% of cases and the tumour adjacent organ damage in 32.6% of cases proved to be of inflammatory origin.


Colorectal cancer is extremely susceptible for treatment in its early

stages. That is why scientists are carrying out expositional work regarding periodical health examinations and are also developing different methods for early diagnosing of the disease.


References:

1. APACHE II, POSSUM, and ASA scores and the risk of perioperative complications in patients with colorectal disease., N. Crea, F. Di Fabio, G. Pata, R. Nascimbeni., *Ann. Ital. Chirurg.* 2009. - Vol. 80, No. 3., p. 17781.

2. CD24 shows early upregulation and nuclear expression but is not a prognostic marker in colorectal cancer., M.A. Ahmed, A. Al-Attar, J. Kim et al., *J. Clin. Pathol.* 2009. - Vol. 62, No. 12., pp. 1117-22.


 <http://dx.doi.org/10.1136/jcp.2009.069310>

3. Colon and rectum. In: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. N.Y., Springer, 2010., p. 143.


 http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-88441-7_14

4. Colorectal cancer., K. Takahashi, H. Matsumoto, T. Yamaguchi et al., *Gan to Kagaku Ryoho.* 2009., Vol. 36, No. 9., pp. 1408-13.


5. Efficacy of an endo-knife with a water-jet function (Flushknife) for endoscopic submucosal dissection of superficial colorectal neoplasms., Y. Takeuchi, N. Uedo, R. Isnihara et al., *Amer. J. Gastroenterol.* - 2010., Vol. 105, No. 2., pp. 314-22.

 <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2009.547>


6. Guenaga K., Atallah A.N., Castro A.A. et al. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery., *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009. No. 1. CD001944.

 <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd001544.pub3>

7. Johnston P.G. Prognostic Markers of local Relapse in rectal cancer: Are we any Further forward. *J. Clin. Oncol.* Vol. 24, No. 25, 4049-4050, 2006.

 <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2006.06.6530>

8. Leung E., Ferjani A.M., Kitchen A. et al. Risk-adjusted scoring systems can predict surgeons' performance in colorectal surgery., *Surgeon.* 2011. No. 9 (1), pp. 3-7.

 <http://dx.doi.org/10.1016/j.surge.2010.07.008>


9. Maxwell-Armstrong C., Scholefield J. *Colon cancer.*, 2001. - Oxford.

10. Meyerhardt J., Saunders M. *Rak tolstoj kishki [Colon Cancer].*, Per. s angl. Moskva: OOO «Rid Jelsiver», 2009. - 186 p.


11. Outcomes of total pelvic exenteration for colorectal cancer., M. Nishio, C. Sakakura, T. Nagata et al., *Hepato-Gastroenterology.* - 2009., Vol. 56, No. 96., pp. 1637-41.

12. Rusu P. Optimizarea tratamentului chirurgical radical în cancerul colorectal ocluziv. Raport, *Moldexpo 11.09.2014.* - Chişinău

13. Saif, M.W. Secondary hepatic resection as a therapeutic goal in advanced colorectal cancer., M.W. Saif., *World J. Gastroenterol.* - 2009., Vol. 15, No. 31., pp. 3855-64.

 <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.3855>

14. Teeuwen P.H, Bremers A.J., Groenewoud J.M. et al. Predictive value of POSSUM and ACPGBI scoring in mortality and morbidity of colorectal resection: a case-control study., *J. Gastrointest. Surg.* - 2011., No. 15 (2), pp. 294-303.

 <http://dx.doi.org/10.1007/s11605-010-1354-0>

15. Aliev S.A. Kolorektal'nyj rak: zaboлеваemost', smertnost', invalidnost', nekotorye faktory riska [Colorectal cancer: morbidity, mortality, disability, some risk factors.], S.A. Aliev, Je.S. Aliev., *Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova.* 2007., No. 4., pp. 118-122.1.

Information about authors:

1. Ion Mereuta - Doctor of Medicine, Full Professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: ion.mereuta@usmf.md

2. Porfirie Rusu - Doctor of Medicine, Full Professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: ion.mereuta@usmf.md

3. Veaceslav Laur - Surgeon-proctologist Oncologist, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: ion.mereuta@usmf.md

IDENTIFICATION OF THE ADVERSE FACTORS THAT CONNECTED WITH INVASIVE MEDICAL PROCEDURES

G. Buta¹, Candidate of Medicine, Associate Professor
E. Buta², Resident in Surgery
Z. Kobylyanu³, Candidate of Medicine, Associate Professor
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Moldova^{1,2}
Republican Clinical Hospital, Moldova³

The safety of patients is a serious challenge for the health systems around the world. The hospital infections are a considerable issue in the field of healthcare. In the current study authors have evaluated the patients' safety in the process of performing invasive medical procedures, as well as the risk factors associated with infections. Epidemiological method was used. It allowed to determine the patterns of "cause and effect" in the development and manifestation of the epidemical processes at the *PMSI SMU of the Republic of Moldova.

Identification of etiological cases of nosocomial infection was based on the results of bacteriological and biological research of mediums taken from patients with septic-purulent infections. In order to determine the real number of adverse events related to the area of surgery 740 sheets of disease were studied. The detected flora has been studied to test the sensitivity to antibiotics.

Keywords: patient safety, nosocomial infection, medical procedures, bacteriological investigations.

Conference participants

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ СВЯЗАННЫХ С ИНВАЗИВНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ПРОЦЕДУРАМИ

Бута Г.¹, канд. мед. наук, доцент
Бута Е.², резидент в хирургии
Кобыляну З.³, канд. мед. наук, доцент
Молдавский Государственный Университет Медицины и Фармации им. Николая Тестемитану, Молдова^{1,2}
Республиканская Клиническая Больница, Молдова³

Безопасность пациентов является вопросом повышенной обеспокоенности в области системы здравоохранения во всем мире. Внутрибольничная инфекция является одним из самых больших проблем в области системы здравоохранения.

Цель исследования: является оценка безопасности пациентов при проведении инвазивных процедур и факторы риска связанные с внутрибольничной инфекцией. Для достижения цели был использован метод ретроспективного эпидемиологического надзора.

Был использован эпидемиологический метод исследования, который позволил определить причинно следственные закономерности в развитии и проявлении внутрибольничных инфекций Национального научно-практического центра скорой медицинской помощи *ННПЦСМП. Определение и описание этиологии случаев внутрибольничной инфекции было основано на результатах бактериологического исследования биологических сред, взятых у пациентов с гнойно-септической инфекцией. При определении количества случаев внутрибольничных инфекций были изучены 740 больничных листов. Обнаруженная флора была подвергнута проверке на чувствительность к антибиотикам.

Ключевые слова: безопасность пациентов, внутрибольничная инфекция, медицинские процедуры, бактериологические исследования.

Участники конференции



Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1388>

Безопасность пациентов является вопросом повышенной обеспокоенности в области системы здравоохранения во всем мире и представляет большой интерес для многих международных организаций, к примеру ВОЗ. По данным ВОЗ, внутрибольничные инфекции достигают уровня от 8,0% до 21,0% от общего количества госпитализированных больных, составляя 75,0% от общей смертности в хирургических стационарах [5, 6].

В настоящее время безопасность пациента является одним из самых больших проблем в области системы здравоохранения во всем мире [1].

На 230 млн. ежегодно проводимых хирургических операций, приходится семь миллионов случаев осложнений и более 1 млн. пациентов умирают в хирургических отделениях. В результате ошибок допущенных в области безопасности пациентов каждый год в США умирают 44000-98000 пациентов, а в Странх Евросоюза количество больных страдающих во время

госпитализации составляет 8-12% [2, 4, 7].

В настоящее время в Республике Молдова нет официальных статистических данных в области безопасности пациентов. Существующие отчеты представляют следующую картину внутрибольничной заболеваемости от инфекций: среди прооперированных пациентов - 1,8 на 1000; среди новорожденных - 6,7 на 1000; среди рожениц - 3,9 на 1000. Сравнительный анализ этих данных с данными ВОЗ и другими исследованиями указывают на то, что в Молдове они значительно занижены [1, 7].

Внутрибольничная и внебольничная заболеваемость от инфекций представляет собой особую проблему для пациентов и учреждений предоставляющих медицинские услуги во всех странах и являются объектом пристального внимания средств массовой информации.

Цель исследования. Оценка безопасности пациентов при проведе-

нии инвазивных процедур и факторы риска связанные с внутрибольничной инфекцией.

Клинические исследования были проведены на базе **Национального научно-практического центра скорой медицинской помощи (ННПЦСМП)**. Для достижения цели были определены следующие задачи: идентификация внутрибольничной инфекции в ННПЦСМП за 2014 год; определение этиологии внутрибольничных инфекций; определение площади распространения и спектра устойчивости микроорганизмов к антибиотикам, антисептикам и дезинфицирующим средствам.

Материалы и методы исследования. Для достижения цели был использован метод ретроспективного эпидемиологического надзора. Исследование проводилось в течении 12 месяцев (с января по декабрь 2014 года). Объектами исследования служили хирургические отделения ННПЦСМП санитарные условия больницы, ис-

тории болезней, а так же результаты бактериологических исследований.

Методы исследования. Был использован эпидемиологический метод исследования, который представляет собой набор процессов, предоставляющих количественную и качественную оценку заболеваемости населения по нозологическим формам, группам населения (пол, возраст, род занятий и т.д.), по времени и месту, и т.д. Это позволило определить причинно следственные закономерности в развитии и проявлении внутрибольничных инфекций в ННПЦСМП. Применение этого метода на практике определяется как эпидемиологическая диагностика [3].

Исследования проводились в шести отделениях хирургии и травматологии ННПЦСМП. Дополнительными исследованиями служили методологии разработанные и применяемые в практике отечественных ученых. Оценка качества больничной среды была основана на результатах бактериологических исследований, проб воды, воздуха, стерильных материалов и т.д., предусмотренных приказом № 140 Министерства Здравоохранения РМ. Всего было проанализировано 423 образца, в том числе 351 проба лаважа и 62 пробы на стерилизацию, а так же взято 10 проб воздуха.

Определение и описание этиологии случаев внутрибольничной инфекции было основано на результатах бактериологического исследования биологических сред, взятых у пациентов с гнойно-септической инфекцией.

При обработки статистического материала был применен метод математического анализа - систематизация материала посредством процесса централизации и группировки по параметрам и уровням. Были определены формы распределения; рассчитаны интенсивные и экстенсивные показатели; измерялась интенсивность взаимосвязей причинным методом корреляционного анализа.

Результаты. За 12 месяцев 2014 года в **Национальный научно-практический центр скорой медицинской помощи (ННПЦСМП)** г. Кишинева была оказана медицинская помощь 18421 пациенту. В этот период были выполнены 10477 операций.

За исследуемый период было зарегистрировано 79 случаев внутрибольничной инфекции, из которых 58,2% случаев было выявлено в ходе ретроспективных эпидемиологических исследований.

При определении количества случаев внутрибольничных инфекций были изучены 740 больничных листов, из которых 6,2% составляли нозокомиальные инфекции.

Индекс частоты обнаружения нозокомиальной инфекции составил от 0% в отделении урологии до 30,4% в отделении абдоминальной хирургии. В то же время в отделениях травматологии и гинекологии было зарегистрировано 45,0% и 33,3% случаев соответственно.

Преобладающими клиническими проявлениями гнойно-септической инфекции являются следующие нозологические формы: остеомиелит, флегмона, и абсцессы. В травматологическом отделении остеомиелит вырос с 31,9% в 1997 г. до 41,3% в 2014 г., в то время как флегмоны составили 7,5% в 1997 г. и 25,0% в 2014 г. В то же время в отделении челюстно-лицевой хирургии отмечалось сокращение случаев заражения ран с 31% в 1997 году до 3,6% в 2014 году - и остеомиелита с 7% в 1997г. до 2,4% в 2014 г.

Исследование показало, что послеоперационные внутрибольничные инфекции во втором хирургическом отделении отмечаются стабильно течении года с небольшим увеличением до 2,0% в год по сравнению со среднегодовым уровнем.

Большинство случаев внутрибольничных инфекций во всех хирургических отделениях ННПЦСМП были обнаружены в апреле (21,8%), июне (15,6%) и октябре (12,5%). в то время как в хирургическом отделении № 1 - в марте (27,3%), в январе (18,2%) и в июне (18,2%). Анализ бактериологического исследования внутрибольничных инфекций проводимого в случаях официальных сообщений в 2014 году, составил 539 случаев, из которых 60,1% относился к стрептококковой инфекции, 35,3% - к энтеробактериальной инфекции и 4,6% к другим микроорганизмам. В 1997 году эти показатели составляли 63,3%, 33,8% и

2,9% соответственно. В свою очередь остеомиелит вызывается стрептококковой инфекцией в 53,0% случаев и энтеробактериальной инфекцией в 47,0% случаев. В отделение общей травматологии преобладающим возбудителем остеомиелита является стафилококк (46,0%) в то время как в челюстно-лицевом отделении преобладающими возбудителями являются *S.epidermidis* (30,5%) и *Str. pyogenes* (28,8%) (рис. 1).

В 80% случаев флегмоны вызваны грамположительными микроорганизмами.

В отделении абдоминальной хирургии и травматологии в 43,3% и 29,3% соответственно случаи флегмоны вызывались *S. aureus*. В челюстно-лицевом отделении флегмоны были вызваны *S. epidermidis* (31,0%) и *Str. pyogenes* (29,3%). Доминирующая роль принадлежит *S.aureus* (21,6%), *S.epidermidis* (17,6%), *E.coli* (15,7%) și *Str. fecealis* (13,7%).

В 2014 году в отделении челюстно-лицевой хирургии внутрибольничная инфекция вызывалась в 100% случаев кокками. В 1997 году этот показатель составлял 85,7%. Обнаруженная флора была подвергнута проверке на чувствительность к антибиотикам.

Антибиотикограмма была представлена 21 препаратом, которые использовались в клинической практике, а именно препаратами: пенициллинового ряда, гентамицином, мономицином, ампициллином, эритромицином, олеандомицином, полимиксином, левомицином, тетрациклином, стрептомицином, неомицином, каномицином, линкомицином, доксициклином, оксациллином, фузидином, цефалексином и т.д.

В 2014 г. была отмечена высокая устойчивость к гентамицину (51,3%) и к пенициллину (7,1%).

В течении 2014 г. в ННПЦСМП были собраны и исследованы 30176 образцов окружающей среды больницы, включая тесты на смывы 70,6%, 26,8% и 2,6% тесты на стерильность воздуха. Из общего числа исследованных образцов были обнаружены 519 положительных тестов и 1,4% проб воздуха не соответствовали санитарно-гигиеническим нормам (таб. 1).

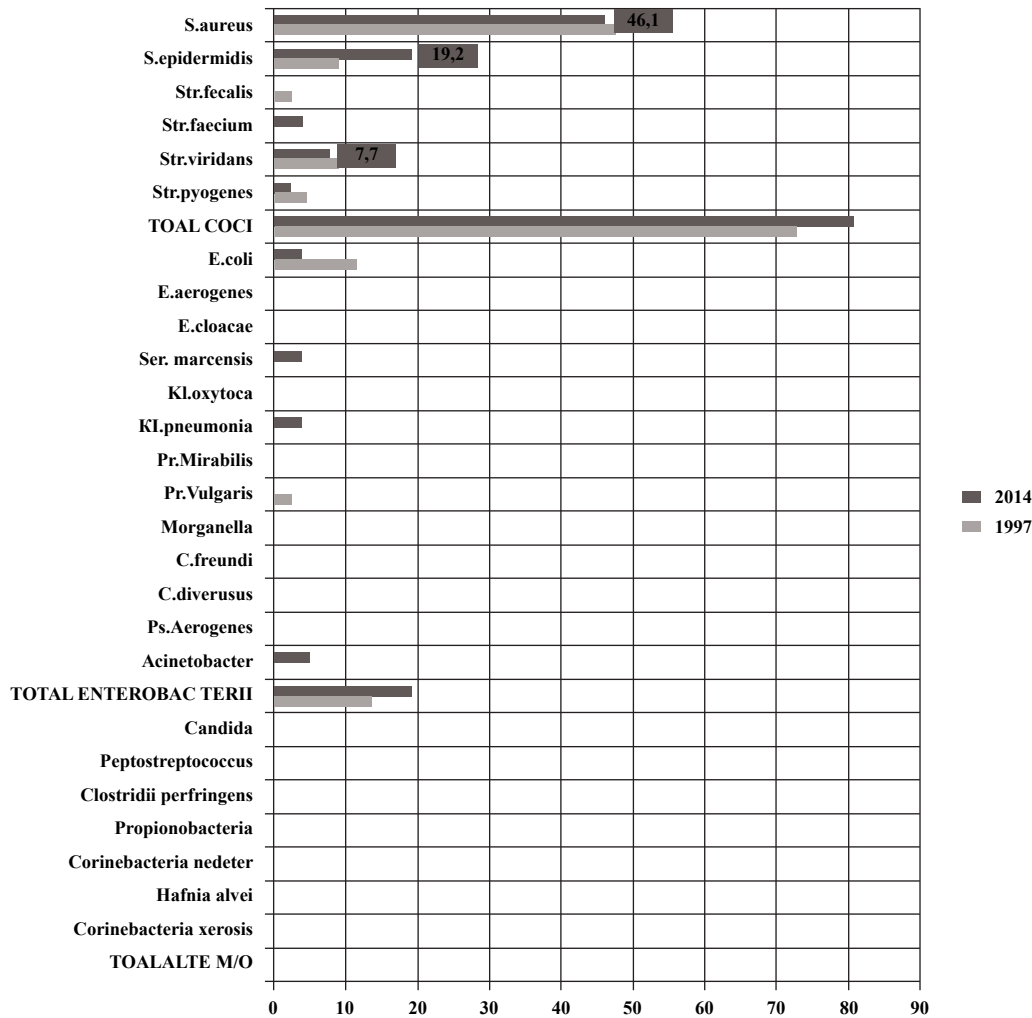


Рис. 1. Этиологическая структура флегмон в отделении травматологии ННПЦСМП

Табл. 1.

Эпидемиологические результаты образцов гигиенического качества
взяты из больницы ННПЦСМП в 2014 г.

№	Материал для бактериологического исследования	Количество взятых, проб (абс. показ.)	Число положительных проб	
			абс. показ.	%
1.	Смывы	21295	386	1,8
2.	Образцы окружающей среды	8095	123	1,5
3.	Стерильность воздуха	786	11	1,4
	Всего	30176	519	1,7

Тем не менее, отмечается несоответствие индекса частоты исследованных смывов с данными полученными из отделения.

Таким образом, диапазон индекса частоты исследования смывов варьировал от 0,8% в травматологическом отделении до 5,6% в ортопедическом отделении, а положительный резуль-

тат на S.aureus – от 0,2% во II хирургии и операционном блоке до 3,9% в нейрохирургическом отделении.

Исследование показало, что структура смывов положительной бактериальной флоры составляет 19,0%, в случаях S.aureus; - 18,6% в случаях e.cloacae; 17,4% в случаях acinetobacter; 14,6% в случаях Str.

fecalis и так далее. Процентное соотношение грамотрицательных бактерий составляет 66,4% в то время как кокковая инфекция представляет 33,6% от общего положительного смыва.

Качество окружающей среды воздуха представленно 0,4% проанализированных образцов, которые не отве-

чают санитарно-бактериологическим показателям.

Индекс частоты положительных бактериологических проб воздуха колеблется между 0% в I, II и III отделении травматологии, ортопедии, челюстно-лицевой хирургии, гинекологии и микрохирургии до 2,9% в отделении реанимации.

Мы определили важность оценки частоты обнаружения положительных образцов, взятых из больницы и ее ежегодный рост в динамической серии вариации. Самый высокий уровень этих показателей характерен для февраля, апреля, августа, сентября и октября.

Выводы.

1. В Республике Молдова проводится официальный мониторинг внутрибольничных инфекций.

2. Индекс частоты нозокомиальной инфекции в ННПЦСМП составляет 6,2% от общего числа госпитализированных пациентов. Этиологический фактор представлен грамотрицательной флорой, характерной для пациентов абдоминальной хирургии,

а так же S.aureus для пациентов травматологии.

3. В 2014 отмечалась высокая устойчивость энтеробактерий к гентамицину (51,3%) и стрептококков к пенициллину (7.1%).

References:

1. ARMEAN, P. Analiza sistemelor de sănătate din perspectiva calității. Management în sănătate, 2002. nr. 3, pp. 24–27.

2. BOUD, D; KEOGH, R; WALKER, D. Reflection, turning experience into learning. - London, Kogan Page Ltd, 1985.

3. JABA, E. Statistica. Iași, Economica, 2000.

4. LEUG, W. How to design a questionnaire. Student British Medical Journal, 2001, 9:187–189.

5. Directorate-General for Health and Food Safety., Access mode: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009 (23.03.2015).

6. Canadian Patient Safety Institute (CPSI)., Access mode: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/> (03.03.2015).

<http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2005.17654>

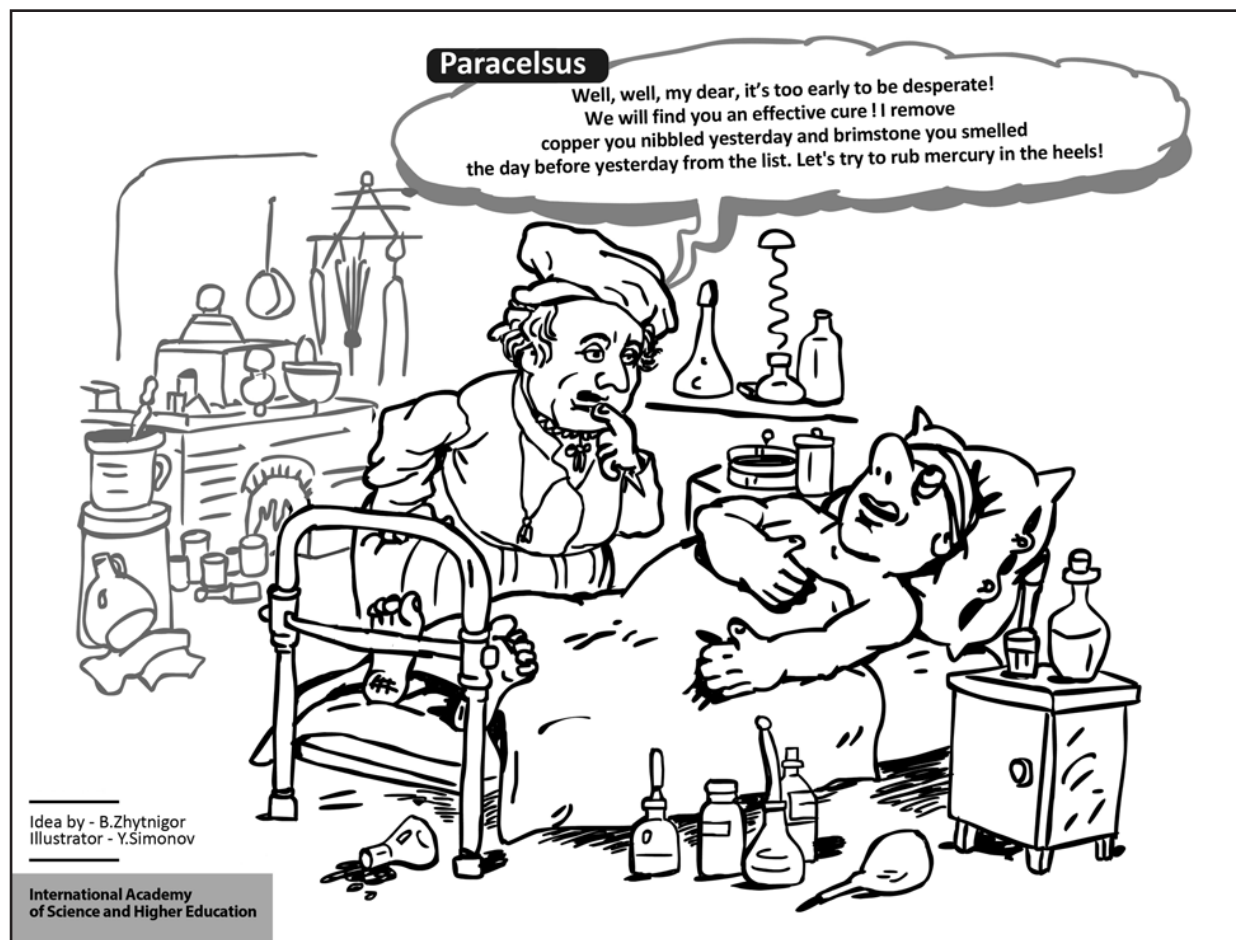
7. PĂDURE, A. Riscurile de malpraxis în Republica Moldova. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2013, nr. 1, pp. 16-20.

Information about authors:

1. Galina Booth - Candidate of Medicine, Associate Professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: galina.butu@usmf.md

2. Elena Bout - Resident in Surgery, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: galina.butu@usmf.md

3. Zinaida Kobylanu - Candidate of Medicine, Associate Professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: galina.butu@usmf.md



QUALITY – THE MAIN VALUE IN THE FAMILY MEDICINE MANAGEMENT

K. Etsko, Doctor of Medicine, Professor.
L. Goma, Ph.D., Associate Professor
N. Globa, Master of Public Health
N. Zarbailov, Ph.D., Associate Professor
G. Tomasz, Master of Public Health

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Moldova

The issue of quality and efficiency of health care today is of high priority among the large number of health-related topics in the Republic of Moldova. The quality assessment of care is undertaken using certain criteria, standards of structure, process and results of the medical establishment, i.e. the presence of standards. The authors of the paper have examined the strengths and weaknesses of family medicine, as well as the risks and opportunities offered by the environment. Using the method of causal relationship and Ishikaw diagram the main causes leading to low quality of services provided to the patients were analysed. The questionnaire, which covered 52 patients from Comrat and Edinet district, showed that the majority of respondents supported the idea of having the institution of family doctors. But at the same time the patients expressed dissatisfaction with the quality of services in family medicine. A number of other problems were also identified.

Keywords: quality management in family medicine, SWOT, Ishikaw diagram or “fish bone”, private sector in family medicine, social marketing.

Conference participants

КАЧЕСТВО – ГЛАВНАЯ ЦЕННОСТЬ В МЕНЕДЖМЕНТЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Ецко К., д-р медицины, проф.
Гома Л., Ph.D., доцент
Глоба Н., магистр охраны здоровья
Зарбаилов Н., Ph.D., доцент
Томаш Г., магистр охраны здоровья
Молдавский Государственный Университет Медицины и
Фармации им. Н. Тестемитану, Молдова

Проблема качества и эффективности медицинской помощи сегодня занимает приоритетное место в большом количестве проблем здравоохранения РМ. Анализ качества медицинских услуг предусматривает наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, т.е. наличие стандартов. В работе были рассмотрены сильные и слабые стороны семейной медицины, а так же риски и возможности, которые предоставляет окружающая среда. С помощью метода причинно-следственной связи, диаграммы Ишикава были рассмотрены основные причины ведущие к низкому уровню качества услуг предоставляемых в семейной медицине. Опрос 52 пациентов Центров Семейных Врачей Комратского и Единецкого района показал, что большинство респондентов поддержали идею института семейных врачей, но при этом выразили недовольство качеством предоставляемых услуг в семейной медицине и обозначили ряд проблем.

Ключевые слова: Менеджмент качества семейной медицины, метод SWOT, диаграмма Ишикава или “рыбья кость”, частный сектор в семейной медицине, социальный маркетинг.

Участники конференции



Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1389>

Пути обеспечения качества возможно реализовать с помощью трех основных групп факторов, определяющих функционирование системы качества услуг в семейной медицине. Три основных группы факторов, обеспечивающих высокий уровень качества услуг в семейной медицине:

1. Новые формы организации и управления.
2. Методы контроля качества.
3. Совершенствование материально-технической базы Центров и Офисов Семейных Врачей, и прежде всего автоматизация технологических процессов.

Признано аксиомой, что обеспечить высокий и стабильный уровень качества медицинской помощи путем организации контроля, специально созданной для этого службой невозможно. Нужный результат может быть получен лишь за счет самостоятельного контроля качества медицинской помощи непосредственным исполнителем, т.е. путем развития самоконтроля врачей и медицинских сестер. Идея простая по сути, но сложная по исполнению: За качество медицинс-

кой помощи должны отвечать все.

Указанные принципы нового подхода к управлению качеством услуг предоставляемых в семейной медицине реализуются при помощи целого комплекса мер, из которого следует выделить следующие:

1. Обучение всего персонала методам статистического анализа. Этот процесс непременно начинается с обучения высших руководителей Центров Семейных Врачей (ЦСВ) и Центров Здоровья и затем постепенно охватывает нижестоящие уровни. В основе такого подхода лежит понимание того, что любое управленческое новшество, каким бы заманчивым оно ни казалось, будет, скорее всего, отвергнуто работниками нижних иерархических уровней, если они не увидят, что нововведение пользуется поддержкой со стороны высших руководителей.

2. Радикально новый подход к управлению качеством. Суть его может быть выражена как удовлетворение потребителя медицинских услуг. Но в роли потребителя в данной концепции выступает не только пациент, но и

каждый последующий участник технологической цепочки лечебно-профилактического учреждения.

3. Признание важности применения принципов нового подхода к управлению качеством на стадиях разработки медицинских технологий и конечных результатов деятельности семейного врача в целом. Серьезной проблемой является невыполнение правил Джурана: 85%-15% и Деминга 96%-4%. Дж. Джуран утверждал что, за 85% проблем качества отвечает система менеджмента, а за остальные 15% - исполнители. Э. Деминг усилил это правило. Он подчёркивал, что 96% проблем качества – это ответственность системы, на долю исполнителей приходится лишь 4%. Эти цифры возлагают основную ответственность за качества на систему менеджмента и её создателей. В семейной медицине ситуация совсем обратная – основная доля ответственности падает на исполнителей. В медицинских учреждениях ситуация выглядит так же: только около 4% ошибок медицинского персонала связано с их личными качествами (низкая квалификация, ха-

латность, равнодушие и пр.), а 96% зависит от дефектов организационных и медицинских технологий, уровня используемого оборудования, реактивов и уровня подготовки администрации.

4. Создание в лечебно-профилактическом учреждении автономных бригад качества, сформированных обычно на базе отдельных производственных участков, подразделений. Ответственность бригады за качество стимулирует ее к совершенствованию лечебного процесса, высвобождению времени, необходимого для более тщательного соблюдения технологических требований и стандартов.

5. Превращение понятия «качество» в ключевое слово новой философии управления. Для этого необходимо сломать привычные стереотипы управленческого мышления, ориентирующие организаторов здравоохранения, прежде всего на внедрение ресурсосберегающих технологий в здравоохранении. Этот процесс, как и любые попытки такого рода, встречает серьезное сопротивление со стороны основной массы организаторов здравоохранения среднего звена, не способных психологически воспринять идею, что с повышением качества издержки в конечном итоге снижаются.

Эту проблему необходимо решать с помощью организации массового экономического обучения организаторов здравоохранения [4].

Для наиболее полного представления о принципах обеспечения качественной медицинской помощи необходимо рассмотреть системную схему обеспечения качества с позиций классической работы А. Донабедьяна, который множество категорий качества свел к трем простым элементам и дал им название: структура, процесс и результат [6].

Преимущества и недостатки показателей качества в каждой из трех перечисленных областей сравниваются между собой в таблице 1.

В целях изучения качества предоставляемых услуг в семейной медицине, определения возможностей системы здравоохранения проведен критический анализ с использованием современных альтернативных методов оценки системы здравоохранения – SWOT – анализа.

Все необходимые данные были получены путем анализа нормативных документов, законодательных актов в области семейной медицины, изучения данных Национального Бюро Статистики, изучения внешней

среды, проведения анкетирования пациентов ЦСВ, сбора информации, источником которой являются СМИ, а также непосредственного общения с семейными врачами и наблюдения за их деятельностью, и т.д. [5].

На основании внутреннего аудита были проанализированы сильные и слабые стороны семейной медицины. Анализ внешней среды позволил выявить возможности и угрозы для её развития. Полученные данные были сведены в матрицу.

Выводы SWOT-анализа:

- Внешняя среда предоставляет возможности для развития
- Приоритетом является обретение финансовой самостоятельности и возможность заключения контрактов напрямую с ОМС.
- Введение частной практики ответственности самих граждан за здоровье, и привлечение специалистов из гражданского сектора, учителей, для просветительской работы ЗОЖ, внедрение межсекторального подхода.
- Высокая угроза неэффективного управления качеством
- Отсутствие критериев и показателей оценки качества
- Отток квалифицированных кадров из отрасли

Табл. 1.

Сравнение ценности показателей измерения медицинской помощи

	Структура*	Процесс**		Исходы с поправкой на группы риска***	
		Компьютерные данные	Записи в истории болезни	Компьютерные данные	Записи в истории болезни
Ценность, по мнению клиницистов	+	++	+++	+	++
Точность и воспроизводимость данных	+++	++	++	+	++/+++
Выявляет широкий круг значительных ошибок в лечении	-	+	++	+	+++
Низкая стоимость	++	++	+	++	+
Независимость от смещения случаев	++	+	+++	+	++
Показывает специфическое корректирующее действие	+++	+++	+++	+	+
Не зависит от профессионального суждения	++	+++	+/++	+++	+++

* Структура подразумевает характеристики используемых для медицинской помощи приспособлений, оборудования, персонала и администрации.

** Процесс включает характеристики оказываемой помощи.

*** Исход описывает результаты помощи в отношении состояния здоровья больных.

* – не имеет ценности; + – низкая ценность; ++ – средняя ценность; +++ – высокая ценность.

- Недостаток опыта и управленческих знаний руководителей
- Несовершенная законодательно-нормативная база
- Проблема глобального финансового кризиса
- Отсутствие мотивации врачей
- Склонность резидентов к узкой специализации.

Для того, что бы определить корневые проблемы низкого качества оказываемых услуг, а так же для того, чтобы можно было предпринять коррективные меры, можно прибегнуть к помощи диаграммы Ишикава или «рыбья кость», которая представляет собой взаимоотношение между следствием и его причинами.

Основные причины, приводящие к снижению качества в семейной медицине по диаграмме Ишикава являются: А - проблема финансирования; Б - кадровые ресурсы; В - проблема оснащения; Г – пациенты.

Предлагаем следующие методы устранения причин, приводящих к снижению качества в семейной медицине по диаграмме Ишикава:

А - не столь важен сам процесс финансирования, как грамотное распределение полученных финансовых средств,

Б - Необходимо повышать престиж и авторитет данной специальности.

В – внедрение финансового менеджмента и расчет амортизации как элемента издержек в стоимости услуг

Г – применение социального маркетинга, как формы вовлечения пациента в процесс участия деятельности семейного врача.

Считаем важным мнение пациентов по поводу качества медицинских услуг предоставляемых семейными врачами. В настоящее время практически все показатели касаются затрат на услуги здравоохранения и их производства, а данные о качестве услуг или удовлетворенности пациентов почти не собираются [2]. При принятии решений по вопросам здравоохранения жалобы и потребности пациентов, как правило, не учитываются

В ходе исследования было проведено анкетирование 52 пациентов Центра Семейных Врачей Комратского и Единецкого района в период январь – март 2014г. Из числа анкети-

рованных 68% составили женщины и 32 % мужчины. Опрос пациентов показал, что большинство населения не удовлетворено состоянием качества предоставляемых медицинских услуг. По данным этого опроса, всего 7% респондентов были «полностью удовлетворены» деятельностью системы семейной медицины, 22% - «частично», и 28% ответили, что совершенно не удовлетворены состоянием качества предоставляемых услуг в семейной медицине. Многие респонденты отметили, что, по их мнению, несмотря на их недовольство, их жалобы и потребности не учитываются. Только 5% тех, кто обращался к своему семейному врачу отметили, что неофициально платили за консультацию; 78% респондентов выразили недовольство организацией процесса предоставления услуг в семейной медицине, а именно наличие очередей, несмотря на предварительную запись, перебои с направлениями к специалистам; 42% участников анкетирования выразили недовольство оснащением ЦСВ. Особую озабоченность вызывали компетенция и уровень подготовки семейных врачей. Большинство респондентов 67% поддержали идею института семейных врачей, которые могли бы обеспечить пациенту и его семье более индивидуальный подход и постоянное наблюдение. 53% заявили, что хотели бы иметь альтернативу в виде частной практики в семейной медицине.

Выводы.

- Есть три основных группы факторов, обеспечивающих высокий уровень качества услуг в семейной медицине:

1. Новые формы организации и управления.
2. Методы контроля качества.
3. Совершенствование материально-технической базы Центров Семейных Врачей.

Анализ качества медицинских услуг предусматривает наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, т.е. наличие стандартов.

- В результате анализа SWOT семейной медицины определили, что в зону немедленного реагирования по-

падают такие угрозы, как неэффективное управление качеством и отсутствие критериев и показателей оценки качества и отток квалифицированных кадров из отрасли. Анализ возможностей показал, что в поля наиболее приоритетных возможностей попадают - обретение финансовой самостоятельности и возможность заключения контрактов напрямую с ОМС.

- С помощью метода причинно-следственной связи, диаграммы Ишикава были рассмотрены основные причины ведущие к низкому уровню качества услуг предоставляемых в семейной медицине (финансирование, оснащение, кадры, пациенты) и рассмотрены некоторые пути решения данных проблем.


- Опрос 52 пациентов ЦСВ показал, что большинство респондентов поддержали идею института семейных врачей, но при этом выразили недовольство качеством предоставляемых услуг в семейной медицине и обозначили ряд проблем (связанных с организацией процесса, с оснащением ЦСВ).

Внедрение частного сектора в семейной медицине способствует повышению качества предоставляемых услуг, т.к. предоставит альтернативу и конкуренцию учреждениям первичного относящихся к государственной системе здравоохранения. На наш взгляд, следует уделить внимание разработке нормативных актов разного уровня, а также подготовке различных программ, которые стимулировали бы внедрение частного сектора в семейную медицину. Необходимо применение социального маркетинга для улучшения качества услуг предоставляемых в семейной медицине.

References:

1. Atun RA (2007). PHC development strategy for Moldova. - London, Primary Care and Social Assistance Project [Grant 55808].
2. Berdaga V, Stefanet S (2001). Access of the population of the Republic of Moldova to health services. - Chisinau, Uited Nations Children's Fund.
3. Cashu I (2000). The politics and policy trade-offs of reforming the public pension system in post-communist


Moldova. Europe-Asia Studies, 52(4): 741-757.

 <http://dx.doi.org/10.1080/713663080>

4. Cercone J, Godinho J. (2001). The elements of health care system reform in Moldova. Eurohealth, 7(3 [Special Issue]): 40-41.

5. Ciocanu M et al. (2007). Rezultatele sondajului de opinie privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri Sanatate Publica, Economiesi Management in Medicina, 1(16):4-8.

6. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1996, pp. 166-206

 <http://dx.doi.org/10.2307/3348969>

7. Noye, D. Ghid practic pentru controlul calității - Principii, metode, mijloace, Ed. Tehnică, București, 2000, pp. 23-45.

Information about authors:

1. Konstantin Etsko – Doctor of Medicine, Professor, Academy “Stefan cel Mare” of Ministry of Internal Affairs; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: economiemanagement@yahoo.com

2. Ludmila Goma - Ph.D., Associate Professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy;

address: Moldova, Kishinev city; e-mail: economiemanagement@yahoo.com

3. Nina Globa - Master of Public Health, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: economiemanagement@yahoo.com

4. Natalia Zarbailov - Ph.D., Associate Professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: economiemanagement@yahoo.com

5. Galina Tomasz - Master of Public Health, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: economiemanagement@yahoo.com



WORLD RESEARCH ANALYTICS FEDERATION

Research Analytics Federations of various countries and continents, as well as the World Research Analytics Federation are public associations created for geographic and status consolidation of the GISAP participants, representation and protection of their collective interests, organization of communications between National Research Analytics Federations and between members of the GISAP.

Federations are formed at the initiative or with the assistance of official partners of the IASHE - Federations Administrators.

Federations do not have the status of legal entities, do not require state registration and acquire official status when the IASHE registers a corresponding application of an Administrator and not less than 10 members (founders) of a federation and its Statute or Regulations adopted by the founders.



If you wish to know more, please visit:

<http://gisap.eu>

SELECTION OF ANTIMYCOTIC DRUGS USED TO TREAT THE CANDIDIASIS OF ORAL MUCOSA

D. Marku, Doctor of Medicine, Associate professor
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,
Moldova

The paper contains the results of treatment of patients with candidiasis of the oral cavity and lips using various antimycotic drugs. The sensibility of the *Candida* fungi to different antifungal medicines was examined. A comparative evaluation was made and the therapeutic effectiveness of various promising antimycotic drugs was studied.

Keywords: *Candida albicans*, candidiasis of the oral mucosa, antimycotic drugs, immunocorrection drugs, phytopreparations.

Conference participant,
National championship in scientific analytics,
Open European and Asian research analytics championship

ВЫБОР АНТИМИКОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Марку Д., д-р медицины, доцент
Молдавский Государственный Университет Медицины
и Фармации им. Н. Тестемишану, Молдова

Представлены результаты наблюдений за лечением больных кандидозом полости рта и губ различными антимикотическими препаратами. Определялось чувствительность грибов рода *Candida* к различным противогрибковым средствам. Сделана сравнительная оценка и изучена терапевтическая эффективность различных перспективных противогрибковых препаратов.

Ключевые слова: *Candida albicans*, кандидоз слизистой полости рта, антимикотические препараты, иммунокорректирующие препараты, фитопрепараты.

Участник конференции,
Национального первенства по научной аналитике,
Открытого Европейско-Азиатского первенства по научной аналитике



Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1390>

При нормальном иммунном статусе и отсутствии признаков иммунодефицита имеет место синергизм микрофлоры в ротовой полости, выстланной слизистой оболочкой, с участием *Candida*, что можно расценивать как транзитное кандидозное состояние.

В условиях нередко выраженных проявлений иммунодефицита, может развиваться просветочный прединвазивный кандидоз слизистых оболочек, в том числе, в зоне десневой борозды. При выраженном иммунодефицитном синдроме неизбежно прогрессирование процесса с развитием инвазивного кандидоза слизистой оболочки и тканей пародонта [1].

Ретроспективный анализ частоты распространённости кандидоза слизистой оболочки полости рта выявляет резкое увеличение его доли среди других нозологий слизистой оболочки полости рта (до 63%) [2].

В последнее время в зарубежной и отечественной литературе встречается термин пародонтит, осложнённый грибами рода *Candida*, который относится к поверхностно-инвазивным кандидозам [3].

Развитие грибковой колонизации и последующей инвазии может быть связано как с необоснованным выбором антибактериальных препаратов, так и с развитием дисбиоза. Распространённость кандиды - ассоциированного пародонтита составляет около 25% [2].

В большинстве случаев при идентификации выделенных чистых культур дрожжеподобных грибов из пародонтальных карманов установлено превалирование грибов рода *Candida albicans*. Однако выявляются и другие штаммы дрожжеподобных грибов, которые можно охарактеризовать как группу *Candida non-albicans* (*Candida krusei*, *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis* и др.) Необходимость в таксономической идентификации *Candida* обусловлена неодинаковой чувствительностью этих грибов к современным антимикотикам [2].

Лечение кандидоза полости рта прежде всего этиотропное (системное или местное). Первое лечебное мероприятие - идентификация возбудителя в полости рта, после которого можно переходить к профилактике рецидивов и коррекции местных и общих предрасполагающих факторов.

Используемые в лечении кандидоза противогрибковые средства подразделяются следующим образом: полиеновые антибиотики, азальные соединения, амилламиновые средства, смешанные вещества.

Как в общем, так и в местном лечении широко применяются антибиотики полиенового ряда - нистатин, леворин, микогептин, пимафуцин и т.д. Механизм их действия заключается в подавлении жизнедеятельности и деления грибов. В их молекуле имеется система незамещенных ко-

ньюгированных двойных полиеновых связей, с помощью которых они взаимодействуют с клеточной мембраной дрожжей, содержащей стеролы (холестерин).

В последствие молекула встраивается в мембрану клетки с образованием множества каналов. В результате этого взаимодействия проницаемость клеточной мембраны повышается, что приводит к потере ионов калия, фосфатов и ряда низкомолекулярных соединений, в том числе сахаров, нарушает концентрационные механизмы в клетке и её жизнедеятельность. Клетка теряет устойчивость к воздействию внешних осмотических сил и лизируется [5].

Один из современных полиеновых антибиотиков - пимафуцин. Его действующим веществом является патамицин, полиеновый антибиотик группы макролидов. Преимущества пимафуцина - отсутствие резистентности к грибам, токсичности и алергизирующего эффекта [4].

Азольные соединения, дающие хороший эффект в лечении кандидоза, стали применять в последнее десятилетие. Оказывают фунгицидное и фунгистатическое действие. Механизм действия заключается в ингибировании биосинтеза эргостерола и изменении липидного состава мембраны грибов, что приводит к нарушению её проницаемости и последующему лизису клетки. Вызывают

также увеличение фосфолипидной оболочки липосом, вакуолизацию цитоплазмы, снижение количества рибосом. Обладают антибактериальным действием. Активны в отношении дрожжевых и дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Широко используется клотримазол (клотримазол), миконазол, низорал. Впервые для наружного применения клотримазол был синтезирован фирмой “Байер” (Германия). Выпускается он в виде крема (1%), раствора (1%), аэрозоля (1%). При местном применении клотримазол в небольших количествах абсорбируется со слизистых оболочек [5].

В практику вошли также антимикотические препараты из группы аллиламинов нафтифин и ламизил (в форме 1% крема). Ламизил обладает широким спектром противогрибкового действия. Его прямой фунгицидный эффект связан с его высокоспецифическим подавляющим действием на скваленоксидазу, которая катализирует синтез эргостерина. Это приводит к дефициту эргостерина и к наполнению клетки скваленом, что вызывает её гибель.

На сегодняшний день имеется довольно большой арсенал препаратов, механизм действия которых направлен на улучшение иммунного статуса. Успешным иммунокорректирующим препаратом является Ликопид. Воздействуя на клетки моноцитарно-макрофагального ряда Ликопид приводит к их активации, усиливает фагоцитоз, повышает активность лизосомальных ферментов, продукцию активных форм кислорода и следовательно увеличивает цитотоксический эффект макрофагов по отношению к бактериальным агентам.

Угнетение местного иммунитета, происходящее при дисбактериозах, является показанием для включения в комплексное лечение кандидоза слизистой оболочки полости рта препарата Имудон, который является смесью лизатов штаммов наиболее часто встречающихся бактериальных и грибковых представителей нормальной микрофлоры полости рта. Благодаря своему иммуномодулирующему, антимикробному и противовоспалительному действию. Имудон может пролонгировать действие препаратов,

используемых одновременно с ним в комплексной терапии [6].

Используемые в стоматологической практике различные антимикробные и антисептические препараты тотально воздействуют на все звенья биоценоза полости рта. Однако их бактериостатический эффект сохраняется очень кратковременно, при этом часто вследствие антибактериального лечения изменяется биоценоз полости рта и повышается устойчивость патогенной микрофлоры к антибиотикам. Воспалительные заболевания тканей пародонта, как правило, сопровождаются дисбиозом полости рта, выраженность которого соответствует степени поражения пародонта [7]. При этом на фоне выраженного роста патогенных и условно-патогенных микроорганизмов концентрация представителей нормальной микрофлоры уменьшается [8]. Поэтому разработка и применение в ходе лечения средств, способствующих восстановлению нормальной микрофлоры полости рта, и в частности тканей пародонта, рассматриваются как необходимое условие повышения лечения. Одно из перспективных направлений в этой области – использование биопрепаратов, действующим началом которых являются представители микрофлоры полости рта [7].

Эубиотики – бактериальные препараты, действующим началом которых являются живые лиофильно высушенные культуры микроорганизмов-представителей нормальной микрофлоры (бифидумбактерии, лактобактерии, Ацилакт);

Пробиотики - препараты в основном микробной природы, действующим началом которых являются ферментные системы, способные подавлять рост патогенных и условно-патогенных микроорганизмов и участвующие в процессе пищеварения. Пробиотики являются активаторами роста нормальной микрофлоры (Этерол, Бактисубтил, Биоспорин);

Пребиотики - неперевариваемые в кишечнике пищевые вещества, способные стимулировать рост нормальной микрофлоры (Хилак форте, Нормазе, бактериофаги).

В группу препаратов, относящихся к смешанным веществам, входят различные антисептики. В лечении

кандидоза хорошо зарекомендовали себя производители галогенов, кислоты, красители и др. Используются они в форме жидкости для орошения, аппликаций, мазей.

Противокандидозное действие антисептиков растительного происхождения стало широко использоваться после внедрения в медицинскую практику фитонцидов-средств естественного иммунитета из высших растений. Установлено фунгистатическое и фунгицидное действие лука, чеснока, травы маклеи [9, 10].

Имеются данные о том, что более 1000 видов высших растений (137 семейств) обладают антимикотическими свойствами. Некоторые из них прошли экспериментальные и клинические испытания [9].

Ряд лекарственных средств с противомикотическими свойствами выделены из лекарственных растений. Например салициловая и бензойная кислота получены из ивы, лютеолин – из кубышки жёлтой, сангвинарин – из маклеи Ледебура, новоиманин – из зверобоя продырявленного [10].

Эффективны также пищевые эссенции: клубничная, кизилловая, вишневая и др. В их состав входят альдегиды, ароматические вещества, обладающие фунгицидной активностью. Предварительные исследования показали высокую противогрибковую эффективность багульника, объясняющуюся содержанием в растении эфирных масел, спиртов [9, 10].

Высокая устойчивость и быстрая адаптация возбудителей к лечебным препаратам обуславливают необходимость постоянного поиска и внедрения в практику новых противогрибковых средств.

Проведен клинико-лабораторный анализ 161 наблюдений за пациентами, страдающими кандидозом слизистой оболочки полости рта и губ. Исследования включали в себя идентификацию возбудителей кандидоза в полости рта, проводили посев патологического материала. Определяли чувствительность микроорганизмов к тому или иному препарату. Чувствительность определяли по концентрации ионов калия, выделяющихся при лизисе микроорганизмов под воздействием противогрибковых препаратов.

Изучалось и клиническая эффективность по скорости регрессирования грибов из эпителия полости рта; фиксировали также осложнения и рецидивы инфекции.

Представим оценку эффективности противогрибковых средств местного применения при лечении кандидоза полости рта. Результаты показывают, что наиболее эффективным средством лечения кандидоза полости рта является ламизил. 1% крем ламизила назначаем 23 больным кандидозом; крем наносим на поражённые участки полости рта 2-3 раза в день без дополнительной системой и местной терапии. У всех больных быстро исчезли субъективные ощущения (жжение, зуд), на 3 день значительно уменьшился налёт на языке. Отмечалось снижение высеваемости грибов *Candida* из полости рта. В 11% наблюдений отмечалось устойчивость возбудителя к терапии ламизилом.

Почти такой же клинический эффект получен при применении крема пимафуцин. Общий курс лечения был таким же, как и при использовании ламизила.

Клотримазоловая мазь несколько уступает по эффективности выше перечисленным препаратом. Средний курс лечения 17-22 дней. В 20% случаев выявилась резистентность к терапии.

К побочным действиям отнесли местную аллергическую реакцию в виде аллергического стоматита и хейлита. Наиболее часто встречались реакции при использовании крема "кандид".

Изучение фунгицидного действия фитопрепаратов выявило высокую терапевтическую эффективность настойки багульника. Больным назначали полоскания и орошения полости рта её водным раствором. По эффективности препарат не уступал пимафуцину. Клинический эффект продемонстрировали и антисептики, однако не элиминируют грибы рода *Candida*, что не позволяет использовать только их в терапии кандидоза.

Таким образом, определение чувствительности грибов рода *Candida* по высвобождению калия позволяет выбрать фунгицидный препарат с оптимальным терапевтическим эффектом. Наиболее эффективными антимикотиками при кандидозе

полости рта и губ считаем аллиламиновые и азольные соединения.

Использование такого фитопрепарата, как багульник позволяет достичь быстрого регресса клинических проявлений и элиминации патогенных грибов.

References:

1. Hmel'nickij O.K. Arhiv patologii [Archive of the pathology]. – Moskva, 2000., T. 62., No. 6, pp. 3-10.
2. Chepurkova O.A., Chesnokova M.G., Nedoseko V.B. Klinicheskaja stomatologija [Clinical dentistry]. - 2008, No. 1, pp. 32-35.
3. Rebrova R.N. Gribki roda *Candida* pri zabojevanijah negribkovej jetiologii [Candida fungi at fungous-free aetiology diseases]. - Moskva, 1989, pp. 6-53, 99-108.
4. Stepanova Zh.V. Gribkovye zabojevanija [Fungal diseases]. - Moskva., 1996; 165.
5. Rabinovich I.M., Razzhivina I.V. Zhurnal Rossijskie apteki [Russian Pharmacies Journal]. – Moskva., 2007, pp. 11-13.
6. Borisov L.B., Koz'min-Sokolov B.I., Frejdlin I.S. Rukovodstvo k laboratornym zanjatijam po medicinskoj mikrobiologii, virusologii i immunologii [Guide for laboratory works in medical microbiology, virology and immunology]. - Moskva., Medicina [Medicine], 1993, pp. 236-239.
7. Grudjanov A.I., Bezrukova I.V., Oshapkina I.B. Ispol'zovanie preparata "Immudon" pri lechenii tipichnyh i atipichnyh form vospalitel'nyh zabojevanij parodonta [Using the "Immudon" preparation in the treatment of typical and atypical forms of periodontal inflammatory diseases]., Trudy VI Sezda stomatol. Ase Rossii [Works of the VI Congress of the Russian Dental Association]. - Moskva., 2000, pp. 189-190.
8. Rabinovich I.M., Kazanova V.V., Dmitrieva L.A. Izuchenie mikrobiocenoza pri hronicheskijah zabojevanijah slizistoj obolochki polosti rta [Examination of microbiocenosis at chronic diseases of the oral mucosa]., Stomatologija [Stomatology] 1996, No. 2, pp. 26-27.
9. Kondratjuk E.I., Ivchenko S.I., Smyk G.K. Dikorastushhie lekarstvennye i plodovye rastenija Ukrainy [Wild medicinal and fruit plants of Ukraine]. – Kiev., 1969, pp. 13-14.

10. Korsun V.F., Sitkevich A.E., Efimov V.V. Lechenie kozhnyh boleznej preparatami rastitel'nogo proishozhdenija [Herbal treatment of skin diseases]. - Minsk., Belarus., 1996, p. 384.

Литература:

1. Хмельницкий О.К. Архив патологии. – Москва., 2000., Т. 62., N. 6, с. 3-10.
2. Чепуркова О.А., Чеснокова М.Г., Недосеко В.Б. Клиническая стоматология. - 2008., N. 1, с. 32-35.
3. Реброва Р.Н. Грибки рода *Candida* при заболеваниях негрибковой этиологии. - Москва., 1989, с. 6-53, 99-108.
4. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. - Москва, 1996; 165.
5. Рабинович И.М., Разживина И.В. Журнал Российские аптеки. – Москва., 2007, с. 11-13.
6. Борисов Л.Б., Козьмин-Соколов Б.И., Фрейдлин И.С. Руководство к лабораторным занятиям по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии. - Москва, Медицина, 1993, с. 236-239.
7. Грудянов А.И., Безрукова И.В., Ошапкина И.Б. Использование препарата "Иммудон" при лечении типичных и атипичных форм воспалительных заболеваний пародонта, Труды VI Съезда стоматол. Асе России. - Москва., 2000, с. 189-190.
8. Рабинович И.М., Казанова В.В., Дмитриева Л.А. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Стоматология. 1996., N. 2, с. 26-27.
9. Кондратюк Е.И., Ивченко С.И., Смык Г.К. Дикорастущие лекарственные и плодовые растения Украины. – Киев., 1969., с. 13-14.
10. Корсун В.Ф., Ситкевич А.Е., Ефимов В.В. Лечение кожных болезней препаратами растительного происхождения. - Минск., Беларусь 1996, с. 384.

Information about author:

Diana Marku - Doctor of Medicine, Associate professor, Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy; address: Moldova, Kishinev city; e-mail: diana.gortolomei@gmail.com

U.D.C. 616.314-089.87 + 616.314-08-039.71

INNOVATIVE TECHNOLOGY FOR WOUND HEALING DURING THE DENTAL EXTRACTIONS

E.B. Gayoshko, Graduate Student of Dentistry
Postgraduate Education
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Innovative technologies aimed at improving the conditions of wound healing in the course of the tooth extraction surgery are based on a modern approach to the supervision of patients with dental extractions. Three types of groups of factors, affecting the wound healing, have been taken into account in the development of innovations: I group - general; II group - local; III group - postoperative wounds treatment technology. Their unification occurred due to appropriate measures and medicines on pectin basis. Pectin was used locally for forming dental bandages, for oral administration, as well as in the hygienic-based prophylactic agent. Dental bandage contained the following medicines: polysaccharide of natural origin (apple pectin), an antibiotic, vitamin, distilled water. Conditions of wound healing and influence on all groups of factors were provided with pectins during the supervision of patients.

Keywords: innovative technologies, tooth extraction, medicine forming, wound healing.

Conference participant,
National Research Analytics Championship



Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1391>

Проблема курации больных с удалением зубов не теряет своей актуальности на современном этапе развития стоматологии. Для улучшения условий заживления послеоперационных ран применяется значительное количество методик и медицинских средств [1]. Из всех оперативных вмешательств, операции удаления зубов составляют 82,2 - 91,0% от всех манипуляций на амбулаторном хирургическом приеме, то есть наиболее распространенными стоматологическими вмешательствами. Улучшение условий заживления ран при операциях удаления зубов остается одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии.

К местным факторам, влияющих на заживление ран после операции удаления зуба относят: гигиеническое состояние полости рта, заболевания тканей пародонта, кариес и его осложнения. Наличие постоянной микрофлоры, чаще всего - стафилококков, в очагах хронической одонтогенной инфекции, создает условия для формирования сенсбилизации организма.

Однако, это лишь общее положение и до сих пор не существует кон-

кретных рекомендаций по гигиеническому уходу за полостью рта после операции удаления зуба и специально предназначенных для этих целей гигиенических и антисептических средств.

В после оперативном периоде результаты оперативных вмешательств в полости рта в значительной степени зависят от фиксации лекарств в специфической среде ротовой полости. Для лучшей фиксации лекарств в ротовой полости используют твердые, полутвердые и мягкие повязки. В последнее время появляется все больше научных работ с предложениями использования альтернативных мер и средств, которые улучшают процесс заживления ран при удалении зубов.

Целью наших исследований было: проанализировать данные научной литературы и патенты, касающиеся проведения курации больных при удалении зубов, выделить основные факторы воздействия, которые направлены на достижение эффективности лекарственных действий, разработать мероприятия и средства, способные оптимизировать процесс заживления ран.

УДК 616.314-089.87 + 616.314-08-039.71

ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ПОДХОД ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ УСЛОВИЙ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ОПЕРАЦИЯХ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Гайошко Е.Б., аспирант кафедры стоматологии
последипломного образования
Ивано-Франковский национальный медицинский университет,
Украина

Инновационные технологии для улучшения условий заживления ран при операции удаления зубов базируются на современном подходе к курации больных при удалении зубов. При разработке инноваций были учтены три вида групп факторов влияния при заживлении ран: I группа - общие; II группа - местные; III группы - технологии лечения послеоперационных ран. Их объединение произошло за счет целесообразных мер и средств на пектиновой основе. Пектин был использован как местно для формообразования стоматологической повязки, так и для применения внутрь, а также в основе гигиенично-профилактического средства. Стоматологическая повязка содержала следующие лекарственные средства: полисахарид природного происхождения (яблочный пектин), антибиотик, витамин, дистиллированную воду. Во время курации больных, условия заживления ран и влияние на все группы факторов были обеспечены пектиновыми веществами.

Ключевые слова: инновационные технологии, удаление зубов, формообразования лекарственных средств, заживления ран.

Участник конференции,
Национального первенства по научной аналитике

Объектом исследования стали 230 пациентов с абсолютными показаниями к удалению зубов, включая множественное удаление.

Предмет исследования: условия и процесс заживления ран при удалении зубов, оптимизированы пектинсодержащими средствами.

Методы исследования: общеклинические (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия), микробиологические, биохимические, цитологические, статистические.

Результаты исследования. Анализируя патенты и данные научной литературы нами было выделено три группы факторов влияющих на заживление ран в полости рта при операции удаления зубов:

I группа – общие – на уровне популяции (падение жизненного уровня, снижение культурного уровня и соматического здоровья населения, ухудшение экологической среды)

II группа – местные – на уровне организма человека (гигиеническое состояние полости рта, заболевания тканей пародонта, кариес и его осложнения, степень сенсбилизации организма);

III группы – технологии лечения – на уровне современного развития технологий (лекарственные формы, их содержание и фиксация лекарств в специфической среде ротовой полости).

Учитывая вышеизложенное, новый подход к курации больных при удалении зубов должен учитывать три вида групп факторов воздействия при заживлении ран и объединить их целесообразными мерами и средствами. Современные технологии лечения и профилактики должны повысить результативность действий врача и указывать на его профессионализм. Учитывая влияние экзогенной и эндогенной среды на течение до- и послеоперационного процесса удаления зубов мы обратили внимание на гигиенически-профилактическое средство «Пектодент», который в дальнейшем оказался наиболее целесообразным средством при формировании ряда мероприятий при удалении зубов. Предварительно «Пектодент» был разработан в Ивано-Франковском национальном медицинском университете. Он изготавливается из природного сырья. Применяется как внутрь, так и местно. Основным его компонентом является пектиновые вещества. Для лечения и профилактики патологических процессов в полости рта на основе пектинов была разработана нетвердеющая стоматологическая повязка. (Патент № 16836, 2006. № 20911, 2007 г. Сорока Е.Б., Косенко С.В.). Стоматологическая повязка для лечения и профилактики патологических процессов в полости рта после удаления зубов содержала следующие лекарственные средства: полисахарид природного происхождения (яблочный пектин), антибиотик, витамин, дистиллированную воду в таком соотношении компонентов, мас. %: Яблочный пектин для повязок - 45,0-48,0, левомицетин (или линкомицин) 1,0-1,2; Витамин С 0,5-1,0; Вода дистиллированная - остальное.

Лекарственная форма в виде нетвердеющей стоматологической повязки, способна одновременно воздействовать на основные звенья патологического процесса в ране и обеспечивать, в очаге воспаления, стабильное пролонгированное действие лекарственных средств. Биофармацев-

тические исследования лекарственных препаратов для местного применения, проведенные в последние годы, показали, что при обоснованном выборе носителя можно обеспечить выраженное или усиленное действие введенных в состав лекарственной формы лечебных веществ. В данном случае обнаружена пролонгированная фармакологическая активность действующих веществ.

Нами разработана нормативно-техническая документация и методика изготовления предложенной стоматологической повязки. Повязка готовится экстенпорально, путем смешивания всех указанных компонентов. На стоматологическое стекло наносят пектин, добавляют витамин С. В дальнейшем вносят один из антибиотиков, в зависимости от локализации воспалительного процесса. Если воспалительный процесс протекает в полости рта с вовлечением костной ткани, целесообразно добавлять линкомицин, если в мягких тканях - левомицетин. Вышеназванные ингредиенты смешивают в течение 10-20 секунд. К смеси, при постоянном ее перемешивании, вносят дистиллированную воду в количестве до 100 мас.%. Результатом смешивания является образование однородной массы вязкой консистенции, подобной пасты. Приготовленная таким образом паста легко наносится на слизистую оболочку полости рта и играет роль повязки в участках удаленных зубов. Научные работы по оценке качества разработанной пектинсодержащей повязки проводились согласно требованиям ГФ Украины (ГФУ 1.3 - с 1 января 2010).

Клинические исследования в контрольной (n = 40) и основной группах (n = 190), показали важность деятельности врача в операционном периоде при удалении зубов. Игнорирование или пренебрежение периодом до оперативного вмешательства повышало риск осложнений в послеоперационном периоде в 4 раза. С целью минимизации осложнений нами были разработаны технологии лечения, как при плановом удалении зубов, так и при экстренном.

Технология лечения при плановом и экстренном удалении зубов:

1. Использование «Пектодента»

(зубной порошок-гель) в качестве гигиенично-профилактического средства. При плановом удалении зубов в основной группе, устранение мягкого зубного налета больными проводилось самостоятельно в домашних условиях в течение 3 суток. Им предлагали чистить зубы два раза в день гигиенически профилактическим средством «Пектодент» (зубной порошок-гель) утром и в вечер. При чистке зубов рекомендовали ориентироваться на образование в полости рта устойчивой пены. При экстренном удалении, рекомендовали после введения анестетика, держать в полости рта гигиенически профилактическое средство до начала проведения экстракции в количестве 0,2 г в течение 15-20 мин. Клинические и цитологические исследования показали, что за это время у больного происходит активная саливация и механическая эвакуация значительного количества микробного содержимого из ротовой полости. Пектин - природный полисахарид, который не является питательной средой для микроорганизмов.

2. Использование «Пектодента» (яблочного пектина) внутрь. Одновременно больным предлагали применять «Пектодент» (яблочный пектин) внутрь в дозе 3-5г. в день за 30 мин. перед едой, путем задержки порции в полости рта.

3. Использование «Пектодента» (для повязок), в качестве формы образующего средства для повязок. На лунку удаленного зуба следует наносить нетвердеющую повязку. Данная повязка не требует снятия. Она самостоятельно рассасывается и в течение определенного времени заглатывается пациентом. Происходит экзо и эндогенное влияние. Экспозиция содержание повязки зависит от количества водного раствора. Чем больше мас.% воды, тем мягче повязка (в пределах рецептуры). Стоматологическая нетвердеющая повязка в полости рта может держаться от 0,5 часов до 10 часов, в зависимости как ее замешать по консистенции. В процессе лечения каждое посещение заканчивалось наложением повязки. Курс лечения - 1-2 суток.

Целесообразность использования повязки на основе пектинов при опе-

рациях удаления зубов обусловлена:

1. Изолированием раневой поверхности от полости рта (является барьером для проникновения микроорганизмов и соответственно защищает от инфекции).
2. Гидрофильными свойствами пектинов.
3. Отсутствие субстрата роста микрофлоры.
4. Удерживающим эффектом (до 8-10 часов находится в полости рта).
5. Повязка не раздражает слизистую оболочку раневой поверхности.
6. Поддерживает кровоснабжение и поступление кислорода в рану.
7. Не охлаждает и не согревает рану.
8. Не токсична
9. Уменьшает боль и создает комфорт для пациентов
10. Уменьшает сроки лечения на 1/3 от лечения традиционными методами
11. Приятная на вкус
12. Обладает кровоостанавливающим свойствами
13. Положительным экономическим и социальным аспектом курации таких больных.

Суть инновации заключается в пролонгировании действия формообразующих пектиновых веществ на всех этапах курации пациента: гигиеническом, лечебно-профилактическом и реабилитационном.


Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. В настоящее время нами продолжают работу по изучению качественных и количественных биохимических составляющих слюны при воздействии пектиновых веществ на процессы заживления ран после удаления зубов.

References:

1. Gorlenko, A.V. Znachenie sostojanija gigieny polosti rta v kompleksnoj terapii perelomov cheljustej [The value of the state of oral health in the treatment of jaw fractures]., V. Gorlenko, R.L. Furman, I.M. Gorlenko., Vestnik stomatologii [Journal of dentistry]. - 2004, No. 3., pp. 27-31.
2. Bezrukov S.G. Harakter mikroflory sodержimogo lunok udalennyh zubov [The nature of microflora of content of holes of

extracted teeth]., S.G. Bezrukov, K. Bom, O.N. Postnikova., Vestnik stomatologii [Journal of dentistry]. - 2009., No. 3., pp. 45-49.

3. Tonetti MS, Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. Ann Periodontol. 1998 Jul, 3 (1): 88-101.

 <http://dx.doi.org/10.1902/annals.1998.3.1.88>

4. Noneva N.A. Obosnovanie primeneniya novyh antisepticheskikh sredstv dlja profilaktiki i lechenija al'veolita [Substantiation of the use of new antiseptics for the prevention and treatment of alveolitis]: Avtoref. dis. na soiskanie nauk, stepeni kand. med. nauk: spec. [Abstract of the thesis for the Candidate of Medicine degree: speciality]., 14.01.22 "Stomatologija" ["Dentistry"]., N.O. Noneva. – Odessa, 2009. - 20 p.

5. Timofeev A.A. Rukovodstvo po cheljustno-licevojhirurgii i hirurgicheskoj stomatologii [Maxillofacial surgery and surgical dentistry guide]. – Kiev., 2002, pp. 164-180.

6. Tereshina T.P. Mikrobiologicheskie pokazateli rotovoj polosti v lic s ugrozoy razvitija al'veolita posle operacij na al'veoljarnom otrostke [Microbiological factors of oral cavity in persons with the risk of alveolitis after operations on the alveolar bone], T.P. Tereshina, N.A. Varen'eva, V.V. Lepskij., Dostizhenija i perspektivy razvitija sovremennoj stomatologii: nauch.-prakticheskij. konf. s mezhdunarod. uchastiem po sluchaju 80-letija so dnja osnovanija Instituta stomatologii AMN Ukrainy i 50-letija stomatologicheskogo fakul'teta OGMU [Achievements and prospects of development of modern dentistry: scientific and practical conference with international participation devoted to the 80th anniversary of the foundation of the Institute of Dental Sciences of Ukraine and the 50th anniversary of the dental faculty of Odessa State Medical University], 3-5 aprelja 2008: materialy konf. [Materials of the Conference]. - Vestnik stomatologii [Journal of dentistry]. - 2008, No. 1, pp. 158-159.


7. Malanchuk, V.A., Primenenie bioflavonoidov v kompleksnom lechenii gnojno-vospalitel'nyh zabolevanij cheljustno-licevoj oblasti [The use of bioflavonoids in the complex treatment of inflammatory diseases of maxillofacial area], V.A. Malanchuk, V.I. Brichnik., Sovremennaja stomatologija [Modern dentistry]. - 2004., No.4., pp. 90-91.

8. Gavrilič G.M., Antenatal'naja i postnatal'naja profilaktika kariesa zubov s primeneniem pektinsoderzhashchih veshhestv [Antenatal and postnatal prevention of dental caries using the pectin substances]: dissertacija kand. med. nauk: 14.01.22., Ivano-Frankovska gos. medicinskaja akademija [Ivano-Frankivsk State Medical Academy]. - Ivano-Frankovsk., 2003.

9. Chekman I.S., Polovaja Zh.M., Grebel'nik A.I. Nanochasticity v lekarstvennyh formah: aspekty farmakologii i farmacevticheskoj tehnologii. Farmakologija i lekarstvennaja toksikologija [Nanoparticles in drug forms: aspects of pharmaceutical technology and pharmacology. Pharmacology and drug toxicology], No. 1 (26)., 2012., pp. 3-11

10. Luckaja, I.K., Dem'janenko E.A., Buza T.P. Primenenie Solkoseril dental'noj adgezivnoj pasty pri lechenii gingivita v beremennyh [The use of Solkoseril dental adhesive paste for the treatment of gingivitis in pregnant women], Stomatologicheskij zhurnal. [Dental journal], No. 2, 2010., pp. 177-179.

11. Doong RL, Mohnen AND. Solubilization and characterization of a galacturonosyl transferase that synthesizes the pectic polysaccharide homogalacturonan. Plant J. 1998; 13: 363-374.

 <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-313x.1998.00042.x>

12. Pat. 71254 Ukraina, MKV7 A 61 K 31/00. Sposob lechenija al'veolita gnojno-vospalitel'nyh processov cheljustno-licevoj oblasti [The method of treatment of alveolitis of inflammatory processes of the maxillofacial area], S.N. Shuvalov, N.M. Isaakova, S.L. Rybalko; zajavitel' i patentoobladatel' Vinnickij nacional'nyj medicinskij universitet im. I. Pirogova [the applicant and the patentee - National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya]. – No. 20031211418; appl. 11.12.03; publ. 15.11.04, Bul. No.11.

13. Chekman I.S., Nicak A.V. Nanofarmakologija: sostojanie i perspektivy nauchnyh issledovanij. [Nanopharmacology: state and prospects of scientific research]., Vestn. farmakologii i farmacii [Journal of Pharmacology and Pharmacy]. - 2007., No. 11., pp. 7-10.

14. Kosenko S.V., Balaban I.O., Gajoshko E.B., Il'nickaja A.M., Jacinovich N.M., Ivanov S.A.,

Muzychenko N.I. Ispol'zovanie pektinovyh veshhestv u bol'nyh sahnym diabet 2 tipa v kompleksnom lechenii zabolevanij tkanej parodonta (soobshhenie 1) [The use of pectin for patients with type 2 diabetes mellitus in the course of treatment of periodontal tissue diseases (message 1)]. - Zaporozhskij medicinskij zhurnal. [Zaporozhsky Medical Journal]. - 2014., No. 3., pp. 105-108.


15. Kosenko S.V., Balaban I.O., Gajoshko E.B., Il'nickaja A.M., Jacinovich N.M., Ivanov S.A., Muzychenko N.I. Ispol'zovanie pektinovyh veshhestv u bol'nyh sahnym diabet 2 tipa v kompleksnom lechenii zabolevanij tkanej parodonta (soobshhenie 1) [The use of pectin for patients with type 2 diabetes mellitus in the course of treatment of periodontal tissue diseases (message 1)]. - Zaporozhskij medicinskij zhurnal. [Zaporozhsky Medical Journal]. - 2014., No. 4., pp. 99-103.

Литература:

1. Горленко, А.В. Значение состояния гигиены полости рта в комплексной терапии переломов челюстей [Текст]., В. Горленко, Р.Л. Фурман, И.М. Горленко., Вестник стоматологии. - 2004., No. 3., С. 27-31.

2. Безруков С.Г. Характер микрофлоры содержимого лунок удаленных зубов., С.Г. Безруков, К. Бом, О.Н. Постникова., Вестник стоматологии. - 2009., No. 3., С. 45-49.

3. Tonetti MS, Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease. Ann Periodontol. 1998 Jul, 3 (1): 88-101.

 <http://dx.doi.org/10.1902/annals.1998.3.1.88>

4. Нонева Н.А. Обоснование применения новых антисептических средств для профилактики и лечения альвеолита: Автореф. дис. на соискание наук, степени канд. мед. наук: спец. 14.01.22 "Стоматология"., Н.О. Нонева. - О., 2009. - 20 с.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Киев, 2002., С. 164-180.

6. Терешина Т.П. микробиологические показатели ротовой полости в лиц с угрозой развития альвеолита после операций на альвеолярном отростке., Т.П. Терешина, Н.А. Вареньева, В.В. Лепский., Достижения и перспективы развития современной

стоматологии: науч.-практической. конф. с международ. участием по случаю 80-летия со дня основания Института стоматологии АМН Украины и 50-летия стоматологического факультета ОГМУ, 3-5 апреля 2008: материалы конф. - Вестник стоматологии. - 2008., No. 1., С. 158-159.


7. Маланчук, В.А., Применение биофлавоноидов в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области., В.А. Маланчук, В.И. Бричник., Современная стоматология. - 2004., No. 4., С. 90-91.

8. Гаврилив Г.М., Антенатальная и постнатальная профилактика кариеса зубов с применением пектинсодержащих веществ: диссертация канд. мед. наук: 14.01.22., Ивано-Франковска гос. медицинская академия. - Ивано-Франковск., 2003.

9. Чекман И.С., Половая Ж.М., Гребельник А.И. Наночастицы в лекарственных формах: аспекты фармакологии и фармацевтической технологии. Фармакология и лекарственная токсикология., No. 1 (26) /2012., С. 3-11

10. Луцкая, И.К., Демьяненко Е.А., Буза Т.П. Применение Солкосерил дентальной адгезивной пасты при лечении гингивита в беременных., Стоматологический журнал., No. 2, 2010., С. 177-179.

11. Doong RL, Mohnen AND. Solubilization and characterization of a galacturonosyl transferase that synthesizes the pectic polysaccharide homogalacturonan. Plant J. 1998; 13: 363-374.

 <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-313x.1998.00042.x>

j.1365-313x.1998.00042.x

12. Пат. 71254 Украина, МКВ7 А 61 К 31/00. Способ лечения альвеолита гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области., С.Н. Шувалов, Н.М. Исаакова, С.Л. Рыбалко; заявитель и патентообладатель Винницкий национальный медицинский университет им. И.Пирогова - №20031211418; заявл. 11.12.03; опубл. 15.11.04, Бюл. №11.

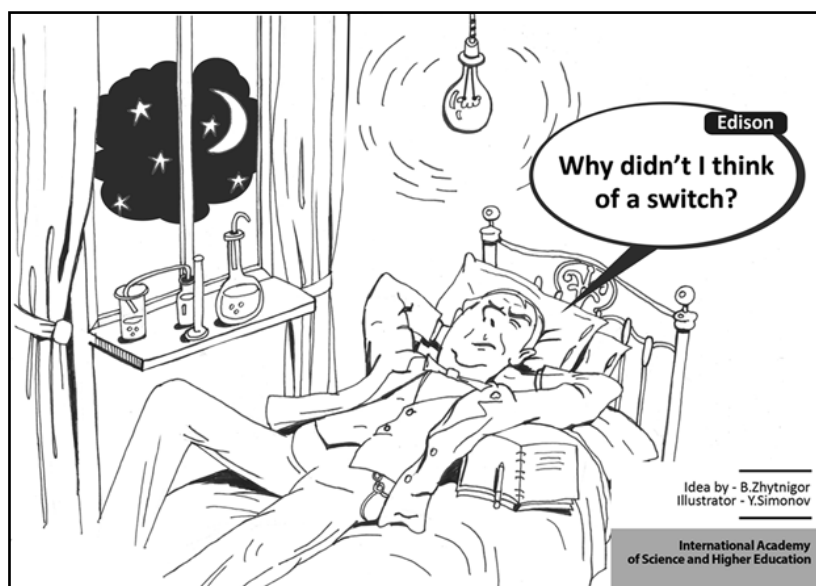
13. Чекман И.С., Ницак А.В. Нанофармакология: состояние и перспективы научных исследований., Вестн. фармакологии и фармации. - 2007., No. 11., С. 7-10

14. Косенко С.В., Балабан И.О., Гайошко Е.Б., Ильницкая А.М., Яцинович Н.М., Иванов С.А., Мухоморова Н.И. Использование пектиновых веществ у больных сахарным диабетом 2 типа в комплексном лечении заболеваний тканей пародонта (сообщение 1). - Запорожский медицинский журнал. - 2014., No. 3., С.105-108

15. Косенко С.В., Балабан И.О., Гайошко Е.Б., Ильницкая А.М., Яцинович Н.М., Иванов С.А., Мухоморова Н.И. Использование пектиновых веществ у больных сахарным диабетом 2 типа в комплексном лечении заболеваний тканей пародонта (сообщение 1). - Запорожский медицинский журнал. - 2014., No. 4., С. 99-103.

Information about author:

Elena Gayoshko - Graduate Student of Dentistry Postgraduate Education, Ivano-Frankivsk National Medical University, address: Ukraine, Ivano-Frankivsk city; e-mail: lenbog76@mail.ru




APPLICATION OF SALIVA CRYSTALLOSCOPY METHODS IN THE DIAGNOSIS OF MALIGNANT TUMOURS OF SALIVARY GLANDS AND SJÖGREN DISEASE

P.A. Moskalenko¹, Candidate of Medicine, Assistant
 Yu.V. Lakhtin², Doctor of Medicine, Associate Professor
 A.A. Levkov³, Candidate of Medicine, Assistant
 Yu.V. Smeyanov⁴, Assistant, Postgraduate Student
 Sumy State University, Ukraine^{1,2,4}
 Ukrainian Medical Stomatological Academy, Ukraine³

High informational content of saliva crystalloscopy in the diagnostics of the salivary glands tumours was proven; typical symptoms of the Sjögren disease and malignant tumours of the salivary glands were found on the ground of the analysis of the presented research method.

Keywords: Sjögren disease, saliva, salivary glands tumours, saliva microcrystallization, saliva crystalloscopy.

Conference participants,
 National championship in scientific analytics,
 Open European and Asian research analytics championship

 Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1392>

Introduction. Sjogren disease (SD) – organ-specific autoimmune disease of unknown aetiology, accompanied by the lesions of exocrine glands. Symptoms of xerostomia and xerophthalmia under SD may last for a long time remaining unrecognized, despite of their steady growth. Sjogren syndrome (SS) is expressed in lymphoid infiltration of salivary and lacrimal glands. It occurs in 5-25% of patients with systemic connective tissue diseases, more often with rheumatoid arthritis, less - with systemic lupus erythematosus and other autoimmune diseases.

At the heart of the pathogenic mechanisms of SD/SS there is B-cell hyperactivity, that comes out in lymphoid infiltration of both secreting epithelial glands and other organs and tissues, in the formation of autoantibodies (RF, ANF, Ro / La) and cryoglobulins with monoclonal RF, and also in the development of predominantly B-cell MALT lymphomas in 5-16% of patients [3].

Diagnostics of salivary gland tumours is provided by a range of measures. The main role of these is the clinical analysis of data available to the physician [10].

One of the most notable trends in medicine in recent years is active development and practical implementation of non-invasive methods of diagnostics, defined primarily by the desire to obtain diagnostic information about the most important functions of the body in a “bloodless” way and, if possible, without damage to natural barriers [8].

A number of methods of radiation diagnostics of salivary glands diseases were proposed, but they are not widely used in the clinical practice, because of the frequency of diagnostic errors (19 to 60%) [9].

In recent years the crystallographic research methods of various biological substrates have become more widely used in clinical medicine. The potential of use of these methods is determined by their high informational content, because the nature of crystallization reflects the peculiarities of pathological processes occurring in the body quite reliably [2, 7]. This allows prompt and early diagnosis of diseases using completely safe method, which does not require time-consuming and expensive equipment.

In the available literature, we could not find any information about the use of crystallographic methods for diagnostics of salivary glands tumours, thus the **purpose** of this study was to improve the methods of early diagnostics of lymphoproliferative lesions of the salivary glands in patients with Sjogren disease and malignant tumours using the crystallography and crystalloscopy of saliva.

Materials and methods. We observed 12 patients with the Sjogren disease, 83.3% of which have uncomplicated tumours, and 16.7% - compound. Uncomplicated tumours here are those found on the initial stages of SD/SS development, accompanied by lesions of the gastrointestinal tract (reflux, indigestion, diarrhea,

constipation), respiratory tract (chronic cough, recurrent bronchitis), kidney (proteinuria, tubular acidosis, interstitial nephritis, glomerulonephritis), other organs and systems (cutaneous vasculitis, peripheral neuropathy, lymphadenopathy, fever of non-infectious aetiology, dental caries, ulceration and clouding of the cornea, chronic infectious and ulcerative processes in the oral cavity and sialoadenitis). In most cases (91.6%) parotid salivary glands were affected. Control group was 15 boys-recruitees - healthy men.

Upon hospitalization of patients in rheumatologic department we used conventional diagnostic methods, which included a full clinical and laboratory examination, biopsy and salivary glands puncture followed by morphological examination. According to the goal of the research a crystallographic and crystalloscopic examination of pure saliva was conducted after its collection using the Lashley-Krasnogorsky capsule [11].

To assess microcrystallization of pure saliva a modified methodology of P.A. Leus was used and its three types were determined [5, 6]:

- 1st – per field of vision there are big tree-like crystal formations and drops occupying the entire surface;
- 2nd - prismatic structure in the centre of the drop, as in the first type, but smaller; on the periphery there are irregularly shaped crystals;
- 3rd - throughout the saliva droplets a large number of irregular crystal structures are seen.

For a complete quantitative characteristics of microcrystals we were guided by proposed algorithm [4]. The general background of the agent was studied at low magnification (h40) and microcrystals were studied at an average magnification (X100) [1]. A detailed description of crystalloscopic presentation was studied at high magnification (h400) according to the following criteria: continuity of main body (**Fig. 1**), the connection of the first order sprout with the main body, the nature of branch tops - sharp or rounded (**Fig. 2**), the width of the main body. In addition to the description of microcrystals, organic inclusions were also evaluated (**Fig. 3**): the ratio of their area to the field of view, location (on the periphery, in the centre or around the field); position towards the crystal (sticking or insulation).

Results and discussion. Results and discussion. According to the conclusion

of the histological laboratory all tumours in patients were represented by B-cell MALT lymphomas.

Data analysis of the crystalloscopic picture (**table**) has shown that in individuals with apparently healthy oral cavity there were at least 1-2 kinds of crystals and 13-15 variants of dendritic crystals formed in the saliva; 6 signs of dendritic crystals were always present in crystallogram.

In 60% of patients with the Sjogren disease the 3rd type of crystallogram was noted, and 40% had the 2nd type. This indicates the violation of crystallization properties of saliva in the development of tumours in the salivary glands.

In malignant tumours the 3rd microcrystallization type was determined in 100% of patients. They had the following crystallographic picture of pure saliva: the locations of crystallization centres on the surface of a Petri dish were mostly uniform; the number of

crystallization centres ranged from 8 to 12 and averaged 10. The rays collected in the form of bundles, the number of which reached 8, proceeded from the centre of crystallization. Kinks and sharp thickening of rays of crystals were observed. They became less transparent, in the central part their colour was dark grey, and clearing was closer to the periphery. Rays were deformed by numerous constrictions, interception, which led to their separation and consolidation. Index of average number of crystallization centres is higher in patients compared to crystallograms of healthy persons.

In patients with tumours, short deformed needle-shaped crystals were found on the matted crystallization surface. They had a tendency to crystallization centres, the number of which ranged from 10 to 20. In the centre of crystallization there was a dark-grey mass, in which, even with a significant

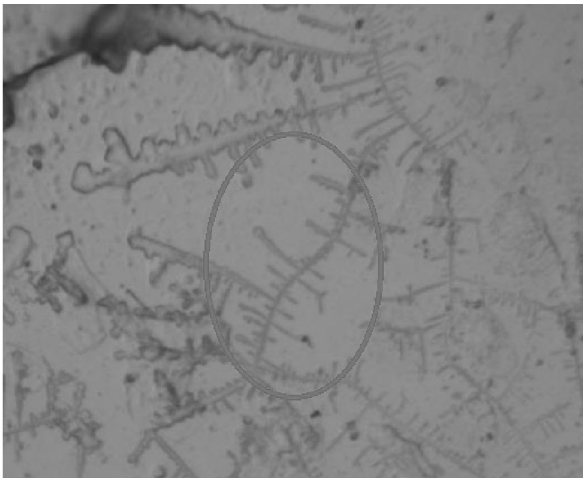


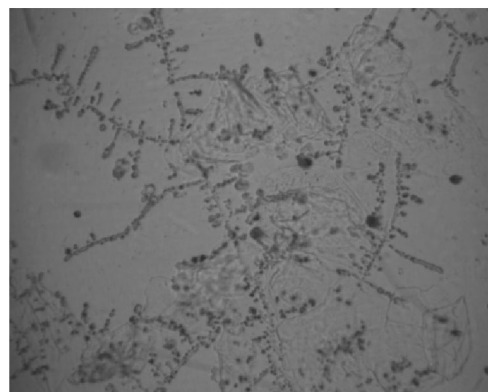
Fig. 1. Continuity of main body



Fig. 2. The nature of branches tops - sharp (left) and rounded (right)



A



B

Fig. 3. Organic inclusions: single (A) and multiple (B)

Crystalloscopic picture of saliva in healthy persons (P.A. Leus criteria) and patients with Sjogren disease and lymphoma

Structures	Healthy persons	Sjogren disease	Lymphoma
Monocrystalline figures			
Rectangles	4	2	1
Prisms	2	0-1	0
Pyramids	1	0	1
Octahedron	0	1	0
Polycrystalline structures			
Linear	1	2	0-1
Rectangles	0-1	1	0-1
“Moss”	2-3	0	0
“Cross”	0-1	0	0
“Horsetail”	0	6	5-7
“Rosette”	0	0	0
Amorphous bodies			
Size	Medium	Medium	Small
Quantity	Medium	Large	Medium

increase, it was not possible to find the form of small and large pieces of crystals. This peculiar arrangement of crystals resembled a dark-grey “cruciform” shapes. In the field of crystallization they were located at a considerable distance.

Conclusions. Thus, when comparing crystallographic pictures of saliva of patients with lymphoma and the Sjogren disease, the most characteristic for the first one is the formation of a large number of short and wide needle-shaped crystals and presence of the so-called cruciform shapes. By most criteria in these patients the distinct crystallographic differences of saliva (as compared to healthy individuals) are observed.

Such specific criteria allow us to insist on features of crystallographic characteristics of saliva in lymphoproliferative diseases of salivary glands. The use of crystallography and crystalloscopy of saliva on the early stages of examination of patients with suspected B-lymphoma of salivary gland enables its early diagnostics and differentiation. High research precision and non-invasiveness of this atraumatic method makes it possible to widely use this method in daily work of practicing physicians in outpatient and hospital facilities.

References:

1. Barer G.M. Kristallograficheskiy metod izuchenija sljunny [Crystallographic

method of studying the saliva], G.M. Barer, A.B. Denisov. – Moskva., VUNMC Roszdrava [VUNMTS Roszdrazav], 2008. – 239 p.

2. Gajfulina V.R. Mikrokrystallizacija rotovoj zhidkosti u raznyh grupp pacientov i ejo komp'yuternyj analiz [Microcrystallisation of oral liquid in different groups of patients and its computer analysis], V.R. Gajfulina., Sbornik nauchnyh studencheskih rabot «Studenty BGMU – medicinskoj nauke i zdravoohraneniju Belarusi» [Collection of student works “Students of BSMU – to the Medical Science and Health of Belarus]. – Minsk., BSMU, 2009. - pp. 15-16.

3. Gorodeckij, V.R. Limfomy u bol'nyh s sindromom Shjogrena [Lymphomas in patients with the Sjogren syndrome], V.R. Gorodeckij, V.I. Vasil'ev, N.A. Probatova., Ross. med. zhur. [Russian Medical journal] – 2003, No. 1, pp. 10-13.

4. Denisov A.B. Algoritm ocenki kristallicheskih figur, poluchennyh pri vysushivanii smeshanoj sljunny [Algorithm of assessment of crystal shapes derived by drying the mixed saliva], A.B. Denisov., Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. - 2004, T. 136, No. 7., pp. 37-40.

5. Leus P.A. Dokazatel'naja stomatologija kak osnova programm profilaktiki kariesa zubov u detej [Evidence-based dentistry as a basis for children's caries prevention],

Stomatologija detskogo vozrasta i profilaktika [Dentistry of childhood and prevention.]. - 2008, Tom 7, No. 2, pp. 3-11.

6. Leus P.A. Kliniko-jeksperimental'noe issledovanie patogeneza, patogeneticheskoj konservativnoj terapii i profilaktiki kariesa zubov [Clinical and experimental study of pathogenesis and pathogenetic conservative treatment and prevention of dental caries]: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Abstract of thesis by the Doctor of Medicine]. – Moskva., 1977. - 30 p.

7. Martusevich A.K. K raskrytiju indikatornoj roli kristallograficheskikh metodov issledovanija [On disclosure of the indicator role of crystallographic research methods], A.K. Martusevich., Estestvoznaniye i gumanizm [Natural sciences and Humanism]. – 2005., Vol. 2, Issue 3, pp. 24-27.

8. Martusevich A.K. Povedenie biologicheskikh zhidkostej i funkcional'nyj status organizma cheloveka. [The behavior of biological fluids and functional status of the human body], A.K. Martusevich., Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region [Proceedings of the higher educational institutions. The Povolzhye region.]. – 2007, No. 2, pp. 24-30.

9. Panin M.G. Differencial'naja diagnostika limfoproliferativnyh zabolevanij u pacientov s bolezn'ju i sindromom Shegrena [Differential diagnosis of lymphoproliferative diseases that have patients with the

disease and Sjögren's syndrome], M.G. Panin, S.Ju. Ivanov, I.V. Gajduk [i dr.]. - Rossijskij stomatologičeskij zhurnal [Russian Dental Journal]. - 2006, No. 5, pp. 16-20.

10. Postnikova I.V. Perspektivy primeneniya kompleksnogo kristallograficheskogo issledovaniya biologičeskikh zhidkostej [Prospects of applying the comprehensive crystallographic studies of biological fluids], I.V. Postnikova., Uspehi estestvoznaniya [Successes of the natural sciences]. - 2007., No. 6., pp. 91-92.

11. Urazaeva F.H. Puti izuchenija psihofiziologičeskikh osobennostej sostava i svojstv sljuny [Ways of study psycho-physiological characteristics of composition and properties of saliva], F.H. Urazaeva, K.F. Urazaev, M.V. Larina., Sovremennye naukoemkie tehnologii [Modern science intensive technologies]. - 2009., No. 7., pp. 56-59.

Литература:

1. Барер Г.М. Кристаллографический метод изучения слюны., Г.М. Барер, А.Б. Денисов. - Москва., ВУНМЦ Росздрава, 2008. - 239 с.

2. Гайфулина В.Р. Микрокристаллизация ротовой жидкости у разных групп пациентов и её компьютерный анализ., В.Р. Гайфулина., Сборник научных студенческих работ «Студенты БГМУ – медицинской науке и здравоохранению Беларуси». - Минск.,

БГМУ, 2009. - С. 15-16.

3. Городецкий, В.Р. Лимфомы у больных с синдромом Шёгрена., В.Р. Городецкий, В.И. Васильев, Н.А. Пробатова., Росс. мед. жур. - 2003., No. 1., С. 10-13.

4. Денисов А.Б. Алгоритм оценки кристаллических фигур, полученных при высушивании смешанной слюны., А.Б. Денисов., Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2004., Т. 136, No. 7., С. 37-40.

5. Леус П.А. Доказательная стоматология как основа программ профилактики кариеса зубов у детей., Стоматология детского возраста и профилактика. - 2008., Том 7, No. 2., С. 3-11.

6. Леус П.А. Клинико-экспериментальное исследование патогенеза, патогенетической консервативной терапии и профилактики кариеса зубов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Москва., 1977. - 30 с.

7. Мартусевич А.К. К раскрытию индикаторной роли кристаллографических методов исследования / А.К. Мартусевич., Естествознание и гуманизм. - 2005., Т. 2, вып. 3., С. 24-27.

8. Мартусевич А.К. Поведение биологических жидкостей и функциональный статус организма человека., А.К. Мартусевич., Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. - 2007., No. 2., С. 24-30.

9. Панин М.Г. Дифференциальная диагностика лимфопролиферативных

заболеваний у пациентов с болезнью и синдромом Шегрена., М.Г. Панин, С.Ю. Иванов, И.В. Гайдук [и др.]. - Российский стоматологический журнал. - 2006., No. 5., С. 16-20.

10. Постникова И.В. Перспективы применения комплексного кристаллографического исследования биологических жидкостей., И.В. Постникова., Успехи естествознания. - 2007., No. 6., С. 91-92.

11. Уразаева Ф.Х. Пути изучения психофизиологических особенностей состава и свойств слюны., Ф.Х. Уразаева, К.Ф. Уразаев, М.В. Ларина., Современные наукоемкие технологии. - 2009., No. 7., С. 56-59.

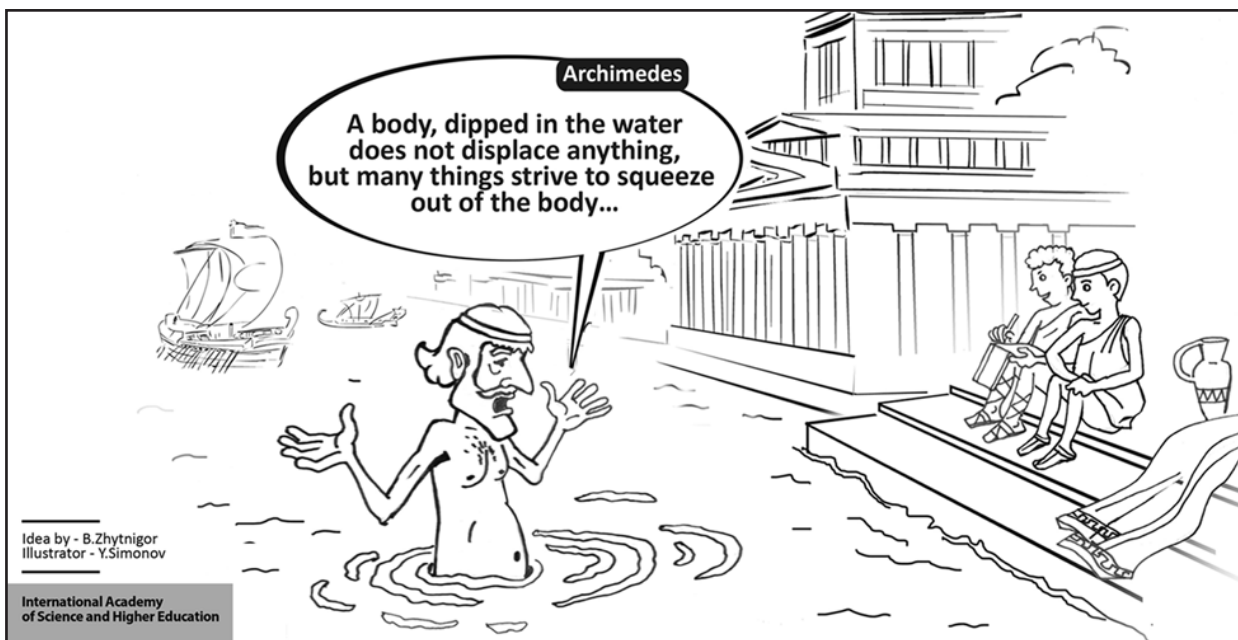
Information about authors:

1. Pavlo Moskalenko - Candidate of Medicine, Assistant, Sumy State University; address: Ukraine, Sumy city; e-mail: pasha-m@ukr.net

2. Yuriy Lakhtin - Doctor of Medicine, Associate Professor, Sumy State University; address: Ukraine, Sumy city; e-mail: sumystom@yandex.ru

3. Anatoliy Levkov - Candidate of Medicine, Assistant, Ukrainian Medical Stomatological Academy; address: Ukraine, Poltava city; e-mail: gryshaja@ukr.net

4. Yuriy Smeyanov - Assistant, Postgraduate Student, Sumy State University; address: Ukraine, Sumy city; e-mail: jericho_net@mail.ru



U.D.C. 614: 616.12/.13-002-036.88 (477.53)

STATE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY IN THE POLTAVA REGION IN 2009-2014: INCIDENCE, PREVALENCE, MORTALITY

M. Horosh, post-graduate student of the Department of Social
Medicine, Organization and Economics of Healthcare with
Biostatistics and Medical Jurisprudence

I. Golovanov, Doctor of Medicine, Full Professor, Head of the
Department of Social Medicine, Organization and Economics of
Healthcare with Biostatistics and Medical Jurisprudence
Ukrainian Medical Dental Academy, Ukraine

Cardiovascular system diseases are among the major problems faced by the healthcare system both in Ukraine and throughout the world. The steady growth in the cardiovascular morbidity is one of the most important medical and social problems of our time. Cardiovascular diseases account for nearly two thirds of the leading causes of death, and almost half of the causes of disability among the population, which leads to significant social and economic losses, reduction of duration and quality of life. The authors of the study demonstrate the prevalence and incidence of cardiovascular diseases in the Poltava region for the period of 2009-2014, and offer the analysis of the causes of death among the population of Poltava region for the period.

Keywords: cardiovascular morbidity, mortality, prevalence, cardiovascular disease dynamics.

Conference participants,
National Research Analytics Championship

УДК 614: 616.12/.13-002-036.88 (477.53)

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2014 ГОДА: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ


Хорош М.В., аспирант кафедры социальной медицины,
организации и экономики здравоохранения с биostatистикой
и медицинским правоведением

Голованова И.А., д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой социальной
медицины, организации и экономики здравоохранения с
биostatистикой и медицинским правоведением
Украинская медицинская стоматологическая академия, Украина

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются одной из важнейших проблем, с которой сталкивается система здравоохранения как на Украине, так и во всем мире. Постоянный рост сердечно-сосудистой заболеваемости – одна из важнейших медико-социальных проблем современности. Сердечно-сосудистые заболевания занимают почти две трети среди причин смертности и почти половину среди причин инвалидизации населения, что приводит к существенным социальными экономическим потерям, сокращению длительности и снижению качества жизни. Проведенное исследование показывает распространенность и заболеваемость сердечно-сосудистых заболеваний в Полтавской области за период 2009-2014 гг, а также анализ причин смертности среди населения Полтавской области за этот период.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая заболеваемость, смертность, распространенность, динамика сердечно-сосудистой заболеваемости.

Участники конференции,
Национального первенства по научной аналитике

 Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1393>

Вступление. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают ведущие позиции в структуре общей заболеваемости и являются одной из основных причин инвалидизации и смертности населения, как в Украине, так и во всем мире [1].

Согласно с последними статистическими прогнозами Всемирной организации здравоохранения рост сердечно-сосудистой заболеваемости в мире будет продолжаться до 2030 года и наивысшая инвалидизация будет наблюдаться среди жителей Восточной и Центральной Европы и развивающихся стран [2, 3, 9].

На протяжении 1991-2011 гг. показатель смертности населения Украины вырос практически в два раза, а в структуре временной нетрудоспособности заболевания сердечно-сосудистой системы составляют 7% [4]. Ежегодно в Украине инвалидизация в следствии сердечно-сосудистых заболеваний составляет 14-15 случаев на 10 тысяч населения [5].

Исходя из данных Европейской базы данных «Здоровье для всех» по-

казатель смертности в следствии заболеваний сердечно-сосудистой системы для Украины в 2012 году составил 167,3 случая на 100 тысяч населения, в то время как по Европейскому региону он составляет 95,9, а в странах Европейского союза – 48,3[6,7].

Учитывая высокие показатели заболеваемости, распространенности и смертности в следствии сердечно-сосудистой патологии актуально изучить динамику этих показателей в Полтавской области. Данные проанализированы путем выравнивания динамических рядов, что более наглядно показывает тенденции изменения исследуемых показателей.

Цель исследования: провести анализ динамики показателей сердечно-сосудистой патологии среди населения Полтавской области за период 2009-2014 годы.

Объект исследования: Заболеваемость, распространенность сердечно-сосудистой патологии, смертность по причинам данной патологии среди населения Полтавской области.

Методы исследования: дизайн

эмпирический, описательный. Проанализировав Справочники показателей деятельности лечебно-профилактических заведений области Областного информационно-аналитического центра медицинской статистики за исследуемые годы проводили изучение следующих показателей:

- заболеваемость ССЗ по Полтавской области за 2009-2014 года,
- распространенность ССЗ по Полтавской области за 2009-2014 года,
- смертность населения от различных причин по Полтавской области за 2009-2014 года.

Полученные данные обработаны с помощью статистического метода – выравнивание динамических рядов методом наименьших квадратов с помощью пакета программ MS Office 2010.

Анализ полученных результатов.

Среди структур причин смертности (табл. 1) первое место на протяжении всего исследуемого времени занимают болезни органов кровообращения (от 16051 случаев в 2011 году до 17197 случаев в 2014 году); второе

место занимает смертность в следствии различных новообразований (от 3130 случаев в 2009 году до 3387 случаев в 2013 году); на третьем месте среди причин смерти располагаются внешние причины смертей (травмы, несчастные случаи, прочее) – от 1391 случая в 2014 году до 1920 случаев в 2009 году. Далее следуют болезни органов пищеварения, другие соматические причины, не уточненные случаи смертей (рис. 1).

При исследовании динамики пока-

зателей распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы было установлено следующую картину (рис. №2а-б).

Как видно из представленных данных наблюдается снижение уровня распространенности сердечно-сосудистых заболеваний: как общего их числа – с 8093,2 на 10 тысяч населения в 2009 году до 7504,5 на 10 тысяч населения в 2014 году, так и по отдельным нозологическим формам: по гипертонической болезни с 3798,89

на 10 тысяч населения в 2009 году до 3584,6 на 10 тысяч населения в 2014 году; по ишемической болезни сердца (все формы) с 2443,6 на 10 тысяч населения в 2009 году до 2428,4 на 10 тысяч населения в 2014 году. Анализируя данные путем выравнивания динамических рядов выявлены четкие тенденции к снижению уровня распространенности как общего уровня сердечно-сосудистых заболеваний, так и по отдельным нозологическим формам (табл. №2).

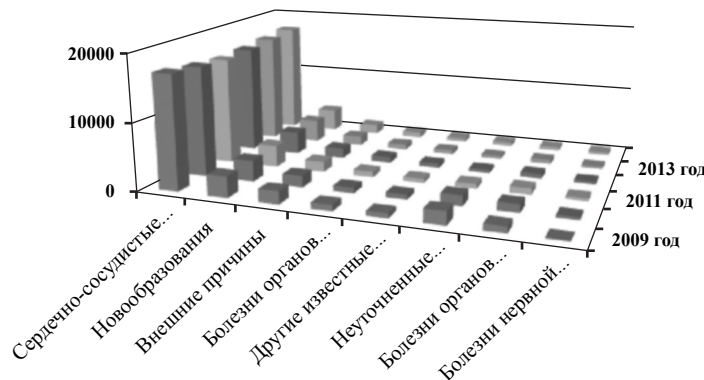


Рис. 1. Структура причин смертности населения Полтавской области за период 2009-2014 годы

Табл. 1.

Количество случаев смертей среди населения Полтавской области по основным причинам

	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Болезни системы кровообращения	17025	16447	16051	16279	16701	17197
Новообразования	3130	3145	3248	3354	3387	3371
Внешние причины	1920	1721	1541	1473	1408	1391
Болезни органов пищеварения	916	841	823	875	805	828
Другие известные причины	697	714	608	645	609	552
Неуточненные причины	2000	1561	720	493	446	527
Болезни органов дыхания	961	1274	964	709	617	493
Болезни нервной системы	158	410	429	395	385	425

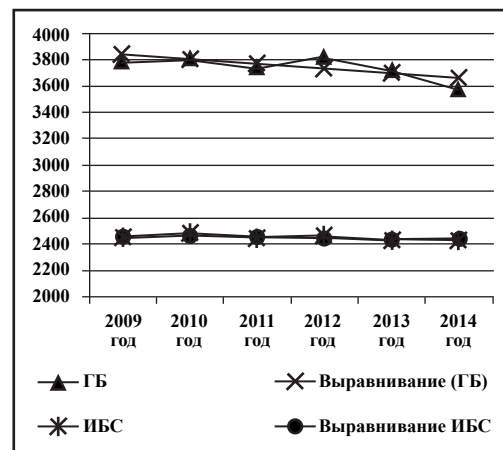
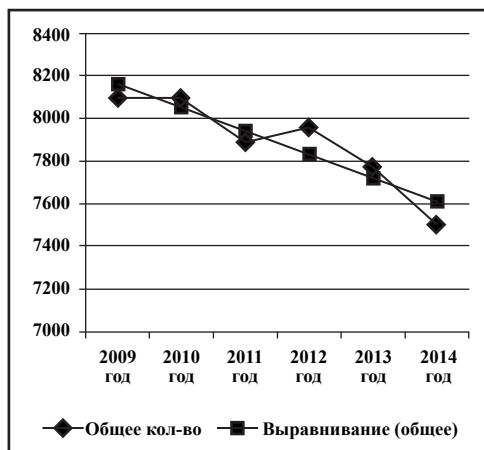


Рис. 2. Распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы общее количество (а) и по основным нозологическим формам (б) за период 2009-2014 гг.

Табл. 2.

Распространенность сердечно-сосудистой патологии среди населения Полтавской области за 2009-2014 годы

Распространенность ССЗ	Общее кол-во	Выравнивание (общее)	ГБ	Выравнивание (ГБ)	ИБС	Выравнивание ИБС
2009 год	8093,2	8161,53	3798,4	3838,89	2443,6	2465,75
2010 год	8098,6	8051,14	3814,1	3802,77	2482,7	2459,92
2011 год	7889,5	7940,74	3746,0	3766,65	2447,7	2454,08
2012 год	7958,7	7830,35	3826,1	3730,52	2473,1	2448,25
2013 год	7768,8	7719,96	3722,3	3694,4	2431,5	2442,41
2014 год	7504,5	7609,57	3584,6	3658,27	2428,4	2436,58

При исследовании динамики показателей заболеваемости сердечно-сосудистой системы было установлено следующую картину (рис. №3а-б).

Как видно из представленных данных (табл. 3) наблюдается снижение уровня первичной заболеваемости патологией сердечно-сосудистой системы с 546,6 на 10 тысяч насе-

ления в 2009 году до 436,2 на 10 тысяч населения в 2014 году. Аналогичная картина наблюдается и для частной патологии: для гипертонической болезни – с 208,4 на 10 тысяч населения в 2009 году до 180,4 на 10 тысяч населения в 2014 году; для ишемической болезни сердца – с 144,6 на 10 тысяч населения в 2009 году до 121,6 на 10

тысяч населения в 2014 году. Данные выравнивания динамических рядов подтверждают четкую тенденцию к снижению первичной заболеваемости как в целом для сердечно-сосудистой патологии, так и для отдельных нозологических форм.

Учитываю высокую опасность такого осложнения ишемической

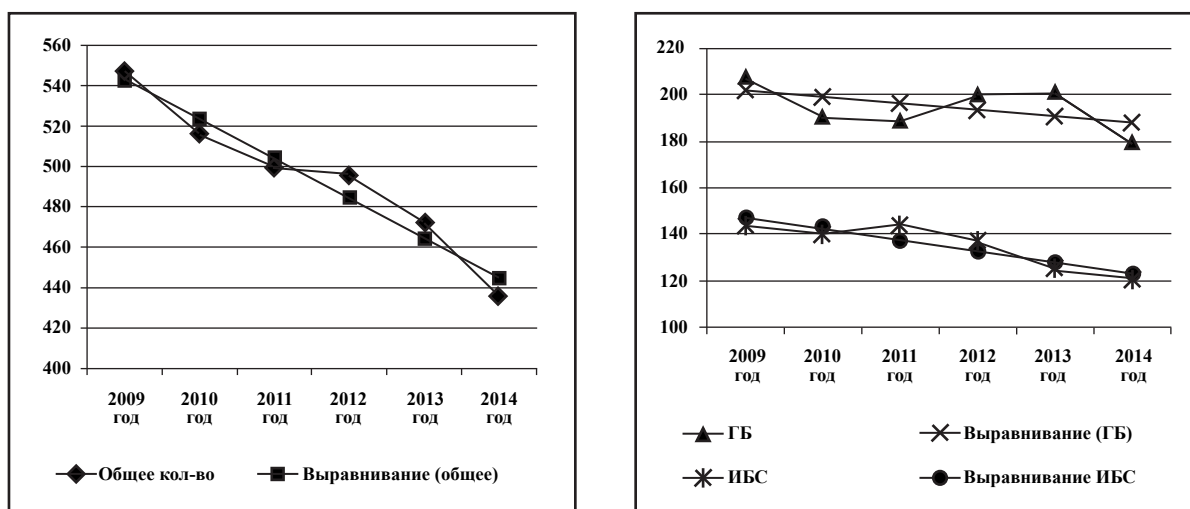


Рис. 3. Заболеваемость сердечно-сосудистой патологией: общее количество (а) и по основным нозологическим формам (б) за период 2009-2014 гг.

Табл. 3.

Первичная заболеваемость сердечно-сосудистой патологией среди населения Полтавской области за 2009-2014 годы.

Заболеваемость	Общее кол-во	Выравнивание (общее)	ГБ	Выравнивание (ГБ)	ИБС	Выравнивание ИБС
2009 год	546,6	543,49	208,4	202,24	144,6	147,15
2010 год	516,2	523,75	191,3	199,34	140,6	142,38
2011 год	499,5	504,01	189,3	196,43	142,9	137,06
2012 год	495	484,27	200	193,53	136,1	132,83
2013 год	471,4	464,53	200,5	190,62	125,5	128,05
2014 год	436,2	444,79	180,4	187,79	121,6	123,28

болезни сердца, как острый инфаркт миокарда (ОИМ) отдельно был проведен анализ динамики распространенности (заболеваемости) инфарктом миокарда среди населения Полтавской области за период 2009-2014 годы (рис. 4).

Как видно из полученных данных (табл. 4) наблюдается постепенное снижение распространенности острого инфаркта миокарда среди населения Полтавской области: с 16,8 на 10 тысяч населения в 2009 году до 15,4 на 10 тысяч населения в 2014 году. Данные выравнивания динамического ряда распространенности ОИМ показывают стабильное снижение развития данного осложнения среди населения Полтавской области: с 16,63 на 10 тысяч населения в 2009 году до 15,37 на 10 тысяч населения в 2014 году.

Выводы: Таким образом в результате проведенных исследований показателей динамики сердечно-сосудистой патологии установлено:

– снижение показателей распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Полтавской области с 8093,2 на 10 тысяч населения в 2009 году до 7504,5 на 10 тысяч населения в 2014 году (по отдельным нозологическим формам: по гипертонической болезни с 3798,89 на 10 тысяч населения в 2009 году до 3584,6 на 10 тысяч населения в 2014 году; по ишемической болезни сердца (все формы) с 2443,6 на 10 тысяч населения в 2009 году до 2428,4 на 10 тысяч населения в 2014 году);

– снижение показателей заболеваемости сердечно-сосудистой патологией среди населения Полтавской области с 546,6 на 10 тысяч населения в 2009 году до 436,2 на 10 тысяч населения в 2014 году (для гипертонической болезни – с 208,4 на 10 тысяч населения в 2009 году до 180,4 на 10 тысяч населения в 2014 году; для ишемической болезни сердца – с 144,6 на 10 тысяч населения в 2009 году до 121,6 на 10 тысяч населения в 2014 году);

– снижение распространенности острого инфаркта миокарда среди населения Полтавской области с 16,8 на 10 тысяч населения в

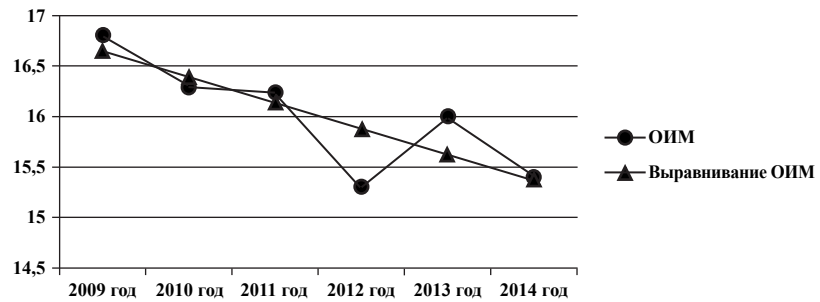


Рис. 4. Динамика распространенности/заболеваемости острым инфарктом миокарда населения Полтавской области за 2009-2014 годы

Табл. 4. Распространенность острого инфаркта миокарда среди населения Полтавской области в 2009-2014 гг.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Распространенность ОИМ	16,8	16,3	16,2	15,3	16	15,4
Выравнивание ОИМ	16,63	16,38	16,13	15,87	15,62	15,37

2009 году до 15,4 на 10 тысяч населения в 2014 году.

Положительная динамика обусловлена выполнением региональных и государственных программ борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями [10, 11]. В то же время:

– первое место в структуре смертности стабильно занимают причины, связанные с сердечно-сосудистой патологией;

– смертность в следствии сердечно-сосудистых заболеваний остается стабильно высокой (17025 случаев в 2009 году, 17197 случаев в 2014 году).

References:

1. Kovalenko V.M. Hvorobi sistemi krovoobigu u strukturi smernosti naselelnja Ukraïni: mifi i real'nist' [Circulatory system diseases in the structure of mortality of Ukrainian population: myths and reality], M. Kovalenko, Ju.M. Sirenko A.P. Dorogoj., Materiali XIV Nacional'nogo kongresu kardiologiv Ukraini [Materials of the XIV National Congress of Cardiologists of Ukraine]. – Kiev., 2013.

2. Nesen O.A. Sercevo-sudinnij rizik ta komorbidnist' – gostri problemi pogirshennja stanu zdorov'ja suspil'stva [Cardiovascular risk and comorbidity - acute problems of deterioration of health of the society]., O.A. Nesen,

M.M. Grunchenko ta in., Scientific Journal «ScienceRise». – 2015., No. 1/3(6)., pp. 41-48.

3. Netjazhenko N.V. Vidminnosti ishemicnoi hvorobi sercya u zhinok ta cholovikiv [Differences between women and men at coronary heart disease]., N.V. Netjazhenko., Ukraïns'kij naukovo-medichnij molodizhnij zhurnal [Ukrainian Scientific Medical Youth Journal]. – 2014 r., No. 4(84)., pp. 95-100.

4. Jashhenko Ju.B., Kondratjuk N.Ju. Dinamika zahvorjvanosti ta smernosti vnaslidok hvorob sistemi krovoobigu v Ukraïni v regional'nomu aspekti [Dynamics of morbidity and mortality due to cardiovascular diseases in Ukraine, the regional aspect]., Visnik social'noi gigieni ta organizacii ohoroni zdorov'ja Ukraïni [Journal of social hygiene and healthcare organization of Ukraine]. – 2012, No. 3 (53)., pp. 25-29.

5. Moskalenko V.F. Kompleksna ocinka mediko-demografichnoi situacii jak skladova metodologii rozrobki derzhavnih cil'ovih program v ohoroni zdorov'ja [Comprehensive assessment of medical and demographic situation as a part of the state healthcare programs development methodology]., V.F. Moskalenko, T.S. Gruzeva, L.I. Galienko etc., Shidnoevropejs'kij zhurnal gromads'kogo zdorov'ja [East European Journal of Public Health]. – 2012, No. 2-3 (18-19), pp. 238-247.

6. Djachuk D.D., Jashhenko Ju.B. Poshirenist' hvorob sistemi krovoobigu sered doroslogo naselelnja, jakomu nadaet'sja medichna dopomoga u DNU «NPC PKM» DUS [The prevalence of cardiovascular diseases among adults, provided with medical care in the DNU "SPC RMB" SAA]., D.D. Djachuk, Ju.B. Jashhenko, I.Ju. Lisenko., Visnik problem biologii ta medicine [Journal of Medical and Biological Problems]. – 2015. – issue 2., Vol. 1 (118), pp. 290-294.

7. Shhorichna dopovid' pro stan zdorov'ja naselelnja, sanitarno-epidemicnu situaciju ta rezul'tati dijat'nosti sistemi ohoroni zdorov'ja Ukraïni [Annual report on the state of health, sanitary and epidemiological situation and the results of the Ukrainian healthcare system activities]., 2013 y., za red. [Ed. by] O.S. Musija. – Kiev., MVC «Medinform», 2014. – 438 p.

8. Spravochniki pokazatelej dejatel'nosti lechbenno-profilakticheskikh zavedenij oblasti. [Reference book of indicators of activity of medioprophyllactic establishments of the region]., MOZ Ukrainy, Oblasnoj informacjonno-analiticheskij centr medicinskoj statistiki [Ministry of Health of Ukraine, the Regional Information and Analytical Centre for Health Statistics]. – Poltava., 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 ys.


9. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M.; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. – Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics 2008., Access mode: <http://www.heartstats.org>

10. Sirenko Ju.M. Vikonannja Programi profilaktiki i likuvannja arterial'noi gipertenzii v Ukraïni (1999–2007 gg.) [Implementation of the Program of prevention and treatment of hypertension in Ukraine (1999–2007)]., Arterial'naja gipertenzija [Arterial hypertension]. - 2008, No. 2., pp. 83-88.

11. Gorbash' I.M., Smirnova O.O., Kvasha I.P., Dorogoj A.P. Ocinka effektivnosti «Programi profilaktiki i likuvannja arterial'noi gipertenzii v Ukraïni» za danimi epidemiologichnih doslidzhen'., Arterial'naja gipertenzija [Evaluating the effectiveness of the "Program of prevention and treatment

of arterial hypertension in Ukraine", according to the data of epidemiological studies]. - 2010, No. 6(14)., pp. 51-67.

12. Mathers C.D, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030., C.D. Mathers, D. Loncar., 2006. Access mode: www.pubmed.gov.

 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>

Литература:

1. Коваленко В.М. Хвороби системи кровообігу у структурі смертності населення України: міфи і реальність., М. Коваленко, Ю.М. Сіренко А.П. Дорогой., Матеріали XIV Національного конгресу кардіологів України. – Київ., 2013.

2. Несен О.А. Серцево-судинний ризик та коморбідність – гострі проблеми погіршення стану здоров'я суспільства./ О.А. Несен, М.М. Грунченко та ін., Scientific Journal «ScienceRise». – 2015., No. 1/3(6)., С.41-48.

3. Нетяженко Н.В. Відмінності ішемічної хвороби серця у жінок та чоловіків/ Н.В. Нетяженко., Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2014 р., No. 4(84)., С. 95-100.

4. Яценко Ю.Б., Кондратюк Н.Ю. Динаміка захворюваності та смертності внаслідок хвороб системи кровообігу в Україні в регіональному аспекті. /Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012 р., No. 3 (53)., С. 25-29.

5. Москаленко В.Ф. Комплексна оцінка медико-демографічної ситуації як складова методології розробки державних цільових програм в охороні здоров'я., В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Л.І. Галієнко та ін., Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012., No. 2-3 (18-19)., С. 238-247.

6. Дячук Д.Д., Яценко Ю.Б. Поширеність хвороб системи кровообігу серед дорослого населення, якому надається медична допомога у ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС., Д.Д. Дячук, Ю.Б. Яценко, І.Ю. Лисенко., Вісник проблем біології та медицини. – 2015. – вип. 2., том 1 (118)., С. 290-294.

7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяль-

ності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. / за ред. О.С. Муся. – Київ: МВЦ «Медінформ», 2014. – 438 с.


8. Справочники показателей деятельности лечебно-профилактических заведений области., МОЗ Украины, Обласной информационно-аналитический центр медицинской статистики. – Полтава, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 годы.

9. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M.; British Heart Foundation Health Promotion Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. – Health Economic Research Group, Department of Public Health, University of Oxford. European cardiovascular disease statistics 2008. - <http://www.heartstats.org>

10. Сіренко Ю.М. Виконання Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні (1999–2007 роки)., Артеріальна гіпертензія. - 2008., No. 2. – С. 83-88.

11. Горбаш І.М., Смирнова О.О., Кваша І.П., Дорогой А.П. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень., Артеріальна гіпертензія. - 2010., No. 6(14)., С. 51-67.

12. Mathers C.D, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030., C.D. Mathers, D. Loncar., 2006. Access mode: www.pubmed.gov [Електронний доступ].

 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>

Information about authors:

1. Maksim Horosh - post-graduate student of the Department of Social Medicine, Organization and Economics of Healthcare with Biostatistics and Medical Jurisprudence, Ukrainian Medical Dental Academy; address: Ukraine, Poltava city; e-mail: indarion0@gmail.com

2. IrinaGolovanova-DoctorofMedicine, Full Professor, Head of the Department of Social Medicine, Organization and Economics of Healthcare with Biostatistics and Medical Jurisprudence, Ukrainian Medical Dental Academy; address: Ukraine, Poltava city; e-mail: yaryna.ua@mail.ru

DRUG SENSITIVITY OF MICROBIAL FACTORS OF UROGENITAL INFECTIONS

S. Pavliy¹, Candidate of Biology, Assistant Professor
 R. Pavliy², Candidate of Medicine, Senior Research Associate
 State Institution "Lviv Research Institute of Epidemiology and Hygiene Ministry of Health of Ukraine", Ukraine²
 Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine¹

The article deals with the establishment of species composition and the rates of allocation of the Gram-negative and Gram-positive bacteria in the urine, as well as the study of their sensitivity to chemotherapeutic drugs.

Keywords: inflammatory process, genitourinary tract, antibiotic sensitivity, microbial factors.

Conference participants,
 National championship in scientific analytics

 Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap:msp.v0i10.1394>

Purulent-inflammatory infection of the genitals is one of the most widespread problems of the present. The number of infectious and inflammatory diseases of the respective localization in Ukraine is over 1 million cases. And this index is increasing annually by 10% on average. Irrational treatment of pathology of the urinary tract may cause the development of bacteremia and sepsis. According to the literature, the etiological structure of the inflammatory processes of the urogenital tract underwent significant changes: in recent years the role of the Gram-negative bacteria has increased (1-5).

The purpose of our research was the establishment of species composition and the rates of allocation of urine Gram-negative and Gram-positive bacteria, as well as the study of their sensitivity to chemotherapeutic drugs.

Materials and methods. Clinical material - urine, from 231 patients with purulent-inflammatory processes of genitourinary organs collected in sterile conditions using the catheter, or the middle dose of morning urine collected in the sterile biomaterial container. Serial dilutions of the test material were made, and dilutions were cultivated on Endo nutrient media, blood agar, yolk-salt agar and Saburo. Bacterial urine cultures were incubated in a

thermostat at the optimum temperature for growth of the test organisms. The identification of bacteria was carried by morpho-tinctorial, cultural, biochemical properties under Bergey's Manual of Systematic Bacteriology. (4). Sensitivity of isolated cultures to antibiotics was performed on Muller-Hinton medium by standard disks method. Assessment of sensitivity of the investigated strains to chemotherapeutic drugs and experimental fluorene derivative F1-4, synthesized at the Department of Pharmaceutical Chemistry of the post diploma education Faculty of Danylo Halytsky Lviv National Medical University by M.D. Petrukh L., was carried out by order of the Ministry of Health of Ukraine dated 05/04/2007 No. 167 "On approval of guidelines "Determining the sensitivity of microorganisms to antibiotics".

As a result of the 231 urine tests of the patients 207 strains were isolated: E.coli - 107, P.aeruginosae - 24, P.vulgaris - 18, K.pneumonia - 20, S.aureus - 30, S.epidermitidis - 28; 24 urine tests were sterile. The most commonly the Gram negative bacteria were isolated in -72.37% of cases and Gram-positive bacteria were isolated in 27.63%. As of the Gram-negative bacteria, E.coli -51,69%, P.aeruginosae - 11,11%, P.vulgaris - 8,69%, K.pneumoniae 0,92% were often isolated. As of the Gram-

positive strains isolated: S.aureus - in 4,49%, and S.epidermitidis - in 13,52%. (table 1).

A considerable part the studied strains showed resistance to chemotherapy testing and the newly created compounds F14 (table 2).

As seen from the above data in the table, most antibiotics and related compounds of fluorene have the anti-staphylococcal action. This is especially true for fluoroquinolones: 28 strains of S.aureus and 27 strains of S.epidermitidis showed sensitivity to Gatifloxacin, Ofloxacin and Pefloxacin.

Cultures of all kinds of Gram negative bacteria were sensitive to aminoglycosides and Carbapenems: E.coli-98-103 strains, P.aeruginosae 18-20 strains, P.vulgaris, K.pneumoniae-14-19 strains respectively.

Isolated strains of Gram negative bacteria were insensitive to Cephalexin (2-23) Cefotaxime (2-15), Ceftriaxone (3-5, except E.coli) and completely resistant to the F14 compound. The exception was only E.coli strains, sensitive and highly sensitive to Ceftriaxone, Cefepime, Furamag, Nitroxoline. Such high resistance to pathogens most frequently used in urology chemotherapy indicates a need to find new, more effective drugs for the treatment of patients with rational urogenital infections.

Tab. 1.

Isolation rates of individual species of bacteria from urine

Qty of tests	Results of urine culture				Isolation rates of a certain bacteria species											
	Positive		Negative		E.coli		P.aeruginosae		P.vulgaris		K.pneumoniae		S.aureus		S.epidermitidis	
	abs qty	%	abs qty	%	abs qty	%	abs qty	%	abs qty	%	abs. qty	%	abs qty	%	abs. qty	%
231	207	85,28	24	1,08	107	51,7	24	11,11	18	8,69	20	0,92	30	14,4	28	13,5

Tab. 2.

Number of isolated strains of bacteria sensitive to chemotherapy drugs and a compound F14

Antibiotics	E.coli	P.aeruginosae	P.vulgaris	K.pneumoniae	S.aureus	S.epidermitidis
Cefalexin	23	2	5	3	18	20
Cefotaxime	15	2	6	7	20	23
Ceftriaxone	88	5	5	3	25	27
Cefepime	94	12	15	13	25	26
Gentamicine	98	7	14	17	20	25
Amikacin	100	19	17	16	25	26
Imipenem	98	18	16	16	15	18
Meropenem	103	20	17	19	17	18
Gatifloxacin	34	6	9	6	28	27
Ofloxacin	33	5	10	6	28	27
Pefloxacin	29	7	13	9	27	28
Furamag	102	1	8	(4).	19	17
Nitroxoline	99	0	3	5	15	18
F14	0	0	0	0	25	27

References:

1. Perekrestnaja i asociirovannaja antibiotikorezistentnost' gramotricatel'nyh bakterij semejstva Enterobacteriaceae, ustojchivyh k cefalosporinam III pokolenija [Cross and associated antibiotic resistance of Gram-negative bacteria of the Enterobacteriaceae family, resistant to cephalosporins of the III generation], S.V. Sidorenko, E.D. Agapova, I.A. Aleksandrova [i dr.], Antibiotiki i himioterapija [Antibiotics and chemotherapy]. – 2008 Vol. 53, No. 1-2, pp. 20–25.
2. Antimicrobial resistance of urogenital pathogens in children in Crete, Greece/ Anatoliotaki Maria, Ialanakis Emmanonil, Shinaki Athina [at all.], Seand Infec. Diseases, 2007, 39, No. 8, pp. 671-675
<http://dx.doi.org/10.1080/00365540701199899>
3. Once daily extended release ciprofloxacin complicated urinary infections and acute uncomplicated pyelonephritis., Talan D., Klimberg L., Nicolle L. [at all.], Urol. 2004; 171, pp. 734-739
<http://dx.doi.org/10.1097/01.ju.0000106191.11936.64>
4. Sidorenko S.V. Klinicheskoe znachenie Pseudomonas aeruginosae. [Clinical value of Pseudomonas aeruginosa], S.V. Sidorenko., Klinicheskaja farmakologija i terapija [Clinical pharmacology and therapeutics], 2003, 12, 2., pp.1-7
5. Sostav mikroflory i chuvstvitel'nost' k antibiotikam bakterij urogenital'nogo trakta zhenshin [Composition of the microflora and sensitivity to antibiotics of bacteria of the urogenital tract of women], T.V. Skljjar, A.V. Krisenko, E.A. Sirokvasha, A.I. Vinnikov., Mikrobiol zhurn [Journal of Microbiology]. – 2007., Vol. 69., No. 3, pp. 50-56
6. Nakaz MOZ Ukraini vid 05.04.2007 No. 167 "Pro zatverdzhennja metodichnih vказivok "Viznachenija chutlivosti mikroorganizmiv do antibakterial'nih preparativ" [Decree of the Ministry of Health of Ukraine of 05/04/2007 "On the approval of guidelines "Determination of sensitivity of microorganisms to antibacterial agents"]
3. Once daily extended release ciprofloxacin complicated urinary infections and acute uncomplicated pyelonephritis., Talan D., Klimberg L., Nicolle L. [at all.], Urol. 2004; 171, pp. 734-739
<http://dx.doi.org/10.1097/01.ju.0000106191.11936.64>
4. Сидоренко С.В. Клиническое значение Pseudomonas aeruginosae., С.В. Сидоренко., Клиническая фармакология и терапия, 2003, 12,2 С. 1-7
5. Состав микрофлоры и чувствительность к антибиотикам бактерий уrogenитального тракта женщин. Т.В. Скляр, А.В. Крисенко, Е.А. Сирокваша, А.И. Винников., Микробиол журн. – 2007., Т. 69., No. 3, с. 50-56
6. Наказ МОЗ України від 05.04.2007 No. 167 "Про затвердження методичних вказівок "Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів".

Литература:

1. Перекрестная и ассоциированная антибиотикорезистентность грамотрицательных бактерий семейства Enterobacteriaceae, устойчивых к цефалоспорином III поколения., С.В. Сидоренко, Е.Д. Агапова, И.А. Александрова [и др.], Антибиотики и химиотерапия. – 2008 Т. 53, No. 1-2, С. 20–25.
2. Antimicrobial resistance of urogenital pathogens in children in Crete, Greece/ Anatoliotaki Maria, Ialanakis Emmanonil, Shinaki Athina [at all.], Seand Infec. Diseases, 2007, 39, No. 8, pp. 671-675
<http://dx.doi.org/10.1080/00365540701199899>

Information about authors:

1. Svitlana Pavliy - Candidate of Biology, Assistant Professor, Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky; address: Ukraine, Lviv city; e-mail: microvirus@yandex.ru
2. Rostyslav Pavliy - Candidate of Medicine, Senior Research Associate, Lviv Research Institute of Epidemiology and Hygiene Ministry of Health of Ukraine; address: Ukraine, Lviv city; e-mail: avatar2004@yandex.ua

LEGALIZATION OF EUTHANASIA OR THE ASSISTED SUICIDE: ILLUSION OF SECURITY

L.V. Grigorenko, Candidate of Medicine,
the second higher education, Specialist in “Philology.
Interpreter (English)”
Dnepropetrovsk Medical Academy, Ukraine

After 30 years the Netherlands has moved from euthanasia of incurable people to euthanasia of those chronically ill; from euthanasia for physical illness, to euthanasia for mental illness; from euthanasia for mental illness, to euthanasia for psychological distress or mental suffering - and now to euthanasia of people over 70 and “tired of living.” Dutch euthanasia protocols have also moved from conscious patients providing explicit consent, to unconscious patients unable to provide any consent. Denying euthanasia or PAS in the Netherlands is now considered a form of discrimination against people with chronic illness, whether the illness be physical or psychological, because those people will be forced to “suffer” longer than those terminally ill. Non-voluntary euthanasia is now being justified by appealing to the social duty of citizens and the ethical pillar of beneficence. In the Netherlands, euthanasia has moved from being a measure of last resort to the type of early intervention. Belgium has also chosen this path, and alarming information is coming from Oregon, in particular with respect to protection of people with depression and the objectivity of the process.

Keywords: acts, rejection of actions, death, intentions, termination of life, euthanasia, assisted suicide.

Conference participants
National championship in scientific analytics,
Open European and Asian research analytics championship


ЛЕГАЛИЗАЦИЯ ЭВТАНАЗИИ ИЛИ АССИСТИРОВАННОГО САМОУБИЙСТВА: ИЛЛЮЗИЯ БЕЗОПАСНОСТИ

Григоренко Л.В., канд. мед. наук, доцент,
второе высшее образование, специалист «филология.
Переводчик (английский язык)»
Днепропетровская Медицинская Академия, Украина

Через 30 лет, Нидерланды перешли от эвтаназии неизлечимо больных людей, к эвтаназии для тех, кто хронически болен; от эвтаназии для физической болезни, к эвтаназии в связи с психическим заболеванием; от эвтаназии в связи с психическим заболеванием, к эвтаназии от психологического дискомфорта или душевных страданий, — и теперь к эвтаназии просто если человек старше 70 лет и “устал жить.” Протоколы Голландский эвтаназии тоже перешли от сознательных пациентов, оказывая эвтаназию с явного согласия, в подсознание пациентов, которые не в состоянии дать согласие. Отрицание эвтаназии или ассистированного самоубийства в Нидерландах сейчас считается одной из форм дискриминации против людей с хроническими заболеваниями, может ли болезнь быть физической или психологической, ведь эти люди будут вынуждены “страдать” больше, чем те, кто неизлечимо болен. Недобровольная эвтаназия является в настоящее время оправданным путем обращения в общественный долг граждан и этических позиций милосердия. В Нидерландах эвтаназия превратилась из крайней меры к тому, чтобы быть одним из ранних проявлений врачебного вмешательства. Бельгия последовала её примеру, и тревожные свидетельства эвтаназии поступают из Орегона, в частности в отношении защиты людей с депрессией и объективности процесса.

Ключевые слова: деяния, отказ от действия, смерть, намерения, прекращение жизни, эвтаназия, ассистированное самоубийство.

Участник конференции,
Национального первенства по научной аналитике,
Открытого Европейско-Азиатского первенства по научной аналитике

 Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1396>

Эвтаназия обычно определяется как акт, предпринятый только под наблюдением врача, который намеренно заканчивает жизнь человека по его или её просьбе [1, 2]. Поэтому врач назначает смертоносное вещество. “Самоубийство с врачебной помощью” (далее – самоубийство) с одной стороны, представляется, как решение пациента самостоятельно принять летальную дозу лекарственного препарата, выписанного врачом.

На сегодняшний день, в Нидерландах, Бельгии и Люксембурге легализовали эвтаназию [15]. Законы в Нидерландах и Люксембурге также позволяют осуществлять эвтаназию. В США, в Штатах Орегон и Вашингтон легализовали “самоубийство с врачебной помощью” в 1997 и 1999 годах соответственно, но эвтаназия остается нелегальной [3]. Ситуация в штате Монтана в настоящее время остаётся неясной; законопроект, легализующий самоубийство был принят законодательным органом

штата в 2010 году, но был недавно отменён государственным юридическим Комитетом Сената.

В Голландии, эвтаназия и суицид были формально легализованы в 2001 году после 30 летнего периода общественных дебатов [1]. С 1980-х годов, руководящие принципы и процедуры для осуществления контроля над эвтаназией были разработаны и адаптированы несколько раз Королевской Голландской медицинской Ассоциацией в сотрудничестве с национальной судебной системой. Несмотря на оппозицию Бельгийской медицинской Ассоциации, в Бельгии легализовали эвтаназию в 2002 году, после 3 летней общественной дискуссии, которая включала членов правительственных комиссий. В Люксембурге легализовали эвтаназию и самоубийство в 2009 году. В Швейцарии самоубийство, хотя формально не легализовано, но была принята поправка в законе в начале 1900-х годов, которая исключает

самоубийство.

Эвтаназия, однако, является незаконным действием [4]. Человек совершает самоубийство, может сделать это с помощью ассистента до тех пор, пока ассистент не имеет никаких корыстных побуждений и ничего не выигрывает лично от смерти. В отличие от других юрисдикций, которые требуют осуществления эвтаназии или ассистированного самоубийства только врачами, в Швейцарии разрешается содействовать суициду не только врачам.

Во всех этих юрисдикциях нет гарантий, критериев и процедуры осуществления контроля на практике для обеспечения общественного порядка, и с целью предотвращения или злоупотребления эвтаназией, или её неправильного осуществления [5]. Некоторые критерии и процедуры проведения эвтаназии являются общими для всех юрисдикций; другие различаются в разных странах [5, 6]. С целью предупреждения случаев

злоупотреблений практики эвтаназии, особенно тщательно нужно подходить к легализации эвтаназии в тех странах, которые намерены её легализовать. В обзорной статье исследуется эффективность гарантий и “побочные эффекты” в практике эвтаназии.

Гарантии, их эффективность

Во всех законодательных документах, просьба об эвтаназии или самоубийстве должна быть добровольной, обдуманной, осознанной, и стойкой в течение времени. Запрашивающее лицо должно предоставить письменное согласие и должно быть компетентным в момент совершения запроса. Несмотря на эти гарантии, более 500 человек в Нидерландах усыпляют невольно с каждым годом. В 2005 году, в общей сложности 2410 смертей с помощью эвтаназии или самоубийства составляет 1,7 % от всех смертей в Нидерландах. Более 560 пациентам (0,4 % всех смертей) вводили смертельные вещества без их явного согласия [7]. Из каждого 5 пациента, 1 усыпляют без его явного согласия. Попытки доведения этих дел до суда не удалось, свидетельствуют о том, что судебная система стала терпимее с течением времени к таким преступным действиям [5].

В Бельгии показатель вынужденной, а не добровольной эвтаназии смертей (то есть без явного согласия) в 3 раза выше, чем в Нидерландах [8, 9]. К “недобровольной эвтаназии” относятся ситуации, в которых человек обладает потенциалом, но не предоставил согласия к “недобровольной эвтаназии, и ситуации, в которой человек не в состоянии дать согласие по таким причинам, как деменция или кома. Недавнее исследование показало, что во Фламандской части Бельгии, 66 из 208 случаев “эвтаназии” (32%) произошло при отсутствии просьбы или согласия на осуществление эвтаназии [10]. Причинами для прекращения жизни человека без получения его согласия были следующие: нахождение пациентов в коме (70% случаев) или деменции (21% случаев). В 17% случаев, врачи осуществляли эвтаназию без согласия пациентов, потому что считают, что эвтаназия была “явно в интересах пациента” и, в 8% случаев врачи посчитали, что обсуждение

эвтаназии с пациентом были бы ему во вред. Эти факты согласуются с результатами предыдущего исследования, в котором 25 из 1644 внезапных смертей были результатом эвтаназии без явного согласия пациентов [8].

В обход законов приводятся некоторые доказательства из социальных исследований “побочных эффектов” эвтаназии, описанных Кеоуном [5]. До сих пор не было обнаружено ни одного случая эвтаназии, который бы был направлен в судебные органы для дальнейшего расследования в Бельгии. В Нидерландах, в 16 случаях (0,21 % всех зафиксированных случаев) были направлены в судебные органы в первые 4 года после того, как закон об эвтаназии вступил в силу, при этом ни один случай эвтаназии не был привлечён к уголовной ответственности [12]. В одном случае консультант, который консультирует неизлечимого больного о способах самоубийства, был оправдан [14]. Следовательно, принятие закона об эвтаназии свидетельствует, об изменении общественных ценностей после легализации эвтаназии и ассистированного самоубийства. В 1987 году в преамбуле Королевской Голландской медицинской Ассоциации в своих руководящих принципах, касающихся эвтаназии, написано: “если нет запроса от пациента, тогда решение о прекращении его жизни [юридически] квалифицируется как убийство или самоубийство, а не эвтаназия.” В 2001 году ассоциация поддержала новый закон, в котором написано пожелание о предварительном распоряжении для эвтаназии как приемлемой, и при этом представители судебной системы терпимо относятся к недобровольной эвтаназии [7, 13]. Однако, решения, основанные на ходатайстве о предварительном распоряжении или завещании могут быть этически проблематичными, поскольку запрос, не совпадающий по времени с деянием не может являться доказательством волеизъявления пациента на момент осуществления эвтаназии.

В Орегоне, хотя при неизлечимой болезни с прогнозом меньше чем 6 месяцев жизни должны присутствовать невыносимые страдания, которые не могут быть освобождены медикамен-

тозным лечением, для осуществления эвтаназии – это не основное требование (опять же признавая, что понятие “невыносимые страдания” само по себе неоднозначно). Это определение позволяет врачам оказать содействие в самоубийстве, не ссылаясь на медицинские, психологические, социальные обстоятельства и опасения, которые обычно лежат в основе просьбы о содействии в самоубийстве. Врачи обязаны указывать, что паллиативная помощь является реальной альтернативой, но не обязаны быть осведомленными о том, как облегчить физические или эмоциональные страдания.

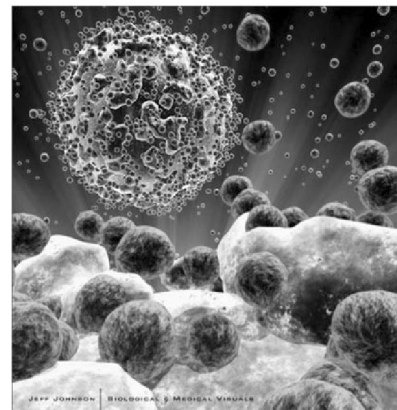


Рис. 1. Схема строения ВИЧ – инфекции



Рис. 2. На фотографии изображён грудной ребёнок с симптомами болезни Квашиоркор – энергетически – белковое голодание, а также дефицит витамина В. Болезнь Квашиоркора связана с недостаточным поступлением белка, истончением волос, отёком, недостаточным ростом, и потерей веса. Угловой стоматит свидетельствует о сопутствующей недостаточности витамина В

До 2001 года, в Нидерландах только взрослым разрешён доступ к эвтаназии или самоубийству. Однако в 2001 году закон допускал эвтаназию для детей в возрасте 12–16 лет, с разрешения родителей на умерщвление детей, хотя эта возрастная группа составляет, как правило, группу пациентов, которые считаются непригодными для принятия такого решения [5]. Закон даже позволяет врачам приступить к эвтаназии, если существуют разногласия между родителями. К 2005 году, в Гронингене был принят протокол, который разрешает эвтаназию новорожденных и детей младшего возраста, которые не должны иметь “никакой надежды на хорошее качество жизни”. В 2006 году законодатели в Бельгии заявили о намерении изменить закон, чтобы включить в эвтаназию младенцев, подростков, и людей с деменцией или болезнью Альцгеймера [9].

В Бельгии специалисты предпочли проигнорировать требование, что, в случае отказа от неизлечимо больных пациентов, должен соблюдаться интервал 1 месяц с момента первого запроса и до момента, когда эвтаназия производится. Один специалист сообщил, что его подразделение учитывает среднее время от поступления пациента до момента осуществления эвтаназии, казалось бы, в “безнадежной” ситуации у пациентов было около 3,5 дней [13]. Этот специалист ут-

верждал, что основополагающим принципом было благодеяние. Изначально, эвтаназия в Нидерландах была, в крайнем случае, при отсутствии других вариантов лечения. Удивительно, однако, паллиативная помощь консультанта не является обязательной в юрисдикциях, разрешающих эвтаназию или помощь в самоубийстве, хотя неконтролируемая боль и симптомы остаются среди причин, по которым запрашиваются эвтаназия или самоубийство [14].

С 2002 по 2007 годы в Бельгии, паллиативная помощь проводилась при консультации врача (во – вторую очередь) только в 12% всех случаев эвтаназии [9]. Паллиативная помощь команды врачей осуществлялась более чем в 65% случаев эвтаназии. Кроме того, услуги паллиативной помощи снижались. В 2002 году, паллиативной помощью команды врачей были проведены консультации в 19% случаев эвтаназии, но к 2007 году она снизилась до 9% случаев. Находя, что в Бельгии, легализация сопровождается значительными улучшениями паллиативной помощи в стране [2, 5]. Другие

исследования сообщают о снижении паллиативной помощи [8, 11]. Следует отметить, что легализация эвтаназии или самоубийства не требуется, в других странах, таких как Соединенное Королевство, Австралия, Ирландия, Франция, и Испания, в которых паллиативный уход развиты больше, чем в Бельгии и Нидерландах. Есть и другие примеры, что “социально скользкий путь” как явление действительно существует. В Швейцарии в 2006 году, в университетской больнице в Женеве было проведено сокращение сотрудников осуществляющих паллиативный уход (от 1,5 до 2 штатных врачей) после принятия решения больницей о разрешении самоубийства, центр паллиативной помощи тоже был закрыт. 15% врачей в Нидерландах выразили обеспокоенность тем, что экономическое давление может побудить их рассмотреть эвтаназию для некоторых своих пациентов; уже умирающего пациента усыпляют, чтобы освободить больничную койку [6].

В Великобритании на парламентских слушаниях по эвтаназии несколько лет назад один голландский врач утверждал, что “мы не нуждаемся в паллиативной медицине, мы практикуем эвтаназию” [9]. Сторонники эвтаназии, как правило, игнорируют эти опасения по поводу “социально скользкого пути” и решили опровергнуть этот “скользкий путь” как аргумент на том основании, что легализация эвтаназии и самоубийства не привело к экспоненциальному увеличению случаев эвтаназии или непропорционально большому числу уязвимых лиц [10]. Тем не менее, существуют доказательства того, что эти утверждения недостоверны.

Число смертей с помощью эвтаназии во Фландрии удвоилось с 1998 года [8]. Из общего количества смертей в этой Фламандской части Бельгии (население 6 миллионов), 1,1%, 0,3% и 1,9% произошли путем эвтаназии в 1998, 2001 и 2007 годах соответственно (около 620, 500, и 1040 человек соответственно в те годы). Чамбаере и соавт. [10] сообщили в своём докладе Канадской медицинской Ассоциации, что в Бельгии, эвтаназия без согласия пациента сократилась с 3,2% в 1998 г. до 1,8% в 2007 году. Однако при более



Рис. 3. Фотография сделана из учебника “Hodgkin’s Disease” в 1938 году

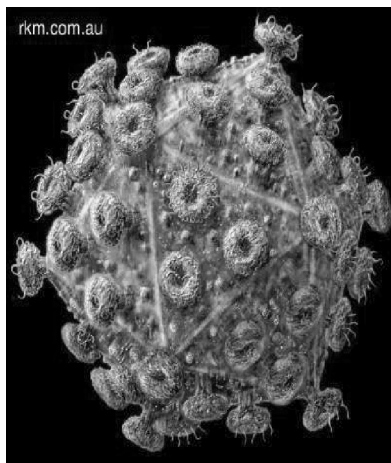


Рис. 4. Ag HIV (антиген ВИЧ – инфекции). Статистика свидетельствует, что у ВИЧ – инфицированных детей, в 1200 раз выше риск таких заболеваний как: лимфома не-Ходжкина – 65%, лейомиома и лейомиосаркома – 15%, лейкемия – 6%, саркома Капоши – 5%, лимфома Ходжкина – 3%, карцинома – 2%. Без лечения ВИЧ – инфекции смертность повышается на 40–70%. У 80% ВИЧ – инфицированных детей встречается эпизодически пневмоцистная пневмония

внимательном обзоре оригинального исследования видно, что показатель эвтаназии сократился до 1,5% в 2001 году и затем вновь увеличился до 1,8% в 2007 году.

В Голландии, общие темпы эвтаназии составляли 1,7% всех смертей в 2005 году по сравнению с 2,4% и 2,6% в 2001 и 1995 годах соответственно, но не отличались с 1990 года, когда данный показатель составил 1,7% [17]. Однако, голландское правительство, ссылаясь на данные официальной статистики, указывает на рост эвтаназии на 13% в 2009 г. по сравнению с 2008 годом; эвтаназия в настоящее время составляет 2% всех смертей. Учитывая растущее число, заинтересованность учреждений, обеспечивающих эвтаназию (похожие случаи были зарегистрированы в швейцарском ассистированном самоубийстве благодаря специалистам группы Дигнитас). В Орегоне, хотя в ряде случаев процент эвтаназии очень мал по отношению к населению: 24 предписания были написаны в 1998 году (16 из которых привели к гибели по – причине ассоциированного самоубийства), 67 таких случаев зарегистрированы в 2003 году (43 из которых привели к гибели по причине самоубийства), и 89 подобных случаев обнаружено в 2007 году. В Бельгии, услуги недобровольной эвтаназии снизились; они составляли 3,2%, 1,5% и 1,8% всех случаев смерти в 1998, 2001 и 2007 годах соответственно (1800, 840 и 990 соответственно пациентов в те годы) [18]. В Нидерландах практика эвтаназии снизилась с 0,7% в 2001 году до 0,4% в 2005 году [16, 19]. Фактический показатель, вероятно, выше, ввиду большого количества незарегистрированных случаев.

Заключение.


Организация Объединенных Наций установила, что право эвтаназии в Нидерландах установлено в нарушении Всеобщей декларации прав человека, поскольку существует опасность для человека и угроза целостности для жизни каждого человека. ООН также выразил опасение, что система может не обнаружить и предотвратить ситуации, в которых люди могут подвергаться неоправданному давлению, чтобы предоставить согласие на

эвтаназию и может обойти гарантии. Самостоятельность и выбор являются важными ценностями в любом обществе, но и они тоже не без ограничений. Наше демократическое общество легализовало много законов, которые ограничивают индивидуальную автономию и выбор человека так, чтобы общество обеспечивало более крупные сообщества. Законодатели в некоторых странах и юрисдикциях, в прошлом году, проголосовав против легализации эвтаназии и ассистированного самоубийства частично из-за озабоченности и доказательств, описанных в настоящей обзорной статье. К тем юрисдикциям относятся Франция, Шотландия, Англия, Южная Австралия, и Нью-Гэмпшир. Они предпочли совершенствование службы паллиативной помощи и просвещения медицинских работников и общественности [20, 21, 22].


References:

1. Deliens L., van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *Lancet*. 2003;362:1239–40. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14520-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14520-5)
2. Watson R. Luxembourg is to allow euthanasia. *BMJ*. 2009; 338:b1248. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b1248>
3. Steinbrook R. Physician-assisted death-from Oregon to Washington State. *N Engl J Med*. 2008; 359:2513–15. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmp0809394>
4. Hurst S., Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ*. 2003; 326:271–3. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7383.271>
5. Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., De Keyser E., Deliens L. The medical practice of euthanasia in Belgium and the Netherlands: legal notification, control and evaluation procedures. *Health Policy*. 2009;90:181–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.10.003>
6. Caplan A.L., Snyder L., Faber-Langendoen K. The role of guidelines in the practice of physician-assisted suicide. University of Pennsylvania Center for Bioethics Assisted Suicide Consensus Panel. *Ann Intern Med*. 2000; 132:476–81. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-132-6-200003210-00009>
7. Van der Heide A., Onwuteaka-Philipsen B.D., Rurup M.L., et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med*. 2007;3 56:1957–65. <http://dx.doi.org/10.1056/nejmsa071143>
8. Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, Van Casteren V, Deliens L. Euthanasia and other end of life decisions and care provided in final three months of life: nationwide retrospective study in Belgium. *BMJ*. 2009;339:b2772. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b2772>
9. Van den Block L., Deschepper R., Bilsen J., Bossuyt N., Van Casteren V., Deliens L. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*. 2009; 9:79. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-79>
10. Chambaere K., Bilsen J., Cohen J., Onwuteaka-Philipsen B.D., Mortier F., Deliens L. Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ*. 2010;182:895–901. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091876>
11. Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Mortier F., Deliens L. Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases. *BMJ*. 2010;341:c5174. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5174>
12. Inghelbrecht E., Bilsen J., Mortier F., Deliens L. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ*. 2010; 182:905–10. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.091881>
13. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M., et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1185–91. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>
14. Emanuel E.J., Fairclough D.L.,


Emanuel L.L. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA*. 2000; 284:2460–8.

 <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>

15. Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H., et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284:2907–11.

 <http://dx.doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>


16. Smith SW. Evidence for the practical slippery slope in the debate on physician assisted suicide and euthanasia. *Med Law Review*. 2005;13:17–44.

 <http://dx.doi.org/10.1093/medlaw/fwi002>


17. Sheldon T. Dutch GP found

guilty of murder faces no penalty. *BMJ*. 2001;322:509.

18. Bilsen J., Cohen J., Chambaere K, et al. Medical end-of-life practices under the euthanasia law in Belgium. *N Engl J. Med*. 2009;361:1119–21.


 <http://dx.doi.org/10.1056/nejmc0904292>

19. Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Deliens L. Legal euthanasia in Belgium: characteristics of all reported euthanasia cases. *Med Care*. 2010;48:187–92.


 <http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0b013e3181bd4dde>

20. Verhagen A.A., Sol J.J., Brouwer O.F., Sauer P.J. Deliberate termination of life in newborns in the Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004 *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149:183–8.

21. Sheldon T. Dutch law leads to confusion over when to use life ending treatment in suffering newborns. *BMJ*. 2009; 339:b5474.

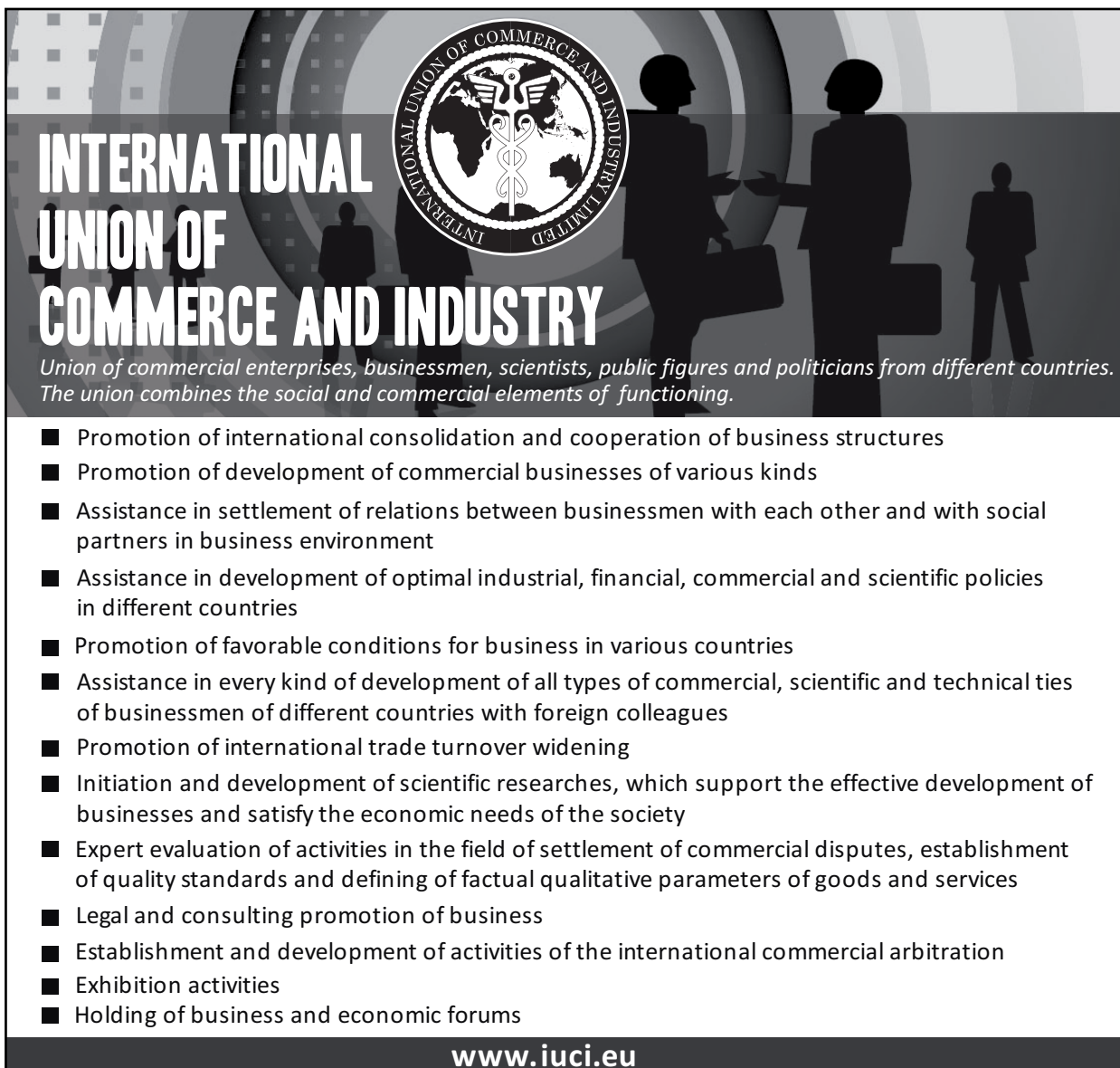
 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b5474>

22. Burgermeister J. Doctor reignites euthanasia row in Belgium after mercy killing. *BMJ*. 2006; 332:382.

 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7538.382-c>

Information about author:

Liubov Grigorenko - Candidate of Medicine, the second higher education, Specialist in “Philology. Interpreter (English)”, Dnipropetrovsk State Medical Academy; address: Ukraine, Krivoy Rog city; e-mail: ask_lubov@mail.ru



INTERNATIONAL UNION OF COMMERCE AND INDUSTRY

Union of commercial enterprises, businessmen, scientists, public figures and politicians from different countries. The union combines the social and commercial elements of functioning.

- Promotion of international consolidation and cooperation of business structures
- Promotion of development of commercial businesses of various kinds
- Assistance in settlement of relations between businessmen with each other and with social partners in business environment
- Assistance in development of optimal industrial, financial, commercial and scientific policies in different countries
- Promotion of favorable conditions for business in various countries
- Assistance in every kind of development of all types of commercial, scientific and technical ties of businessmen of different countries with foreign colleagues
- Promotion of international trade turnover widening
- Initiation and development of scientific researches, which support the effective development of businesses and satisfy the economic needs of the society
- Expert evaluation of activities in the field of settlement of commercial disputes, establishment of quality standards and defining of factual qualitative parameters of goods and services
- Legal and consulting promotion of business
- Establishment and development of activities of the international commercial arbitration
- Exhibition activities
- Holding of business and economic forums

www.iuci.eu

PROBLEM OF PHARMACEUTICAL PROVISION OF ELDERLY PATIENTS WITH EPILEPSY

E.I. Smetanina, Candidate of Pharmaceutics, Associate Professor
Y.O. Hrynkiv, Candidate of Pharmaceutics
Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky,
Ukraine

This article deals with the problems of the pharmaceutical supplying of elderly patients suffering from epilepsy. Characteristics of prediction and prevention of epilepsy in elderly patients are analysed. The main goal of epilepsy treatment is to maintain the state without seizures in the absence of side effects of drugs, and the preservation of normal lifestyle without changing or with improvement of its quality. The basic principle of treatment is the following: one should begin with the lowest possible dose and gradually increase it. This allows minimizing the severity and frequency of side effects. On the basis of the research the author offers the main drug, prescribed to the elderly patients, as well as the analogues and concomitant drugs.

Keywords: epilepsy, frequency of disease, drugs, polypragmasy, first- and second-generation drugs.

Conference participants


ПРОБЛЕМАТИКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сметанина Е.И., канд. фармацевт. наук, доцент
Гринькив Я.О., канд. фармацевт. наук
Львовский национальный медицинский университет
им. Д. Галицкого, Украина

В данной статье рассмотрены проблемы фармацевтического обеспечения больных эпилепсией пожилого возраста. Проанализированы характерные особенности прогнозирования и профилактики заболевания эпилепсией у людей пожилого возраста. Главной целью лечения эпилепсии является поддержание состояния, свободного от приступов при отсутствии побочных эффектов лекарственных средств, и сохранение обычного образа жизни без изменения или с улучшением ее качества. Основным принцип лечения заключается в том, что начинать нужно с минимально возможной дозы препаратов и увеличивать ее постепенно, это позволяет сократить до минимума выраженность и частоту побочных эффектов. На основе проведенного исследования автором предлагается основной препарат, назначаемый пожилым пациентам, а также аналоги и сопутствующие препараты.

Ключевые слова: эпилепсия, частота заболевания, лекарственные средства, полипрагмазия, препараты первого и второго поколения.

Участники конференции

 Digital Object Identification: <http://dx.doi.org/10.18007/gisap.msp.v0i10.1397>

Эпилепсия, после инсульта и деменции, является довольно распространенным заболеванием у лиц старшей возрастной категории. Причем, данное заболевание у пожилых людей проходит приступообразно, характеризуется спонтанностью, его невозможно прогнозировать.

Частота возникновения первого судорожного припадка среди лиц в возрасте старше 65 лет составляет 136 на 100 тыс. Распространенность активной эпилепсии среди людей пожилого возраста достигает 1,5%, а среди находящихся в домах престарелых превышает 5%.

Анализ литературных и интернет-источников показал, что на данном этапе отсутствуют надежные тесты для диагностики данной патологии.

Диагностика, профилактика и лечение эпилепсии во всех возрастных группах - сложная задача, требующая клинической интуиции и опыта, высокого уровня специализации и профессионализма. Не секрет, что тщательное изучение анамнеза составляет основу диагностирования любого сложного заболевания. В случае эпилепсии, особенно у лиц пожилого возраста, сбор анамнеза должен включать полный список лекарственных средств и подробный медицинский анамнез,

включая сердечно-сосудистые факторы риска (сахарный диабет, повышенное артериальное давление и курение) и другие потенциальные причины эпилепсии, такие как предшествующие серьезные травмы головы, менингиты, энцефалиты и пр., вплоть до учета особенностей семейного анамнеза.

Учитывая факт недостаточности комплаенса между врачом и пациентом в старшей возрастной категории, провизор выступает фактически клиническим консультантом, лишенным права назначать лекарственные средства и в большинстве случаев владеющий информацией о возможных несовместимых сочетаниях отдельных препаратов, развитии осложнений и побочных реакций. Поэтому провизор обязан проявлять тактичность и уважение, следовать нормам фармацевтической этики и деонтологии, опеки и профилактики, зная о наличии *цереброваскулярных и нейродегенеративных расстройств как основных этиологических причинах эпилепсии.*

Анализ научных источников информации показал, что проблематика диагностирования и раннего обнаружения симптомов эпилепсии активно рассматривалась в исследованиях Ettinger et al. (2009); Johnston et al. (2010).

Не следует забывать о морфологических, анатомических и др. возрастных особенностях пожилого организма, которые довольно часто влияют на назначение врачом того или иного препарата.

Главной целью лечения эпилепсии является поддержание состояния, свободного от приступов при отсутствии побочных эффектов лекарственных средств, и сохранение обычного образа жизни без изменения или с улучшением ее качества.

Необходимо помнить, что противозепилептическая терапия будет пожизненной. В идеале подбираются те противозепилептические препараты (ПЭП), которые с наибольшей вероятностью обеспечат отсутствие судорожных приступов с наименьшими побочными эффектами. Они должны хорошо переноситься, обладать ограниченным количеством побочных явлений, быть удобными в дозировании. Основным принцип лечения, который особенно актуален при терапии пациентов пожилого возраста, состоит в том, чтобы начинать с минимально возможной дозы препаратов и увеличивать ее постепенно. Такой подход позволяет сократить до минимума выраженность и частоту побочных эффектов.

По данным литературы, основным препаратом, назначаемым пожилым пациентам, является фенитоин. Далее по частоте назначения идут карбамазепин, фенобарбитал и вальпроат натрия; наиболее частой схемой сочетанной терапии оказывается назначение фенитоина и фенобарбитала. Хорошо зарекомендовали себя ламотриджин (не менее эффективен и лучше переносится, чем карбамазепин в стандартной лекарственной форме). В исследованиях Cumbo и Ligorì (2010) было показано, что в практике эпилепсии активно применяется леветирацетам (вызывает меньше побочных явлений, чем другие ПЭП), который может выступать безопасным противосудорожным средством для лиц пожилого возраста с когнитивными расстройствами.

Выбор ПЭП в большей мере зависит от переносимости и его индивидуальной эффективности. У пожилых пациентов сопутствующая патология затрудняет диагностику эпилепсии и усложняет лечение. Например, при лечении пациентов с почечной недостаточностью может быть необходима модификация дозы ПЭП, а в случае пожилых пациентов, принимающих фермент-индуцирующие лекарственные средства, следует помнить о необходимости защиты костной ткани. Пациентам с эпилепсией и деменцией целесообразно назначать ПЭП, которые значительно не влияют на когнитивную функцию. Учитывая наблюдающуюся у лиц пожилого возраста тесную связь инсульта и эпилепсии, следует обращать внимание на факторы сердечно-сосудистого риска у пожилых пациентов с впервые выявленными приступами и при необходимости дополнительно назначать аспирин и статины.

Для пожилых пациентов характерна полипрагмазия, риск лекарственных взаимодействий в этой группе выше и повышается с возрастом, подвергая восприимчивых пожилых людей повышенной опасности.

Препараты первой линии - фенобарбитал, фенитоин, карбамазепин и примидон, являются мощными индукторами печеночных ферментов и, следовательно, могут понижать плазменные концентрации многих препаратов: психотропных, иммуносупрессоров, противомикробных, противоопухо-

левых и сердечно-сосудистых. Более новые ПЭП не обладают клинически значимыми фермент-индуцирующими свойствами. Особого внимания при выборе ПЭП требуют пациенты, которые принимают варфарин: фенобарбитал, фенитоин и карбамазепин, индуцируют фермент P450, усиливая таким образом метаболизм варфарина.

Как было показано в исследованиях Veterans Affairs, лицам пожилого возраста, как правило, назначаются сердечно-сосудистые средства. Фермент-индуцирующие ПЭП могут снижать плазменные концентрации антиаритмических препаратов, таких как амиодарон, что приводит к необходимости повышения дозы. Осторожность и адекватный подбор дозы также необходимы в случае приема некоторых гипотензивных препаратов; фермент-индуцирующие ПЭП повышают метаболический клиренс бета-блокаторов, антагонистов кальциевых каналов, в частности верапамила.



Одновременное назначение нескольких препаратов повышает риск лекарственных взаимодействий. В проведенном Patsalos et al. (2002) опросе лиц пожилого возраста, находившихся в домах престарелых, оказалось, что 49% из них на фоне приема ПЭП принимали еще 6 препаратов или более.

Существует проблематика в лекарственном обеспечении пожилых пациентов. Препараты первого и второго поколения представлены на отечественном рынке как импортными с высокой ценовой политикой, так и отечественными, более доступными по цене. ПЭП второго поколения обладают лучшей эффективностью, хорошей переносимостью, имеют меньшую токсичность по сравнению с препаратами первого поколения. Однако при их использовании в 30% случаев не удается достичь адекватного контроля приступов эпилепсии. ПЭП третьего поколения в Украине представлены эскарбазепином, лакосамидом (только оригинальные импортные препараты) и прегабалином (импортного и отечественного производства).



Проведенный нами анализ показал, что фармацевтический рынок Украины характеризуется наличием широкого ассортимента ПЭП всех поколений, как иностранного, так и отечественно-

го производства. Однако доступность новых, оригинальных, безопасных и эффективных препаратов для больных эпилепсией остается очень низкой.

References:

1. Jpilepsija. Informacionnyj bjulleten' [Epilepsy. News bulletin]., No. 999., Access mode: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/ru/>
2. Fioletovij den': jak zhivet'sja ljudjam z epilepsieju v Ukraïni? [Purple Day: how do people with epilepsy live in Ukraine?]., Access mode: <http://fp.com.ua/news/fioletoviy-den-yak-zhivetsya-lyudyam-z-epilepsiyeyu-v-ukrayini/>
3. Bialer M. (2006) New antiepileptic drugs that are second generation to existing antiepileptic drugs. Expert Opin. Investig. Drugs, 15(6): 637–647.  <http://dx.doi.org/10.1517/13543784.15.6.637>
4. Johnston et al. Expert Reviews Neurotherapeutics (2010;10 (12): 1899-1910).  <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.7.12.1751>.

Литература:

1. Эпилепсия. Информационный бюллетень №999 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/ru/>
2. Фиолетовый день: як житись людям з епілепсією в Україні? [Електронний ресурс]. - Режим доступа: <http://fp.com.ua/news/fioletoviy-den-yak-zhivetsya-lyudyam-z-epilepsiyeyu-v-ukrayini/>
3. Bialer M. (2006) New antiepileptic drugs that are second generation to existing antiepileptic drugs. Expert Opin. Investig. Drugs, 15(6): 637–647.  <http://dx.doi.org/10.1517/13543784.15.6.637>
4. Johnston et al. Expert Reviews Neurotherapeutics (2010;10 (12): 1899-1910).  <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.7.12.1751>.

Information about authors:

1. Ekaterina Smetanina - Candidate of Pharmaceutics, Associate Professor, Danylo Halytsky Lviv National Medical University; address: Ukraine, Lviv city; e-mail: smetanina_k@ukr.net
2. Yaryna Hrynkiv - Candidate of Pharmaceutics, Danylo Halytsky Lviv National Medical University; address: Ukraine, Lviv city; e-mail: smetanina_k@ukr.net



INTERNATIONAL UNIVERSITY

OF SCIENTIFIC AND INNOVATIVE
ANALYTICS OF THE IASHE

- DOCTORAL DYNAMIC SCIENTIFIC AND ANALYTICAL PROGRAMS
- ACADEMIC SCIENTIFIC AND ANALYTICAL PROGRAMS
- INTERNATIONAL ATTESTATION-BASED LEGALIZATION OF QUALIFICATIONS
- SCIENTIFIC AND ANALYTICAL PROGRAM OF THE EDUCATIONAL AND PROFESSIONAL QUALIFICATION IMPROVEMENT
- DOCTORAL DISSERTATIONAL SCIENTIFIC AND ANALYTICAL PROGRAMS
- BIBLIOGRAPHIC SCIENTIFIC-ANALYTICAL ACADEMIC PROGRAMS
- BIBLIOGRAPHIC SCIENTIFIC-ANALYTICAL DOCTORAL PROGRAMS
- AUTHORITATIVE PROGRAMS



GISAP Championships and Conferences 2016

Branch of science	Dates	Stage	Event name
JULY			
Medicine, Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agricultural sciences	06.07-12.07	II	Innovative approaches in diagnostics and treatment of human and animal diseases caused by injuries, genetic and pathogenic factors
Economics, Jurisprudence and Management, Sociology, Political and Military Sciences	06.07-12.07	II	Value of the personality and collective interactions in the social progress ensuring process
AUGUST			
Physics, Mathematics and Chemistry, Earth and Space Sciences	04.08-10.08	II	Modern methods of studying matter and interaction of substances, as well as the subject-based relations modeling
Technical Science, Architecture and Construction	04.08-10.08	II	Solving problems of optimal combination of standards of quality, innovative technical solutions and comfort of operation when developing and producing devices and construction objects
SEPTEMBER			
Educational sciences and Psychology	13.09-19.09	III	Harmonious personal development problem in relation to specificity of modern education and socialization processes
OCTOBER			
Philology	05.10-10.10	III	Trends of language cultures development through the prism of correlation between their communicative functions and cultural-historical significance
Culturology, Physical culture and Sports, Art History, History and Philosophy	05.10-10.10.10	III	Significance of personal self-expression and creative work in the course of formation of the society's cultural potential
NOVEMBER			
Medicine, Pharmaceutics, Biology, Veterinary Medicine and Agricultural sciences	10.11-15.11	III	Modern methods of ensuring health and quality of human life through the prism of development of medicine and biological sciences
Economics, Jurisprudence and Management, Sociology, Political and Military Sciences	10.11-15.11	III	Correlation between humanity and pragmatism in target reference points of modern methods of public relations regulation
DECEMBER			
Physics, Mathematics and Chemistry, Earth and Space Sciences	07.12-13.12	III	Object-related and abstract techniques of studying spatio-temporal and structural characteristics of matter
Technical Science, Architecture and Construction	07.12-13.12	III	Current trends in development of innovations and implementation of them into the process of technical and construction objects production



International Academy of Science and Higher Education (IASHE)
1 Kings Avenue, Winchmore Hill, London, N21 3NA, United Kingdom
Phone: +442071939499
E-mail: office@gisap.eu
Web: <http://gisap.eu>