

**“НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ – ТЕОРІЯ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТ 2008”**

**МАТЕРІАЛИ ЧЕТВЕРТОЇ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

19-21 травня 2008 р.

Том п'ятий

Полтава

«ІнтерГрафіка»

2008

“Наукові дослідження – теорія та експеримент ‘2008’”: Матеріали четвертої міжнародної науково-практичної конференції, м. Полтава, 19-21 травня 2008 р.: - Полтава: Вид-во «ІнтерГрафіка», 2008. – Т. 5. - 82 с.

Збірник публікує матеріали четвертої міжнародної науково-практичної конференції “Наукові дослідження – теорія та експеримент ‘2008’”, що містять нові теоретичні та практичні результати. Для студентів вищих навчальних закладів, аспірантів та викладачів.

“Научные исследования – теория и эксперимент ‘2008’”: Материалы четвертой международной научно-практической конференции, г.Полтава, 19-21 мая 2008 г.: - Полтава: Изд-во «ІнтерГрафіка», 2008. – Т. 5.- 82 с.

В сборнике опубликованы материалы четвертой международной научно – практической конференции “ Научные исследования – теория и эксперимент ‘2008’”, содержащие новые теоретические и практические результаты. Для студентов высших учебных заведений, аспирантов и преподавателей.

This collection has materials of international scientific and practical conference «Scientific researches - theory and experiment ' 2008», which contain new theoretical and practical results, and intend for students of higher school, post-graduate students and teachers.

СЕКЦІЯ: МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

Антіпов А.А., Соловйова Л.М., Шмаюк С.С., Гончаренко В.П., Шагоненко В.С., Ткаченко М.В., Гоцманова О.В., Калита А.С. АНТИГЕЛЬМІНТНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАСТИ ІВЕРМЕКТИН 1,87 % ПРИ СТРОНГІЛІДОЗАХ КОНЕЙ..... 7

Бобришев К. А., Василенко В. В. СІЛЬРЕАКТИВНІ ФЕНОТИПИ ПРИ ЕСЕНЦІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІІ..... 9

Васюкова М.М., Починок Т.В., Казакова Л.М., Горобець Н.І., Кручок І.В., Кухарська Н.Г., Фік Л.О. НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ: РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ, АНАЛІЗ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ РОЗВИТКУ, РЕАБІЛІТАЦІЯ..... 13

Вербицький В.В., Первак І.Л. АДАПТАЦІЙНА ПЕРЕБУДОВА КАРДІОМІОЦИТІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ КОРОНАРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ. 16

Донскова Т.В., Пархоменко Т.А., Елина М.А., Грушко Н.В., Хорунжая В.С. ВЛИЯНИЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СОСТОЯНИЕ ИОННОГО И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО БАЛАНСА ЧЕЛОВЕКА..... 17

Дунаєвська О.Ф. МОРФОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕРХНЕВИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ СОБАК У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ..... 19

Житова О.П. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІСОВОЇ ВОДОЙМИ БІЛОКОВОРИЦЬКОГО ЛІСНИЦТВА ТА ЇЇ МАЛАКОФАУНИ. 21

- Керечанин І.В., Канцер О.В. *МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СУДИН ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ТИМУСА БІЛИХ ЩУРІВ В НОРМІ ТА ПІД ДІЮ МЕТИЛТРЕТБУТИЛОВОГО ЕФІРУ*..... 23
- Ковальчук О.І. *СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СУДИН ГЕМОМІКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ШЛУНКА ЩУРІВ ПІД ДІЮ МЕТИЛТРЕТБУТИЛОВОГО ЕФІРУ*..... 27
- Комариця О.Й., Панчишин Ю.М., Резніков С.Л. *ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ МІЖ СТУПЕНЕМ ЦИТОЛІЗУ, ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЇ ПЕЧІНКИ ТА ЛІПІДАМИ КРОВІ*.....31
- Коломиєц В.В., Боброва Е.В., Ванханен Н.В. *ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ*..... 35
- Коломиєц В.В., Боброва Е.В., Грона Н.В. *АНТИГИПЕРТЕНЗИВНИЙ И НЕФРОПРОТЕКТОРНИЙ ЭФФЕКТЫ ЛИЗИНОПРИЛА*..... 37
- Коломиєц В.В., Красеха-Денисова В.В. *БАЛАНС МАГНІЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕСТЕРОИДНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ*.....39
- Левицкая Н.А. *РОЛЬ МЕТОДА СПОЛИГОТИПИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ*..... 41
- Павлюченко О.В. *ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ*.....44
- Панчишин Ю.М. *СТЕРОЛИ СИРОВАТКИ І ЛІПОПРОТЕЇНІВ КРОВІ ХВОРИХ НА РЕВМАТИЗМ*.....45

- Панчишин Ю.М., Сорокопуд О.О., Шалагіна А.Ю. *РІВНІ ГЕМОГЛОБІНУ, С-РЕАКТИВНОГО ПРОТЕЇНУ ТА ХОЛЕСТЕРОЛУ КРОВІ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ*..... 50
- Пида С.В., Росіцька Н.В., Чернявська О.В. *АЛЕЛОПАТИЧНА АКТИВНІСТЬ РИЗОСФЕРНОГО ГРУНТУ У ФАЗІ ЦВІТІННЯ PYRETHRUM PARTHENIUM (L.) SMITH*.....55
- Рожко Е.П., Бажора Ю.И., Рожко П.Д. *АЛГОРИТМ РАНЖИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПОЛОСТИ РТА*..57
- Рудіченко В.М. *ОСОБЛИВОСТІ ПРИЧИН ГОСТРОГО АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ У ПРОВЕДЕННІ СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ*..... 60
- Сметюк О.О., Супрун О.О., Іванова В.О. *ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛЕННЯ ПОЛИМОРФІЗМУ ДЕЛЕЦІЇ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗ МІ ТА ТІ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ ВСЕРЕДИНІ ГРУПИ ПОХИЛОГО ВІКУ*.....62
- Соколенко С.В., Соколенко В.Л. *ОЦІНКА ФАКТОРІВ, ЗДАТНИХ ВПЛИВАТИ НА СТРЕС-ІНДУКОВАНІ ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ СПЕЦИФІЧНОГО ІМУНІТЕТУ*.....63
- Соловійова Л.М., Антіпов А.А., Пономар С.І., Мазурик Л.А. *ДІАГНОСТИКА ТА ВЕТСАНОЦІНКА ЗА СПАРГАНОЗУ СВИНЕЙ*..... 66
- Сулаєва Т.А., Ванханен Н.В., Беккер В.Ф. *ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ*.....68

Тяжка О.В., Боброва В.І., Чеська І.М., Денисова С.Е. ФЕНОМЕН
ВПЛИВУ МЕТАБОЛІТІВ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ НА
ФОРМУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ.....69

Увасва О.І., Шлапак Н. С. ВПЛИВ РЕЗУС-ФАКТОРА ЛЮДИНИ
НА РОЗВИТОК ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ..... 72

Хара М.Р., Дорохіна А.М., Пелих В.Є., Хара Г.О. ВПЛИВ
ГОНАДЕКТОМІЇ ТА АВТОНОМНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ НА
РОЗВИТОК АДРЕНАЛІНОВОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА У ЩУРІВ
НА ТЛІ ТРАЗИКОРУ..... 74

Хара М.Р., Сатурська Г.С., Лепявко А.А. ГЕНДЕРНІ ТА ВІКОВІ
ОСОБЛИВОСТІ МЕТАБОЛІЗМУ МІОКАРДА ЗА УМОВ ДІЇ АДРЕНАЛІНУ
ТА ДАЛАРГІНУ..... 76

Чеснокова М.М. ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИМ
ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ.....78

Шубрат Ю. В. БУДОВА ТЕРТКИ THEODOXUS DANUBIALIS
(MOLLUSCA: GASTROPODA: PECTINIBRANCHIA..... 81

СЕКЦІЯ: МЕДИЦИНА ТА БІОЛОГІЯ

К.в.н. Антіпов А.А., Соловійова Л.М., Шмаюн С.С.,
Гончаренко В.П., Шагоненко В.С., Ткаченко М.В.,
Гоцманова О.В., Калита А.С.

Білоцерківський державний аграрний університет
**АНТИГЕЛЬМІНТНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАСТИ
ІВЕРМЕКТИН 1,87 % ПРИ СТРОНГІЛІДОЗАХ КОНЕЙ**

Конярство є однією з важливих галузей тваринництва. Розвиток господарств із різною формою власності при дорожнечі пального та мастил потребує більш дешевого резерву тягової сили, якою традиційно були й лишаються коні. Але в Україні протягом 40 років минулого століття тривав занепад галузі конярства, що і призвело до значного скорочення цих незамінних у сільськогосподарському виробництві тварин [1]. Тому відродження конярства є однією із проблем сьогодення. Слід зазначити, що успішне ведення галузі не може без ветеринарного забезпечення.

Серед причин, які гальмують розвиток конярства та завдають економічних збитків цій галузі є нематодозні захворювання, серед яких одне з ведучих місць за розмірами збитків належить стронгілідозам [2–3]. На сьогодні в арсеналі лікарів ветеринарної медицини є велика кількість різноманітних антигельмінтиків, але перевага надається препаратам з групи авермектинів [4].

Мета роботи – вивчення антигельмінтної ефективності пасти івермектину 1,87 % -ної за стронгілідозів коней.

Матеріали і методи. Дослідження проводили у ВАТ "Русь" Золотоніського району Черкаської області на конях 5–8-річного віку спонтанно інвазованих стронгілідами. За принципом аналогів сформували дві піддослідні групи тварин по 10 голів у кожній групі. Тваринам першої дослідної групи застосовували пасту івермектину 1,87 %-ну в дозі 0,2 мг івермектину на 1 кг маси тіла. Препарат застосовували одноразово, індивідуально, видавлюючи пасту з шприц-туби на корінь язика. В 1 мл препарату міститься 18,7 мг івермектину. Препарат випускають у

Встановлено, що алелопатично активні речовини ґрунту гальмували ріст корінців крес-салату на 3 (*Altus simpliflowered*) - 59 (*Phlora Pleno*) %. Ризосферний ґрунт сортів *White Gem* і *Snowball* однаково впливав на ростові процеси вищезазначеного біотесту. Відсоток гальмування його корінців - 45.

Колеоптилі і корінці пшениці м'якої виявилися менш чутливими до алелопатично активних речовин ґрунту сортів піретруму дівочого, порівняно з корінцями крес-салату. Висота колеоптилів була нижчою на 3 (*White Gem* і *Snowball*) - 9 (*Phlora Pleno*) та 12 (*Golden Ball*) %, порівняно з контролем. Найменший гальмівний ефект на корінці пшениці виявили алелопатично активні речовини ґрунту сорту *Golden Ball* (27%), дещо більший - сортів *White Gem*, *Snowball* (39%) і *Phlora Pleno* (40%). Лише фітотоксини кореневих виділень *Altus simpliflowered* стимулювали ріст корінців пшениці м'якої на 21%, порівняно з контролем.

На основі проведених експериментів показано, що ризосферний ґрунт сорту *Phlora Pleno* проявляв найвищу алелопатичну активність, а *Altus simpliflowered* стимулював ростові процеси біотестів. Отже, алелопатична активність ризосферного ґрунту у фазі цвітіння *Pyrethrum parthenium* L. залежала від сортових особливостей рослин.

Література:

1. Гродзинский А.М., Кострома Е.Ю., Шроль Т.С., Хохлова И.Г. Прямые методы биотестирования почвы и метаболитов микроорганизмов// Аллелопатия и продуктивность растений: Сб. науч. тр. – К.: Наук. думка, 1990. – С. 121-123.
2. Кучеренко М.Є, Бабенюк Ю.Д., Войціцький В.М. Сучасні методи біохімічних досліджень: Учебний посібник. – К.: Фітоцентр, 2001. – 424 с.
3. Машковская С. Миниатюрный родственник //Огородник. – 2005. - №10. – С. 30-31.

Рожко Е.П., профессор, д.м.н. Бажора Ю.И., к.м.н. Рожко П.Д.
Одесский государственный медицинский университет
**АЛГОРИТМ РАНЖИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК
ПОЛОСТИ РТА**

Ранняя доклиническая диагностика дисрегуляторных состояний связана с рядом объективных трудностей. Главная из них заключается в том, что тканевую резистентность обеспечивает множество механизмов с разной направленностью, которая может изменяться во времени [1, 3]. В связи с чем определение корреляционных взаимодействий между ними весьма проблематично. Известно, что работу каждого защитного механизма контролирует множество генов (генная сеть), что и определяет индивидуальную вариабельность. Поэтому не приходится рассчитывать на эффективный поиск строго специфических маркеров патологической отягощенности инициированного процесса.

Альтернативой дифференциальной диагностике, основанной на специфических маркерах, может быть полисистемная саногенетическая диагностика, которая позволяет определять уровни функциональных напряжений в сцепленных регуляторных механизмах [3]. При этом прослеживается четкая закономерность: чем большее число регуляторных механизмов, тем менее благоприятным представляется прогноз.

В работе представлены результаты решения данного вопроса для детекции тяжести поражения слизистых оболочек десен.

В клинике легко определяют такие признаки воспаления как, гиперемия, отечность, кровоточивость и цианоз. Предельно отягощенному варианту будут соответствовать случаи с выраженной гиперемией, отечностью, кровоточивостью и цианозом. Вместе с тем, в общей клинической картине воспалительно-дистрофических изменений в тканях пародонта помимо состояния слизистой оболочки десны важно значение имеют характер пародонтальных карманов, подвижность зубов, степень резорбции альвеолярной кости, наличие зубных отложений, общая гигиеническая характеристика полости рта, рентгенологически выявляемые нарушения, лабораторные показатели. При этом принципиальное значение для прогнозирования отягощенности

ологического процесса имеют состояние тканевого гомеостаза в непосредственной близости от патологического очага и удалении от него.

Очевидно, что для одновременного учета всех перечисленных признаков необходим алгоритм их ранжирования в единой системе координат. Мы произвели ранжирование перечисленных выше признаков по 3-х бальному критерию. Всего учитывали 9 признаков, для каждого из них возрастание ранжира от 1 до 3 соответствует увеличению функциональной напряженности воспалительного процесса в полости рта. Для облегчения анализа результатов изученные критерии объединили в 3 группы (1 гр. – клинические проявления воспаления слизистой оболочки десны, 2 гр. – воспалительно-дистрофические изменения зубов и тканей пародонта, 3 гр. - общая гигиеническая характеристика полости рта, рентгенологические изменения).

Всего было обследовано 54 больных, обратившихся за стоматологической помощью. В таблице 1 приведена частота каждого из ранжиров в трех группах.

Таблица 1

Частота встречаемости ранжиров в разных группах клинических признаков

Группа клинических признаков	Частота встречаемости у обследованных больных (% / абс.к-во)		
	1-й ранжир	2-й ранжир	3-й ранжир
1 группа	44% (24)	22% (12)	34% (18)
2 группа	78% (42)	-	22% (12)
3 группа	40% (22)	43% (23)	16% (9)

Из приведенных в таблице данных следует, что выраженные нарушения со стороны слизистых оболочек наблюдаются у каждого 3-го пациента, нарушения в состоянии пародонта и зубов – почти у каждого 5-го, а признаки гигиенического благополучия и рентгенологические сдвиги – у каждого 6-го пациента. При этом минимальная отягощенность функционального состояния слизистых оболочек и гигиенического благополучия определялись примерно у 40% обследованных, а минимальные отклонения функционального состояния пародонта и зубов установлены почти у 80% пациентов. Таким образом, встречаемость критериев оценки функциональной напряженности тканей полости рта отличается выраженным мозаицизмом. Однако он исчезает если всех

обследованных больных разделить на группы соответственно нозологическим формам: 1 гр. - катаральный гингивит (начальная стадия выраженности); 2 гр. - катаральный гингивит (первая стадия выраженности); 3 гр. - пародонтит первой и второй степени выраженности. Анализ результатов показал, что ранжиры выраженности по группам признаков четко различаются в каждой группе больных (Таблица 2).

Таблица 2

Частота встречаемости ранжиров в трех группах признаков при различных нозологических формах

Группы больных	Частота встречаемости ранжиров по трем группам признаков								
	1 группа			2 группа			3 группа		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Катаральный гингивит (начальная стадия) n=25	24 (96%)	1 (4%)	-	25 (100%)	-	-	22 (88%)	3 (12%)	-
Катаральный гингивит (1-я стадия) n = 20	-	2 (10%)	18 (90%)	17 (85%)	-	3 (15%)	1 (5%)	19 (95%)	-
Пародонтит n = 9	-	9 (100%)	-	-	-	9 (100%)	-	-	9 (100%)

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о том, что ранжиры по выраженности отклонений в каждой группе признаков четко различимы относительно нозологической формы заболевания. Полученные результаты позволяют предположить, что апробированный алгоритм классификации симптоматических проявлений заболевания достаточно надежно сопряжен с предполагаемой нозологической формой. Однако ранжирование указанных выше признаков не позволяет четко прогнозировать тяжесть того или иного заболевания. Необходим дальнейший поиск методов, устанавливающих степень отягощенности патогенетического процесса в пределах каждой нозологической формы.

Литература:

1. Григорян А.С., Фролова О.А., Иванова Е.В. Морфогенез ранних стадий воспалительных заболеваний пародонта // Стоматология. – 2002. - № 1. – С. 19-25.

2. Кунин А.А., Ипполитов Ю.А., Лепехина Л.И., Быков Э. Г. Клиническая гистохимия барьерной функции слизистой оболочки десны при пародонтозе // Стоматология. – 2001. – т. 80. - № 1. – С. 13-16
3. Комаров Г.Ф., Кучма В.Р., Носкин Л.А. Полисистемный саногенетический мониторинг. – М.: МИПКРО, 2001. – 344 с.

К.м.н. Рудіченко В.М.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

ОСОБЛИВОСТІ ПРИЧИН ГОСТРОГО АБДОМІНАЛЬНОГО БОЛЮ У ПРОВЕДЕННІ СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

З метою вдосконалення семінарського заняття по тематиці «гострий абдомінальний біль» при підготовці лікарів загальної практики – сімейної медицини на додипломному етапі та оптимізації формулювання запитань очного та автоматизованого контролю набуття знань проведений аналіз літературних джерел за останні 3-5 років. В результаті виявлено, що особливості причин гострого абдомінального болю можуть бути опорними методологічними пунктами у проведенні семінарського заняття по тематиці та використовуватися як систематизуючі при опитуванні студентів. Зокрема, за клінічними епідеміологічними даними зустрічаємість генералізованого абдомінального болю в світовій загальній практиці варіює від 11 до 13 на 1000 пацієнтів на рік. Зустрічаємість гострого апендициту в розвинутих країнах згідно баз даних, що використовуються для систематизуючих оглядів варіює від 0,7 до 1,6 на 1000 пацієнтів на рік. Дані стосовно жовчних каменів: 1-2,4 на 1000 пацієнтів на рік, а панкреатит є більш рідкісним (0,2 на 1000 пацієнтів на рік). За даними літератури у більше, ніж 10000 пацієнтів загальної практики з маніфестуючим гострим абдомінальним болем найбільш настою причиною стану виступає запалення апендиксу та жовчного міхура, що як правило призводить до хірургічного вторгнення. Однак у групі тих же пацієнтів виявлено, що одна третина зовсім не має ніякої специфічної достовірно встановлену причину скарг. У дітей така частка

майже вдвічі більша, а у осіб старшого віку – вдвічі менша. Тобто лікаря первинної ланки треба готувати до того, що більше, ніж половина дітей, яких він буде консультувати з приводу гострого живота мають неспецифічний абдомінальний біль, в той час як апендицит у дітей становить одну третину випадків. Також інфекції сечових шляхів (2 відсотка) та інвагінація, що призводить до непрохідності (1 відсоток) у дітей є рідкісними. Інша статистика виявлена у осіб похилого віку, коли особливості причин гострого абдомінального болю такі: холецистит становить найбільш загальну причину, в той час як тонкокишківникова обструкція та рак є втричі більш частими, ніж в молодших за віком групах. Характеризуючи процентний розподіл причин гострого абдомінального болю серед населення треба зазначити, що апендицит та холецистит становлять більше третини (апендицит – 28, а холецистит – 10 відсотків), хоча в дитячому віці останній практично відсутній. Тонкокишківникова обструкція та гостре гінекологічне захворювання мають по чотири проценти, однак у осіб похилого віку перша втричі частіша, а друге практично не зустрічається. За даними літератури гострий панкреатит, ниркова колька та виразкова перфорація нечасті причини гострого абдомінального болю та мають по три проценти серед причин. Тут також відмінність у порівнянні з особами похилого віку, у яких дві останні практично не зустрічаються, а гострий панкреатит, як причина стану зустрічається більше, ніж вдвічі частіше. Рак та дивертикуліт серед причин стану у населення мають по два проценти. Названі останні причини у осіб похилого віку зустрічаються вдвічі-втричі частіше, що необхідно обов'язково обговорювати під час семінарського заняття по тематиці через постійне постарішання населення, яке може обумовлювати особливості роботи лікаря первинної ланки.

Зроблені висновки, що при проведенні семінарського заняття по тематиці треба враховувати, що лікар загальної практики – сімейної медицини, який забезпечує первинну медичну лікарську допомогу до 3000 мешканцям в середньому буде бачити трьох-чотирьох пацієнтів з гострими абдомінальними скаргами щомісячно. За рік приблизно 25 пацієнтів будуть скеровані на етап подальшої медичної допомоги, а у 8-9 ніяка причина не може бути виявлена. Стосовно хірургічних причин стану, від трьох до п'яти цих пацієнтів мають гострий апендицит, п'ять до шести мають проблеми з жовчним міхуром, а двоє-трьох – нефролітіаз. Судинні невідкладні стани, обструкція та панкреатит становлять рідкісні причини.