

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ
АДМІНІСТРАЦІЇ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

*Всеукраїнської науково-практичної
конференції
лікарів-інтернів*

25 травня 2022 р.



Полтава - 2022

Редакційна колегія

- проф. ***В. Ждан*** - ректор закладу вищої освіти Полтавського державного медичного університету (головний редактор)
- проф. ***В. Дворник*** - перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи
- проф. ***І. Скрипник*** - проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти
- проф. ***І. Кайдашев*** - проректор закладу вищої освіти з наукової роботи
- доц. ***А. Марченко*** - директор інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти
- доц. ***Г. Давиденко*** - заступник директора інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти
- доц. ***Л. Шилкіна*** - заступник директора інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій МОЗ та НАМН України, які проводитимуться у 2022 р.

Секція «СТОМАТОЛОГІЯ»

МЕТИЛЕНОВИЙ СИНІЙ В СТОМАТОЛОГІЇ: ЗВІДКИ З'ЯВИВСЯ І ЯКЕ МАЄ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАРАЗ?

Андрієнко К., Щедрова О.

**Наукові керівники: доц. Шинкевич В.,
доц. Удальцова-Гродзинська К.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Метиленовий синій (МС) – флуоресцентний барвник, відкритий у 1876 році, який використовується в різних галузях. До сьогодні підручники по стоматології описують його використання в стоматології.

Мета – аналіз перспектив сучасного використання метиленового синього в стоматології. Матеріали і методи: тематичний огляд з використанням баз даних Академія Google, ncbi.nlm.nih.gov, medsc-?re.com.

МС класично використовується для лікування метгемоглобінемії, іфосфамід-індукованої енцефалопатії, хвороби Альцгеймера, малярії, як антисептик, та як гістологічний барвник. У недавніх дослідженнях показав ефективність у зниженні нейродегенерації при таких станах як інсульт, церебральна ішемія, хвороба Паркінсона, черепно-мозкова травма. МС в хірургії використовують для візуалізації біоплівок. МС у фотодинамічній терапії (ФДТ) є напрямком в онкології. Нові дані повідомляють про внесок МС в лікуванні COVID-19 – як противірусний засіб і для покращення дихальної функції у стаціонарних хворих.

У стоматології численні дослідження 1970-х і 1980-х років використовували різні барвники, серед яких МС, для виявлення карієсу. МС як індикатор вогнищ демінералізації емалі датується 1968 або 1979 (Боровський Є.В та ін.). МС для тесту емалевої резистентності (ТЕР) згадується у 1983 у зв'язку з роботами Окушко В.Р. по кислото-стійкості емалі, хоча власне ТЕР має більш ранню історію (1980; можливо 1973, 1979, Аксамит Л.А.) як метод зняття відбитку нітроплівкою з протравленої емалі (без забарвлення). Тест клінічного визначення швидкості ремінералізації емалі (КВШРЕ), датується 1982, тому дос-

тойменно невідомо чи саме МС, чи інший барвник, застосовували у перших методиках.

МС також використовується при ФДТ у стоматології, але не є першим вибором. Власне процедура не має клінічно доведених переваг над класичними пародонтологічними, ендодонтичними та ін. протоколами. Інші недоліки МС: властивість поступово вицвітати; знебарвлення деякими матеріалами (амальгама, гідроксид кальцію, мінерал триоксид агрегат, цинкооксидевгенол та ін.); тривале забарвлення зубної біоплівки, не тільки карієсу та реставрацій.

Висновки. МС не рекомендується для вітального забарвлення зубів у клініці стоматології. ФДТ з МС може використовуватися у комбінації з іншими методами при лікуванні червоного плоского лишая та кандидозу в порожнині рота.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРИЙОМУ ДІТЕЙ У ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Валага Н., Валага Я., Зайцева Ю., Строїч Є., Ягодка Д.

Науковий керівник: доц. Максименко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Забезпечення здоров'я юного покоління, як суттєва складова економічного та соціального добробуту нації, є однією з основних задач охорони здоров'я, особливо в умовах воєнного часу. Завдання дитячого лікаря-стоматолога полягає в покращенні стоматологічного статусу маленького пацієнта, а також формуванні в нього позитивного ставлення до стоматології в майбутньому.

Мета. Аналіз психологічних особливостей дітей різного віку та характеристика основних форм поведінки батьків, які є важливими чинниками у формуванні співпраці лікаря й дитини під час стоматологічного прийому в умовах воєнного часу.

Ефективність лікування залежить не тільки від кваліфікації лікаря-стоматолога, його мануальних навичок, а й від рівня знань психологічних особливостей дитини, вміння керувати її поведінкою. На встановлення емоційного контакту з маленьким пацієнтом впливає чимало факторів, зокрема вік і темперамент дитини, ступінь її інтелектуального та емоційного розвитку, ставлення дітей та їхніх батьків до лікарів-стоматологів, тип батьківської поведінки та виховання в сім'ї,

емоційний стан персоналу клініки, організація прийому пацієнтів дитячого віку, медичний анамнез дитини.

Лікувальний процес дитини у стоматолога пов'язаний із рядом психологічних проблем і потребує їх методологічно правильного вирішення. В умовах воєнного часу діти значно частіше, ніж їх однолітки без досвіду перебування на війні, страждають від таких проблем як тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, депресія, дисоціативні розлади (добровільна соціальна ізоляція, деперсоналізація, дереалізація, небажання розмовляти, кататонічний синдром), поведінкові розлади (зокрема агресія, асоціальна і злочинна поведінка, схильність до насильства).

В умовах воєнного часу під час першої зустрічі з маленьким пацієнтом лікар-стоматолог повинен зберігати спокій, говорити м'яко, бути привітним. Необхідно вислухати думки дитини про те, що відбувається. Під час розмови лікар повинен бути на одному рівні з дитиною й підтримувати зоровий контакт. Необхідно використовувати прості, зрозумілі слова та пояснення. Відрекомендуйтеся дитині — назвіть своє ім'я та скажіть, що хочете їй допомогти. Лікар повинен бути позитивно налаштований на лікування, передаючи заспокійливі емоції дитині. Необхідно використовувати візуальні «відволікання» (іграшки, журнали, мультфільми, подарунки).

Батьки, в свою чергу, повинні забезпечити психологічну підготовку дитини перед стоматологічним прийомом, їм не слід приховувати причину відвідування стоматолога, щоб для дитини не стали несподіванкою стоматологічні маніпуляції.

Таким чином, лікар-стоматолог дитячий повинен бути хорошим психологом, щоб спрогнозувати реакцію дитини при стоматологічному втручанні й знайти індивідуальний психологічний підхід до кожної дитини.

НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ПІД СЕДАЦІЄЮ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Ватюшенко А., Волошин С., Колегова Є., Маслов І., Порскало Н.

Науковий керівник: доц. Поліщук Т.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Дитина – складна біосоціальна істота, всі органи і системи якого знаходяться в стані крайньої нестабільної рівноваги. Тому відчуття болу і страху має виражений вплив на його організм.

Більшість стоматологічних втручань супроводжується больовими відчуттями більшої чи меншої інтенсивності, тому знеболення є однією із найбільш актуальних проблем стоматології, а особливо дитячої стоматології. Надзвичайно важливо, щоб візит до стоматолога в дитинстві та підлітковому віці мав позитивний характер, тому що цей дитячий досвід залишає значний слід у дорослому віці відносно сприйняття необхідності відвідування стоматолога.

Завдяки застосуванню седації для препарування зубів у стоматології, багатьом маленьким пацієнтам вдається позбутися страху перед стоматологічним кабінетом, що роками формувався. СEDAЦІЮ використовують у стоматології в тих випадках, коли дитині має бути відпрепарований не один, а кілька зубів відразу – це скорочує не тільки кількість відвідувань стоматологічної клініки, але й кількість препаратів, які використовуються для анестезії, що також сприятливо позначається на здоров'ї пацієнта.

Мета нашого дослідження вивчити скорочення строків санації дітей із субкомпенсованою та декомпенсованою формами активності карієсу, усунення негативного відношення до стоматологічних маніпуляцій при застосуванні седації.

Матеріали та методи дослідження. Нами проліковано під седацією 19 пацієнтів із субкомпенсованою та декомпенсованою формами активності карієсу у віці від 2 до 8 років. Дослідження проводилося на базі КП «МДКСП ПМР».

Результати та їх обговорення. Усі діти при первинному зверненні були обстежені педіатром та виключені всі можливі протипоказання до загального знеболення. Лікування дітей при традиційному методі лікування (тобто без застосування загального знеболення) необхідна кількість відвідувань становила б 5-7 прийомів. При лікуванні під седацією скорочувались до 1-2 відвідувань. У 78% дітей не сфор-

мувалося негативне відношення до стоматологічних маніпуляцій, що надало можливість проводити подальшу санацію порожнини рота без застосування загального знеболення. Відсутність страху у дитини сприяло в подальшому формуванню довірливих відносин між лікарем та дитиною, що полегшило виконання лікувальних маніпуляцій, яке, в свою чергу, підвищило якість лікування.

Висновок. Застосування загального знеболення на амбулаторному прийомі дає можливість скоротити кількість відвідувань та підвищити якість лікування із мінімальним психоемоційним стресом, як для дитини так і для лікаря.

МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ У ПАЦІЄНТІВ ОРТОПЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Воробійова Ю., Пономаренко К., Синіцький Є., Фучко В., Тараненко О.

Науковий керівник: проф. Силенко Ю., доц. Писаренко О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Захворювання СНЩС – це група захворювань, що об'єднує, як артикулярні так і неартикулярні захворювання. За частотою звернень до лікаря стоматолога з причини болю у щелепно-лицевій ділянці, захворювання СНЩС займають друге місце після дентального болю. У залежності від дизайну епідеміологічних досліджень поширеність патології СНЩС варіює від 40% до 60% від загальної популяції. Але кількість пацієнтів, які потребують складного вузько спеціалізованого лікування складає лише 10-15%. Це пояснює важливість базового розуміння етіології, діагностики та алгоритму лікування цієї нозології лікарями стоматологами. Оскільки патологія СНЩС пов'язана не лише зі змінами в суглобі, а і з функціональними порушеннями жувальної мускулатури та супроводжується в ряді випадків хронічним болем, її відносять до біосоціальних хвороб, крім того при обстеженні цієї групи хворих доцільно застосовувати не лише фізичні та рентгенологічні тести, що оцінюють структурні зміни скронево-нижньощелепного суглобу, але й психологічні тести (для коригування поведінки, впадобань, звичок пацієнта).

Мета дослідження: вивчення на основі літературних джерел та відпрацювання методики діагностики та лікування морфофункціона-

льних порушень скронево-нижньощелепних суглобів у пацієнтів ортопедичного профілю.

Основними вимогами для оцінювання параметрів суглобу і встановлення причинно-наслідкових зв'язків патології СНЩС, є застосування стандартизованого протоколу методів діагностики патології СНЩС, зокрема Міжнародного клінічного протоколу діагностичних критеріїв щодо хворих з патологією СНЩС (AAPT TMD diagnostic criteria, 2019). Його застосування дозволяє комплексно оцінити стан зубощелепної системи, зокрема СНЩС як до так і під час ортопедичного лікування.

Висновки. Сучасний підхід до лікування патології СНЩС переважної їх більшості є консервативний, особливо на ранніх стадіях захворювання та під час загострення процесу. Психологічні аспекти у лікуванні сприяють суттєвому зниженню тривоги пацієнтів, поліпшують результати лікування. Крім того дають пацієнту поради щодо обмеження функції нижньої щелепи (знаходження щелепи у стані фізіологічного спокою, обмеження її руху, вживання щадної дієти), масажу, релаксації, уникнення стресових ситуацій та застосування протизапальних та знеболюючих препаратів. Ортопедичне лікування є поетапним: застосування сплінт терапії (зокрема перевагу віддають корочасному використанню протягом дня, та застосуванні вночі, аніж 24-годинному застосуванню), та подальшому раціональному протезуванню з досягненням рівномірного змикання зубних рядів у всіх ділянках та нормалізації функціональної оклюзії.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ. ПРОФІЛАКТИКА

Дмитрієва Т., Борисенко М.

Науковий керівник: к.мед.н. Мельник В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У сучасній стоматологічній практиці залишається актуальним питання розвитку побічних реакцій внаслідок психо-емоційного перенапруження пацієнтів, медикаментозних алергічних реакцій, наявності супутніх захворювань внутрішніх органів, які спричинюють розвиток невідкладних станів у повсякденній роботі лікаря-стоматолога.

Для лікарів-стоматологів на амбулаторному прийомі завжди було нагальною проблемою надання невідкладної допомоги пацієнтам з ускладненим соматичним статусом. При цьому як пацієнт так і лікар знаходяться в стані стресу. У першу чергу – це синкопальні стани, які виникають у перші хвилини прийому – алергічні реакції різних типів на медикаментозний засіб, непритомність, колапс, дихальна недостатність та ін. Якщо теоретична база знань для більшості лікарів при наданні невідкладної допомоги хворим на різних рівнях медичних закладів, завжди була достатньою, то практичні навички кожен раз набувались медичними працівниками в залежності від проблемної ситуації і клінічно проявлялись у різних пацієнтів індивідуально.

Мета. Визначити характер і частоту невідкладних станів які виникають у стоматологічній поліклініці. Провести анкетування лікарів-стоматологів хірургічного, терапевтичного та ортопедичного профілю за рік, виявити готовність лікарів до надання невідкладної допомоги.

Загалом карта невідкладних станів однакова, але є невелика різниця в їх виявленні та наданні невідкладної допомоги, в залежності від наявності тих чи інших препаратів та засобів для надання невідкладної медичної допомоги. Найбільш частими невідкладними станами, що виникали на щоденному клінічному прийомі виявився вазовазальний синдром. Наступні більш часті невідкладні стани – важка алергічна реакція, гіпоглікемія, судоми, напади бронхіальної астми.

Дане дослідження дозволило оцінити природу і частоту не тільки невідкладних станів, а й компетентність, теоретичну та мануальну підготовку лікарів-стоматологів.

В усному опитуванні взяло участь 5 груп лікарів різного профілю по 12 чоловік. Ключовим питанням опитування було – кількість пацієнтів з невідкладними станами за рік.

Загальні результати опитування:

- непритомність – 1,9%;
- гіпоглікемія – 0,17%;
- стенокардія – 0,17%;
- епілепсія – 0,13%;
- бронхіальна астма – 0,06%;
- гіпертонічний криз – 0,013%;
- інфаркт – 0,013%.

Загальна поширеність усіх невідкладних станів на лікаря-стоматолога за рік становила – 2,4%. Лише 20,8% хірургів-стоматологів вважали себе компетентними діагностувати та надавати допомогу при невід-

кладних станах. Проте більшість лікарів вважала, що вони можуть надати допомогу при найпоширеніших надзвичайних ситуаціях.

З метою покращення освіти лікарів України з надання невідкладної допомоги Європейська академія неперервної медичної освіти і безперервного професійного розвитку (european – cme-cpd academy) і група компаній «Медексперт» створили програму інтерактивних тренінгів на основі симуляційного навчання. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів Полтавського державного медичного університету застосовуються методики надання невідкладної допомоги у пацієнтів стоматологічного профілю. МОЗ України разом з асоціацією кардіологів запропонували та провели розширені Всеукраїнські пілотні тренінги у Полтаві. В створеному тренінговому центрі базі Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського особлива увага приділялась термінальним станам, які виникали у пацієнтів різних клінічних груп. Наприклад – при зупинці серця, раптовій коронарній та серцевій смерті використовувався тренінг з серцево-легеневої реанімації (СЛР), який складався з адаптованих циклів. Практична частина тренінгу (мануальні навички) включали відпрацювання отриманих теоретичних знань на фантомах під керівництвом викладачів кафедри. Лікарі-інтерни отримали нові мануальні навички при роботі на стимуляційних фантомах, закріпивши свої попередні напрацювання. По закінченню практичного циклу занять сертифіковані викладачі кафедри підвели підсумки практичного тренінгу з інтернами та відмітили позитивні моменти сприйняття роботи на сучасних модернізованих фантомах з електронними індикаторами показників.

Висновок. Для поліпшення якості мануальних навичок лікарів-стоматологів при наданні невідкладної допомоги хворим на амбулаторному прийомі необхідно систематичне відпрацювання елементів практичного тренінгу на фантомах. Лікарі, які пройшли фантомний курс практичного тренінгу під керівництвом тренера-викладача більш впевнено себе почувають, надаючи невідкладну допомогу пацієнтам при виникненні ускладнень та невідкладних станів.

Результати дослідження наголошують на необхідності поліпшення підготовки практикуючих стоматологів з управління невідкладними медичними ситуаціями на рівні бакалаврату, післядипломної освіти та підвищення кваліфікації, а також необхідності організації стоматологічного робочого місця для вирішення таких надзвичайних ситуацій.

ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ, ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Корнійчук О., Бреславець М., Левченко Т., Шишов М.

Науковий керівник: проф. Скрипнікова Т., доц. Писаренко О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Рак ротової порожнини – щорічно реєструють у світі більше ніж у 300 тис. пацієнтів, а близько 150 тис. пацієнтів помирає кожного року внаслідок цієї патології, що зумовлено його пізньою діагностикою. У структурі захворюваності на потенційно злоякісні розлади порожнини рота в Україні перше місце займає ЧПЛ типова і ерозивно-виразкова форми 44,21%.

Мета та матеріал дослідження. Оцінити методи скринінгу передраків (на прикладі ЧПЛ), їх специфічність і чутливість, та які напрямки є перспективними; тактику лікаря стоматолога на основі аналізу публікацій наукових досліджень у наукометричних базах даних.

Основні результати. ЧПЛ є імунно-опосередкованим поширеним хронічним запальним неінфекційним захворюванням шкіри та слизової оболонки ротової порожнини. До методик ранньої діагностики раку ротової порожнини відносять прижиттєве забарвлення, застосування світлових діагностичних систем, цитологічні, молекулярні, візуалізаційні методи діагностики, але головними методами дослідження все ж таки залишаються фізикальне обстеження ротової порожнини та пункційна біопсія або гістологічна оцінка біоптату. При виборі тактики та плану лікування а в подальшому диспансеризації хворих на потенційно злоякісні розлади та зокрема ЧПЛ необхідно обов'язково враховувати фактори, що підвищують ризик злоякісної трансформації, до них відносяться: паління в анамнезі (понад 15 сигарет на день), але не менш загрозливим є виникнення передракового кератозу у осіб що не палять, це свідчить про їх певну генетичну схильність; вживання алкоголю (3 і більше разів на тиждень); стать (зокрема у групі підвищеного ризику є жінки; локалізація ураження на яриці та дні порожнини рота; клінічна форма ЧПЛ зокрема виразкова-ерозивна – оскільки атрофована слизова оболонка більш сприйнятливою до канцерогенів; коморбідні фактори ризику – асоціації з вірусною інфекцією. Для своєчасної ранньої та діагностики передраків СОПР лікарю стоматологу необхідно проводити ретельний огляд первинних пацієнтів на наявність патологічних змін СОПР; вміти застосувати критерії оцінки

успішності і тривалості консервативного лікування передракових захворювань, бути інформованим про терміни диспансеризації хворих на передракові захворювання; розуміти ознаки виникнення злоякісних пухлин з передракових захворювань.

ЗМІНИ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кривич С., Маслов М., Мнекін Ф., Поляков Г.

Науковий керівник: доц. Максименко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Впродовж останніх років серцева недостатність в усьому світі перетворилася на найбільш вагому не тільки медичну, а й соціальну проблему, оскільки вона призводить до швидкої інвалідизації хворих, зниження якості та довготривалості життя. Серцева недостатність у дітей – це небезпечний стан, що загрожує життю. Причиною патології можуть бути як вроджені, так і набуті зміни судинної системи і самого серця. Нині доведено наявність тісного взаємозв'язку між стоматологічним здоров'ям і загальним станом організму. Хронічні соматичні захворювання змінюють патофізіологічні процеси в організмі в цілому і в порожнині рота зокрема.

Мета дослідження: провести аналіз літературних даних щодо клінічних проявів серцевої недостатності в порожнині рота у дітей. Компенсовані форми серцевої недостатності у дітей не супроводжуються будь-якими специфічними для цього виду патології змінами з боку слизової оболонки порожнини рота.

При серцевій недостатності з явищами декомпенсації слизова оболонка стає блідою, з ціанотичним відтінком в ділянці піднебінних дужок та ясенного краю. Спостерігається виражений ціаноз губ та прилеглих ділянок шкіри. Слизова оболонка щік і язика набрякла. Пастозність м'яких тканин надає «горбистого» вигляду щокам та вестибулярній поверхні губ.

Ознакою серцевої недостатності можуть бути зміни епітелію язика. На спинці язика відзначається десквамація ниткоподібних сосочків. Він стає гладким і блискучим («полірований язик»). Внаслідок атрофії ниткоподібних сосочків і стоншення епітелію, діти можуть скаржитися на печіння язика.

Трофічні розлади проявляються у вигляді виразок, що вкриті некротичним нальотом. Батьки часто скаржаться на неприємний гнилісний запах з порожнини рота у дитини. Глибина та розмір виразок залежать від характеру перебігу основного захворювання. Слизова оболонка навколо виразок без реактивних запальних змін (ареактивний перебіг). При стійкій декомпенсації серцево-судинної системи некротичні зміни слизової оболонки можуть прогресувати і поширюватися на прилеглу кісткову тканину, що призводить до локального остеомієліту з наступною секвестрацією.

Висновок. Лікування та реабілітація дітей з серцевою недостатністю вимагає участі ряду фахівців, в тому числі і стоматолога. Крім того, стоматолог, знаючи особливості клінічних проявів соматичних захворювань у дітей, може сприяти ранній діагностиці хвороби та спрямувати пацієнта до відповідного спеціаліста (педіатра, кардіолога). Своєчасне виявлення і усунення чинників серцевої недостатності у дітей захищає від важких наслідків. Тому подальше вивчення питань взаємовпливу патологічних процесів серцево-судинної системи на стан порожнини рота представляє цінність для стоматології та кардіології.

ГАЛЬВАНОЗ. ПРОЯВИ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Кудінов М.

Науковий керівник: проф. Скрипнікова Т., к.мед.н. Хавалкіна Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гальваноз – це прояви впливу різниці потенціалів, що виникає після протезування, на слизовій оболонці порожнини рота у деяких пацієнтів. Більшість пацієнтів майже одразу, або через певний час, звертають увагу на появу симптомів, що починають їх турбувати з різним ступенем інтенсивності. Своєчасне звернення за медичною допомогою та вчасно розпочате лікування можуть допомогти уникнути ряду небажаних наслідків і ускладнень, особливо, якщо звернути увагу на тенденцію до зростання випадків малігнізації та виникнення передракових станів викликаних гальванозом.

Мета. Звернути увагу лікарів-стоматологів на важливість своєчасного виявлення та лікування гальванозу, що виникає при невисоких показниках різниці потенціалів в порожнині рота.

У 10-24% пацієнтів, що мають металеві включення в порожнині рота, виникають неприємні суб'єктивні відчуття – печії, оніміння СО, металевий присмак у роті, пощипування, поколювання язика, зміну присмаку, сухість або рясне слиновиділення, першіння в горлі, гіперестезію зубів, відчуття «удару струмом» між металевими включеннями і слизовою, гіперемію і набряк СОПР і навіть губ, шік, носа, повік та ін. Можливі скарги на головний біль, нудоту, слабкість, запаморочення, швидку стомлюваність, розлади травлення, порушення сну, біль у серці.

Частіше такі симптоми з'являються, коли пацієнт уже мав попередньо встановлені металеві конструкції. Проведені дослідження виявили, що такі зміни виникають при наявності в роті більше двох сплавів металів з різнорідними кристалічними решітками. Але дослідження виявили, що патологічні зміни виникають і при використанні однорідних металів.

Виходячи із клінічних спостережень пацієнтів, що зверталися на кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів, практичні лікарі-стоматологи часто невірно діагностують захворювання СОПР, не виявляють їх першопричину, що частіше всього пов'язані з гальванозом. Так, при основному діагнозі гальваноз, хворі мали такі діагнози за направленням: стоматит – 10%, захворювання СОПР – 15%, грибовий стоматит – 10%, чорний волохатий язик – 3%, парестезія – 5%, глосит – 7%, червоний плесканий лишай – 10%, ерозивний стоматит – 4%, кандидоз СОПР – 15%, десквамативний глосит – 21%.

Утруднення в діагностиці виникають за рахунок відсутності відповідного діагностичного оснащення (гальванометрів), не знанням методик вимірювання різниці потенціалів в порожнині рота та клінічних проявів гальванозу, їх подібності до інших захворювань. Останнім часом, до нас на консультацію звертаються пацієнти, яким після обстеження був встановлений діагноз гальваноз. Але особливість полягає в тому, що явища гальванозу у таких хворих виникли і турбують при відносно низьких показниках різниці потенціалів 48-74 mV. Зазвичай цифри набагато більші – від 120 до 300 mV.

За останні чотири місяці до нас звернулися пацієнти із скаргами на металевий присмак у роті, печіння язика, зниження слиновиділення, відчуття сухості в ротовій порожнині, порушення смакової чутливості, їжа, переважно, здається кислою, незначний набряк язика, утворення на його поверхні «ранок», порушення загального стану організму (головний біль, стомлюваність). Після дослідження, були виявлені металеві конструкції, які встановлені 10 років тому, а симп-

томи виникли після останнього протезування місяць тому і практично одразу, коли протези встановили на постійно. Після вимірювання різниці потенціалів, отримали не значне підвищення цифрових показників – 69-79 mv і один 114 mv. При нормі 30-60 mv. Діагноз консультанта – гальваноз, десквамативний глосит.

Реабілітація хворих з гальванозом складається із: ретельної діагностики, лікування, профілактики і прогнозу на перспективу.

Висновки. Таким чином, для встановлення достовірного діагнозу – гальваноз, необхідно застосовувати адекватні методи діагностики, за наявності сучасного обладнання та урахувати загальний стан пацієнта (наявність соматичної патології), ретельно аналізувати отримані дані.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ НАВЧАННЯ БАТЬКІВ МАЛЕНЬКИХ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ РЕГУЛЯНОГО ВІДВІДВАННЯ СТОМАТОЛОГА ДИТИНОЮ

Левченко Т., Гавриленко Я., Шишов М.

Наукові керівники: ас. Мосієнко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

За даними Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) поширеність карієсу у різних вікових груп дітей має високий рівень, наприклад у дітей 3-х років сягає 95%, майже у кожній дитини. Серед учнів молодших класів поширеність карієсу становить 70-80%, майже кожен учень старшої школи має карієс.

За статистикою необізнаність батьків та несвоєчасне звернення до стоматолога дитини можуть привести до великих проблем зі стоматологічним здоров'ям у майбутньому. Кожен з батьків відповідає за здоров'я дитини, і саме від них залежить безпосередньо і стоматологічне здоров'я.

Виходячи з цього, ми вирішили провести аналіз обізнаності батьків з питань стоматологічного здоров'я. При першому відвідуванні стоматолога, лікар задавав питання батькам пацієнтів. Проведене нами опитування показує, наскільки батьки стоматологічно обізнані та допомогти їм попередити розвиток стоматологічних захворювань у їх дітей.

За зібраними даними, виходячи з відповідей батьків про догляд за порожниною рота дитини, ми з'ясували, що близько 60% бать-

ків не контролюють якість гігієни порожнини рота своїх дітей, майже 35% дітей не чистять зуби щодня. Більше половини батьків не знали, що перше відвідування лікаря-стоматолога повинно починатися після прорізування першого зуба у дитини та не орієнтувалися взагалі у виборі гігієнічних засобів для порожнини рота. Відвідування лікаря з метою профогляду проводили 10% батьків. Близько 60% звертались до стоматолога, коли їх діти скаржились на біль. 40% батьків говорили, що стоматологічне здоров'я їх дітей низьке через страх дитини перед лікарем стоматологом, тому неможливо провести належне лікування.

Отже, виходячи з усього вище перераховано, нами були зроблені висновки, що для покращення стоматологічного здоров'я дітей та попередження виникнення хвороб порожнини рота в майбутньому, треба підвищити обізнаність батьків наших пацієнтів. Для цього ми вирішили розробити Пам'ятки для батьків щодо необхідності регулярного відвідування стоматолога дитиною, у яких представлена вся необхідна інформація, починаючи від першого візиту-знайомства дитини з лікарем стоматологом. У пам'ятці висвітлена необхідність періодичності та відвідування стоматологічного кабінету. Також в індивідуальному порядку с батьками кожного пацієнта проводилися індивідуальні розмови з наданням рекомендацій відповідно ситуації в порожнині рота їхньої дитини.

Починаючи з прорізування першого зуба необхідно приділяти увагу гігієні порожнини рота, збалансовано харчуватись, давати зубам жувальне навантаження, регулярно відвідувати стоматолога для збереження зубів дитини та а забезпечення здоров'я всього організму.

ОЦІНКА НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЯСЕН У ХВОРИХ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Левченко Т., Шишов М., Кулай Д.

Науковий керівник: доц. Кулай О.

Кафедра післядипломної підготовки лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Епітелій слизової оболонки порожнини рота є механічним бар'єром на шляху проникнення мікроорганізмів, їх токсинів та інших речовин. Недостатність інсуліну та метаболічні порушення, властиві цукровому діабету, змінюють нормальний процес дозрівання і диференціювання епітеліоцитів, їх структурно-функціональні властивості. Найбільш доступний метод оцінки локальної неспецифічної резистен-

тності слизової оболонки – реакція адсорбції мікроорганізмів (РАМ) епітеліальними клітинами.

Завданням нашого дослідження було вивчення РАМ клітинами епітелію слизової оболонки коміркового відростку у підлітків, хворих на цукровий діабет (ЦД), у залежності від стану тканин пародонта.

Для вирішення поставленого завдання проведено обстеження 15 хворого ЦД та 6 підлітків без фонової патології віком від 12 до 16 років. Стан тканин пародонта визначали за допомогою загальноприйнятих методів дослідження: у 3 підлітків, хворих на ЦД, констатували клінічно інтактний пародонт, у 8 – хронічний генералізований катаральний гінгівіт, у 4 – хронічний генералізований пародонтит. Підлітки без фонової патології мали здоровий пародонт. РАМ визначали за Т.О. Беленчук (1985).

Із ясеневого краю отримували мазки-відбитки, які забарвлювали за Романовським-Гімзи. За допомогою мікроскопа рахували епітеліальні клітини і, у залежності від кількості адсорбованих на них мікроорганізмів, розподіляли на категорії. Клітини 1-ї та 2-ї категорій (0-25 мікроорганізмів) рахували РАМ-негативними, 3-ї та 4-ї категорій (26-50 і більше мікроорганізмів) – РАМ-позитивними. Стан неспецифічної резистентності оцінювали за відсотком РАМ-позитивних клітин.

Відносна кількість РАМ-позитивних клітин у хворих на ЦД з клінічно інтактним пародонтом дорівнювала $21,2 \pm 1,83\%$, з гінгівітом – $28,4 \pm 2,66\%$, з пародонтитом – $41,0 \pm 1,88\%$, що вірогідно відрізняється від результатів реакції у здорових підлітків – $77,3 \pm 3,42\%$ ($p < 0,01$).

Отримані дані свідчать про зниження неспецифічної резистентності ясен у хворих на ЦД, що треба враховувати при проведенні лікувально-профілактичних заходів, які мають на меті попередження розвитку і прогресування патологічних змін тканин пародонту у даної категорії хворих.

ОБГРУНТОВАННЯ ЗАТОСВАННЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ЗУБІВ

Литвин В.

Науковий керівник: ас. Лазарєва К.

Кафедра післядипломної підготовки лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Швидко прогресуючі методики імплантації призвели до того, що сьогодні втрата зубів не є проблемою. Однак жодна із сучасних технологій в імплантології не здатна повноцінно замінити природній зуб. Таким чином, аутотрансплантація є гарною альтернативою при плануванні лікування із заміщення втраченого зуба. Мета нашої роботи Із ясеневого підкреслити біологічні принципи, оцінити показання та хірургічні техніки, необхідні для успішної аутотрансплантації зубів та успішного довгострокового прогнозу.

Збереження натуральних зубів навіть за наявності в них ендодонтичної та періодонтальної патології є кращим у порівнянні з імплантацією. Однак у деяких випадках потрібне видалення скомпрометованого зуба. Це призводить не тільки до втрати жувальної функції, але й до зниження стимуляції кори головного мозку через втрату пропріоцептивної функції періодонтальної зв'язки.

У даному випадку одним із варіантів лікування є аутотрансплантація зубів, яка полягає у видаленні та переміщенні зуба в інше місце у порожнині рота того ж пацієнта найменш травматичним способом. Трансплантований зуб має низку переваг у порівнянні з дентальним імплантатом. У такому випадку зберігається періодонтальна зв'язка і, як наслідок, пропріоцептивна чутливість, зберігається об'єм альвеолярної кістки та не порушується розвиток зубощелепної системи. У багатьох ситуаціях можлива регенерація пульпи та продовження формування кореня при трансплантації зуба-донора з неповним дозріванням кореня та вітальною пульпою.

На вірогідність успіху аутотрансплантації впливають кілька факторів: стадія розвитку кореня, морфологія зуба, обрана хірургічна процедура, час внеротових маніпуляцій, форма лунки реципієнта, васкуляризація ложа реципієнта та життєздатність клітин періодонтальної зв'язки зуба. Протокол хірургічних та терапевтичних етапів представлено нами успішного клінічного прикладу аутотрансплантації:

- Анестезія.
- Доступ до зони хірургічного втручання.

- Атравматичне видалення зуба та збереження у збалансованому фізіологічному розчині Хенкса.
- Підготовка реципієнтної зони та зрошення стерильним фізіологічним розчином.
- Використання зуба-донора нижче оклюзійної площини та його стабілізація гнучкою шиною.
- Ушивання клаптя.
- Призначення пацієнту: антибактеріальна терапія, рідка дієта та м'яка їжа, ополіскування 0,12% хлоргексидином протягом 1 тижня.
- Зняття швів через 1 тиждень та шини через 2-4 тижні.
- Ендодонтичне лікування при повній сформованості коріння трансплантованого зуба через 2-3 тижні.
- Реставрація зуба через 3 місяці після стабілізації та кісткової регенерації.

Висновки. Аутотрансплантація зубів є чудовим рішенням для заміщення відсутніх зубів. Обов'язковою умовою є коректні хірургічні маніпуляції, які мають бути якомога атравматичнішими для збереження періодонтальної зв'язки трансплантованого зуба. Успішність лікування також пов'язана зі стадією розвитку кореня. В аутотрансплантованих зубах з неповним дозріванням кореня загоєння пульпи становить 96%. При повному формуванні кореня приблизно через 2 тижні потрібне ендодонтичне лікування.

Аутотрансплантація не є рутинною практикою, однак за правильного дотримання протоколу можна отримати довгостроковий успішний результат.

ЗМІНИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Маслов І.

Науковий керівник: доктор філософії Хілініч Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів
Полтавський державний медичний університет.

Актуальність теми. Нині чітко відслідковується тенденція щодо зростання кількості пацієнтів із повною втратою зубів, на фоні якої гостро постає проблема надання їм якісної та функціонально повноцінної ортопедичної стоматологічної допомоги. Проблеми, які виникають під час протезування повними знімними протезами, у повній мірі залишаються не вирішеними й досі.

Мета. Метою наших досліджень було визначення впливу знімного протезу на стан малих слинних залоз у період адаптації до протезу, а також ступінь прояву цих змін.

Методи дослідження. При виконанні досліджень використовували клінічні, клініко-лабораторні, експериментальні та статистичні методи дослідження. Для проведення досліджень стану малих слинних залоз піднебіння до та після протезування повними знімними пластинковими протезами нами для спостережень були відібрані 47 пацієнтів з повною втратою зубів віком від 60 до 80 років (22 чоловіки та 25 жінок), яким у подальшому проведено ортопедичне лікування повними знімними протезами з базисом протеза з акрилової пластмаси «Фторакс» та пластмасовими штучними зубами, виготовленими за загальноприйнятою методикою полімеризації на водяній бані.

Основні результати. На підставі отриманих даних температурних показників, показників тиску протезів на слизову оболонку піднебіння, змін кількісного складу мікрофлори порожнини рота та результатів експериментальних досліджень структурної організації слизової оболонки твердого піднебіння шурів під дією мономеру пластмаси «Фторакс» встановлено прямо пропорційну залежність морфофункціонального стану малих слинних залоз піднебіння від термоізолюючого впливу базису протеза та його тиску на слизову оболонку, дії залишкового мономеру та терміну користування знімними протезами, що уможливило створити гіпотетичну схему основних ланок механізму пошкодження малих слинних залоз базисом протеза.

На підставі встановленого механізму негативної дії повних знімних пластинкових протезів на малі слинні залози піднебіння, що призводить до зменшення їх секреторної активності і, як наслідок, сухості слизової оболонки протезного ложа, запропоновано спосіб профілактики виникнення таких ускладнень – полоскання порожнини рота 1% спиртовим розчином хлорофіліпту та натрієвої солі карбоксиметилцелюлози, ефективність застосування якого підтверджена даними спостережень – у 32, 6% пацієнтів спостерігали зменшення запальних змін та сухості слизової на 56-65 %.

Висновки. За результатами проведених досліджень встановлено механізм пошкодження малих слинних залоз піднебіння у різні терміни користування повним знімним пластинковим протезом та запропоновано спосіб профілактики для попередження зниження їх секреторної активності.

ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТІВ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ МЕТОДОМ ВІТАЛЬНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ ПУЛЬПИ

Мелешко О.

Науковий керівник: доц. Бережна О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Пульпіт тимчасових і постійних зубів у дітей є досить розповсюдженою патологією. Ріст захворюваності пульпітом у дітей зумовлений, з одного боку, несвоєчасним лікуванням карієсу тимчасових зубів, з іншого боку – зниженням загальної реактивності організму дитини. Основним етіологічним фактором пульпіту у дітей є мікроорганізми, що проникають у пульпу з каріозної порожнини. Крім того, пульпіт може розвиватися під дією травматичних, хімічних і температурних факторів.

Вітальна екстирпація пульпи (пульпоектомія) – метод лікування пульпіту зубу, який передбачає повне видалення як коронкової, так і кореневої пульпи без використання девіталізуючих речовин під місцевим знеболенням.

Метою нашої роботи стала порівняння та оцінка вітальних та девіталісних методів лікування пульпіту у дітей, та визначення подальшого прогнозу після обраного методу.

Було проведено аналіз рентгенологічних досліджень 15 пацієнтів віком від 5 до 8 років, які звернулись в клініку зі скаргами на періодичну появу на яснах «гнійничка» біля пролікованих зубів. Під час клінічного обстеження було визначено, що зуби проліковані девіталісним ампутаційним методом, на рентгенограмах була виявлена патологічна резорбція у зоні біфуркації коренів цих зубів або окремих коренів. У досліджених дітей інші зуби були проліковані вітальним екстирпаційним методом. Пацієнти знаходились під спостереженням протягом року. За рік не було виявлено рентгенологічно жодних патологічних змін в навкол зубних кісткових структурах.

Отже, вітальний екстирпаційний метод лікування має кращі відтерміновані результати, ніж девіталісний метод. Тому лікування пульпітів тимчасових зубів з використанням вітальних методів повинно стати невід'ємною частиною повсякденної практики сучасного дитячого стоматолога.

ФЕНОМЕНИ БОЛЮ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Мисік Я.

Наукові керівники: проф. Скрипников П., доц. Приходченко С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Больовий симптом це найважливіша додаткова інформація що до даних об'єктивного обстеження пацієнта та диференціальної діагностики захворювань. Больові феномени лицевої ділянки та порожнини рота зумовлені низкою причин: патологією зубо-щелепного апарату, захворюваннями нервової системи, різноманіттям анатомічної будови. Але крім вищевказаних передумов до різноманітності больових феноменів в сучасному житті додається вплив науково-технічного прогресу. Сидячи перед монітором або гортаючи стрічку Інстаграма, людина звалює на шию важку ношу - постійну підтримку голови під сильним кутом. Через це у більшості сучасних людей розвивається так званий «синдром комп'ютерної шиї» (англ. «text-neck»). Клінічно доведено, що внаслідок такого довготривалого положення голови розвивається гіпермобільність у середньошийному відділі хребта, частіше спостерігаються мігрені і головні болі, болі в області спини та шиї. Таким чином, сумація змін в шийному відділі хребта і клінічних проявів болю призводить як до складності диференціації ноцицептивного та нейропатичного болю, так і статистичного поширення міофасціального больового синдрому (МФБС) серед населення.

Мета дослідження. Підвищення рівня первинної діагностики стоматологічного хворого, розуміння розповсюдженості міофасціального больового синдрому та його впливу на прояви ноцицептивного болю від дентоальвеолярних причин, виявлення причин орофасціального болю на первинному прийомі.

Методи дослідження. При діагностиці первинного симптомокомплексу болю та виявленню МФБС ми поглиблено працювали з низкою питань, а саме: визначення болю (ВООЗ), сприйняття болю, типи болю, джерела болю, гострий та хронічний больовий синдром, ноцицептивний, нейропатичний та змішаний біль, діагностичний алгоритм визначення болю, біль – як біосоціопсихологічна модель. Використовувались загальноприйняті вимірювання – загальне обстеження стоматологічного пацієнта, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) і шкала осіб Вонга-Бекера та

додатково – опитувальник DN4 для діагностики нейропатичного болю і анкетування з метою вивчення способу життя пацієнта (скільки часу використовуються гаджети на добу, чи є болі різного генезу в спині, як часто пацієнт приймає знеболюючі засоби, яка добова фізична активність). У дослідженні приймало участь 15 хворих у віці 17-19 років з різною стоматологічною патологією та контрольна група – 15 пацієнтів різного віку з відсутністю МФБС. Шкалу болю ВАШ і шкалу осіб Вонга-Бекера використовували як при первинній діагностиці, так і при оцінці якості анестезії та проведених маніпуляцій.

Основні результати. Серед респондентів першої групи всі хворі використовували гаджети більш, ніж 6 годин на добу, тримаючи голову під сильним кутом. Результати дослідження показали, що у 80% респондентів присутній нейропатичний компонент болю та клінічні прояви МФБС. Сприйняття болю та ефективність проведених маніпуляцій пацієнтів у зворотному зв'язку відрізнялися від тих, що давали респонденти контрольної групи.

Висновки. Таким чином, сучасному стоматологу необхідно розширити свої погляди щодо диференціації больових феноменів та вміння застосовувати їх у своїй практиці.

ЦЕФАЛОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СКЕЛЕТНИХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ

Пазинич О.

Науковий керівник: ас. Мосієнко А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів
Полтавський державний медичний університет

Скелетна форма дистального прикусу може формуватися внаслідок порушення розвитку нижньої щелепи (мікрогнатія) або верхньої щелепи (макрогнатія), ретропозиції (ретрогнатія) нижньої щелепи по відношенню до площини передньої черепної ямки або антепозиції (прогнатії) верхньої щелепи, так і при поєднанні цих форм.

Метою дослідження стало визначення і систематизація скелетних форм дистального прикусу.

Матеріали та методи дослідження. Були обстежені 59 телерентгенограм пацієнтів із різними видами дистального прикусу. Визначали цефалометричні показники за Steiner, Wits, Roth Jarabak в програмі «AudaxCeph». З них були обрані ті параметри, які ми вважаємо значи-

ними для диференційної діагностики прогнатичного дистального прикусу.

Результати дослідження та їх обговорення. На підставі проведених цефалометричних досліджень можемо виділити дев'ять форм прогнатичного дистального прикусу. Найбільш поширеною є верхньощелепна прогнатія 35,59%, яка характеризується збільшенням кутів SNA, SNPns.

Друге місце пов'язане з нижньощелепною ретрогнатією, яка виявлена у 18,64% пацієнтів. Вона характеризується незміненою довжиною основи нижньої щелепи Go-Me, зменшенням кутів SNB та SNGo.

Нижньощелепна мікрогнатія в поєднанні з ретрогнатією виявлена у 16,95%. Мікрогнатія характеризується зменшенням довжини основи нижньої щелепи по відношенню до норми, а також до довжини основи черепа. Ізольовано мікрогнатія нижньої щелепи виявлена у 10,17%.

Наступною за кількістю виявлених пацієнтів була група з поєднанням верхньощелепної прогнатії та нижньощелепної ретрогнатії, всього 6,78%.

Однакова кількість пацієнтів, по 2 чоловіки (3,39 %), встановлена в групах з різними формами комбінацій, а саме, верхньощелепна макро- та прогнатія, верхньощелепна макро- та нижньощелепна мікрогнатія, верхньощелепна макро- та нижньощелепна мікро- та ретрогнатія.

Один пацієнт (1,69%) виявлений з формою верхньощелепна макрогнатія. Встановлено збільшення довжини основи верхньої щелепи по відношенню до норми Ans-Pns, а також – до довжини основи черепа, збільшені кути SNA, ANB.

Висновки. За результатами наших досліджень виявлено 9 основних скелетних форм прогнатичного дистального прикусу. Серед усіх форм частіше за все зустрічається прогнатія верхньої щелепи 35,59%.

ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Рубан Р., Єрмоленко Є.

Науковий керівник: ас. Сокологорська-Никіна Ю., доц. Стасюк О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. На сьогоднішній день проблема гігієни порожнини рота у дітей та підлітків, з урахуванням високої поширеності карієсу зубів, його ускладнень та інших стоматологічних захворювань залишається актуальною, особливо у ортодонтічних пацієнтів з незнімними ортодонтічними конструкціями в порожнині рота. Коли на зубах закріплена складна система з безліччю дрібних деталей, то вичистити все якісно набагато складніше. Для того щоб уникнути утворення карієсу, потрібно підтримувати ідеальну чистоту зубів.

Одним із найважливіших етапів забезпечення ретельної та регулярної гігієни ротової порожнини, особливо у дітей є розвиток гігієнічних навичок догляду за порожниною рота та підвищення мотивації.

Метою дослідження було продемонструвати ефективність методів підвищення мотивації індивідуальної гігієни порожнини рота у ортодонтічних пацієнтів.

Методи дослідження. Вивчення стоматологічного статусу та показників гігієни порожнини рота проводилося на першому прийомі у 20 ортодонтічних пацієнтів на кафедрі післядипломної освіти лікарів-ортодонтів. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за інтерпретованим під пацієнтів з брекет-технікою індексом ефективності гігієни (Podshadley, Haley, 1968) та фіксували в медичній карті.

Після обстеження всіх пацієнтів навчали стандартному методу чищення зубів, проводили підбір засобів індивідуальної гігієни та запропонували додатковий метод мотивації – «Щоденник ортодонтічного пацієнта», який включає загальні поняття про засоби індивідуальної гігієни порожнини рота, методи чистки зубів з урахуванням ортодонтічної апаратури та пам'ятку про виконання гігієнічних стоматологічних процедур.

Для пацієнтів з брекет-технікою на зубах основними вимогами до гігієни були: гігієнічна чистка після кожного прийому їжі; викори-

стання додаткових засобів гігієни ротової порожнини, таких як йоршики, ірригатори; проведення професійної гігієни кожні 3 місяці.

Щомісяця під час клінічних оглядів під час корекції брекет-техніки проводили обов'язкове контрольне чищення зубів під наглядом лікаря, корекцію навичок за потреби. Через 3 місяці проводили повторне обстеження рівня гігієни.

У результаті досліджень спостерігалось покращення гігієни порожнини рота у всіх ортодонтчних пацієнтів після проведення гігієнічного навчання порівняно з первинним обстеженням з 1,04 (здовільна гігієна) до 0,42 (гарна гігієна).

Висновки. Додаткове використання сучасних мотиваційних методів та постійний контроль гігієни з боку лікаря-ортодонта підвищує інтерес ортодонтчних пацієнтів до чищення зубів та допомагає покращити гігієнічний стан ротової порожнини.

ДИСКOLORИТИ ЗУБІВ

*Савісько М., Саприкіна М., Стоян Д., Шевченко П.,
Чередниченко І.*

Науковий керівник: Шевченко В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Красива, приваблива посмішка дуже важлива для комунікації у світі. При зустрічі прийнято посміхатися, як мінімум, з ввічливості, а в моменти радості ми мимоволі сміємося з відкритим ротом. На жаль, різні патології можуть призводити до того, що відбувається помітна зміна кольору одного із центральних зубів. Це значно знижує естетичне сприйняття всієї посмішки загалом. Навіть один зуб іншого відтінку мимоволі привертає увагу до себе.

Дисколоритом у стоматологічній практиці називають зміну кольору зубів, яка викликана тими чи іншими причинами. Дисколорити поділяються на зовнішні, внутрішні, придбані. Зміни, що виникають до прорізування зубів, розглядаються у МКХ-10, категорії від K00.8 до K00.88. Причиною зовнішнього дисколориту є пігментований наліт, який утворюється на шорсткій емалі, мікроскопічних тріщинах або анатомічних порожнинах внаслідок вживання фарбуючих продуктів (чай, кава, червоне вино, куріння, газована вода, тощо) знижений

рівень гігієни. При внутрішньому дисколориті на зубах утворюються білі ерозивні плями, які можуть з часом жовтіти і чорніти. Причиною цього дисколориту зубів є проникнення певних речовин в організм, зокрема підвищений вміст фтору в питній воді (флюороз). Зелений колір емалі можливий при грибкових інфекціях, контакті з металами та ципрофлоксацином. Коричневий відтінок емалі виникає при шкідливих звичках, таких як паління, вживання великої кількості кави та чаю, хлорованої води, при прийомі антибіотиків тетрациклінового ряду. Чорний відтінок емалі можливий при контакті з хромовою кислотою, магнєзією, ляпісом або срібною амальгамою. Рожева емаль при крововиливах в мікротріщини зубів, при пломбуванні кореневих каналів резцин-формаліновим методом.

З віком порожнина зуба зменшується за рахунок утворення вторинного дентину, та природного стирання зубів. Інтенсивність кольору при цьому зростає, з віком зуби стають «темнішими». Вікові зміни організму також призводять до витончення емалі й у поєднанні із зовнішніми факторами може розвинути її пожовтіння або потемніння. Локальною причиною виникнення дисколориту є депульпація (видалення нерву). З часом зуб стає темнішим, сірішим, жовтішим в порівнянні з вітальними. Порушення в проведенні ортодонтичного лікування може порушити зв'язковий апарат (періодонт) зуба і, як наслідок, відбувається порушення трофіки та втрата вітальності.

Проблема лікування дисколориту твердих тканин зубів є актуальною для сучасної практичної стоматології з огляду на широке поширення ендодонтичного лікування фронтальних зубів, виконання зубозберігаючих операцій, терапевтичного лікування карієсу та некаріозних уражень твердих тканин зубів. Позбутися зовнішнього дисколориту допоможе професійне чищення зубів у стоматолога з обов'язковим поліруванням емалі, навчання пацієнта правилам особистої гігієни, обмеження прийому фарбуючих продуктів.

Тактика лікаря-стоматолога при зміні кольору зубів внаслідок вроджених вад біліарної системи, порфірії та алкаптонурії полягає в ранній діагностиці даної патології та направлення до лікаря-педіатра та відповідних фахівців.

Терапія алкаптонурії є переважно симптоматичною та базується на дієті з низьким вмістом білка як джерела тирозину. При успіху загального лікування інтенсивність забарвлення знижується, що особливо виражено у фронтальній групі зубів. Якщо є вплив препаратів, то необхідно правильно провести діагностику, знайти причину та припинити їх використання.

Останніми роками для досягнення максимального естетичного результату при корекції зміненого кольору зубів перевагу надають консервативним методам лікування, до яких відносять різні види відбілювання зубів за допомогою аплікації хімічного агенту, що окислює органічні пігменти твердих тканин зуба. Структура зуба при цьому не змінюється. У наш час широко застосовують домашнє, професійне та комбіноване відбілювання зубів. Якість відбілювання залежить від причин, що викликали зміну кольору, від розміру дефекту, тривалості та глибини проникнення пігментів в тверді тканини зуба. Терапевтом-стоматологом проводиться реконструкція коронкової частини зуба методами прямої або непрямої реставрації. Ортопедом-стоматологом виготовляються вініри, естетико-косметичні коронки.

Висновок. Таким чином, проблема діагностики, лікування і профілактики дисколоритів зубів продовжує залишатися одним з актуальних і до кінця не вирішених науковим завданням сучасної стоматології. В наш час відмічається збільшення числа чинників, що сприяють зміні кольору зубів серед різних груп населення. Вивчення проблеми дисколоритів зубів дають змогу лікарю-стоматологу, в залежності від клінічних проявів захворювання, розробити для кожного пацієнта рекомендації з профілактики та обрати індивідуальний підхід лікування.

АНКЕТУВАННЯ - ПЕРШИЙ КРОК ДО УСПІШНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Ставнича І.

Науковий керівник: проф.Скрипников П., доц. Приходченко С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Анкетування як метод збору анамнезу життя пацієнта, давно і широко застосовується в стоматології. Основне завдання даного методу - це планування безпечного стоматологічного лікування з урахуванням виявлених факторів ризику як в амбулаторних, так і стаціонарних умовах.

Мета дослідження. Покращення роботи структурного клінічного підрозділу та підвищення рівня надання професійної стоматологічної допомоги за рахунок оптимізації методів анкетування.

Методи дослідження. Було проаналізовано 250 анкет, заповнених пацієнтами у 2021 році у клініці «Професорська стоматологія».

Статистична обробка проводилася на платформі STATISTICA 7.0. Крім аналізу самих анкет провели аналітичне дослідження щодо затрат часу на проведення самого анкетування пацієнтом та час, витрачений лікарем на вивчення анкет.

Основні результати. Було встановлено, що 32% пацієнтів мають захворювання серцево-судинної системи, 9,9% мають захворювання опорно-рухового апарату, 9,6% страждають на захворювання шлунково-кишкового тракту, алергія присутня у 9,7% відсотків населення. Дані, що стосуються алергії при первинному анкетуванні, як правило, завищені, оскільки носять суб'єктивний характер на рівні самодіагностики. На заповнення анкети умовно-здоровому пацієнту необхідно до 5 хвилин, пацієнту із супутньою патологією – до 10 хвилин. Також проводили анкетування за шкалою болю ВАШ як у первинній діагностиці, так і для оцінки ефективності проведеної анестезії - до 2 хвилин робочого часу. Витрати за часом на анкетування збільшують заповнення форм документів, присвячених COVID-19. Враховуючи поширеність міофасціального больового синдрому лікарі використовують опитувальник DN4 для діагностики нейропатичного болю, який заповнюється особисто лікарем в кабінеті та потребує до 5 хвилин. Анкетування в практиці дитячого стоматолога, а також аналіз анкет вимагає присутність батьків та більш витратне за часом - коло 10 хвилин.

Висновки. Кількість пацієнтів, які мають супутню патологію з боку інших органів та систем, становить близько 50 %. Анкетування зручне як лікареві, так і пацієнту - обмін максимумом інформації за мінімум часу. Підвищення якості обслуговування у клінічному підрозділі залежить від ефективної роботи первинної ланки обслуговування - «рецепції», яка чітко роз'яснює пацієнтові важливість завчасного приходу до клініки для заповнення анкет, і також контролює цей процес. Лікаря необхідно вміти планувати робочий процес з урахуванням стабільного часу на аналіз анкет.

ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНИ РОТА

Степанюк О.

Науковий керівник: ас. Тимошенко Ю.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Герпес – поширена вірусна інфекція, що посідає чільне місце серед вірусних захворювань людини.

За міжнародною класифікацією хвороб та проблем (МКБ-10, Женева, 1995 р.) це захворювання реєструється як «гострий герпетичний стоматит» (ОГС). При цьому йому властиво переходити в хронічну форму з періодичними рецидивами, різними за клінічними проявами.

Серед хронічних форм герпетичного ураження нами виділено особливу форму клінічних проявів, що спостерігається після тривалих стоматологічних маніпуляцій – «герпес напруги».

Метою нашого дослідження стала розробка та впровадження схеми профілактичних заходів герпетичної інфекції з високою ймовірністю виникнення герпесу напруги після стоматологічного прийому. Нами обстежено 15 пацієнтів віком від 20 до 45 років. Діагноз ставили на підставі скарг, анамнезу, заповнення розробленої таблиці прогнозування загострення хронічного герпесу, а також проведених загальноклінічних лабораторних, мікробіологічних та імунологічних досліджень.

Пацієнтам, у яких за даними аналізів та таблиці, ймовірність загострення становила 60% і більше, призначалася схема профілактичних заходів. Вона включає препарати з противірусною, інтерфероніндукуючої активністю, гіпосинсібілізуючі, пробіотики, препарати кальцію та вітаміни.

Після застосування цієї схеми у 85% пацієнтів отримано позитивні результати. У цієї групи пацієнтів, за даними прогнозування, була висока ймовірність загострення хронічного рецидивуючого герпесу. Надалі протягом 1,5-2 років, при тривалих реставраційних, ендодонтичних та ортопедичних роботах на прийомі у лікаря стоматолога, проявів герпесу напруги не спостерігалось.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ

Ткаченко В.

Науковий керівник: доц. Гуржій О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Лікування захворювань пародонту є однією з найбільш важливих і складних проблем стоматології. Актуальність проблеми лікування захворювань пародонту обумовлена не тільки значною поширеністю цієї патології серед населення всього світу, а й, безсумнівно, недостатнім вдосконаленням методів лікування патології навколорубних тканин. Враховуючи складність і тривалість лікування захворювань пародонта, розробка та практичне впровадження ефективних методів їх профілактики і лікування займає значне місце в численних наукових публікаціях.

Мета дослідження – аналіз та узагальнення відомостей про роль гіалуронової кислоти (ГК) у комплексному лікуванні захворювань тканин пародонту на підставі вивчення літературних джерел.

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз науково-медичної літератури за 10 останніх років щодо результатів лікування захворювань тканин пародонту з використанням препаратів гіалуронової кислоти.

Дослідження вчених останніх років підтверджують, що препарати гіалуронової кислоти мають стимулюючий вплив на репаративні процеси у структурах сполучнотканинного походження, а також сприяють інгібуванню в них дистрофічних процесів.

Завдяки своїм фізико-хімічним властивостям, таким як висока в'язкість, специфічна здатність зв'язувати воду й білки, утворювати протеогліканові агрегати, гіалуронова кислота сприяє появі численних функцій сполучної тканини, таких як трофічна, бар'єрна, пластична. Усі ці властивості особливо важливі при регенерації тканин пародонту.

У сучасній стоматології ін'єкції препаратами на основі ГК – це сучасне і ефективне рішення для лікування, корекції та відновлення м'яких і твердих зубних тканин.

Всі препарати, що мають у складі ГК, синтезуються за допомогою спеціально вироблених, абсолютно нешкідливих мікроорганізмів, мають потужну протизапальну, антисептичну, антиалергенну,

бактеріостатичну дію, а також сприяють відновленню водного балансу, еластичності, підвищують пружність ясен і опірність шкідливим подразникам.

Найбільш поширені препарати гіалуронової кислоти, які застосовуються в стоматології: «Tissue Support» і «Flex Barrier», «Nature» (Німеччина), «Ial-System» та «Ial-System ACP», «S.I.P. PHITOGEN» (Україна).

Пародонтологи використовують дані препарати в комплексі з іншими засобами при лікуванні захворювань пародонту, для відновлення м'яких тканин, реконструкції та збереження втрачених кісткових структур. Результат дії гіалуронової кислоти в стоматологічному лікуванні – це збільшення обсягу м'яких тканин і заповнення міжзубного проміжку. Користь гіалуронової кислоти проявляється в її протизапальній дії за рахунок нормалізації місцевого імунітету в тканинах, доставки в них активних речовин і пригнічення розвитку бактерій, що провокують запалення.

Бактеріостатичний ефект гіалуронової кислоти і її позитивний вплив на різноманітні патологічні мікроорганізми гарантують ефективний біологічний захист при лікуванні пародонтиту різного ступеня складності. Крім усього іншого, ГК дозволяє значно поліпшити індекс кровоточивості ясен, може з успіхом застосовуватися у відновленні зубного сосочка і нарощуванні відсутніх тканин, а також для зниження набряклості при лікуванні такого захворювання як гінгівіт.

Хірурги-стоматологи застосовують ГК для прискорення загоєння ран після хірургічного втручання на тканинах пародонту. Ін'єкції гіалуронової кислоти призупиняють запальні процеси, істотно знижуються больові відчуття, загоєння відбувається набагато швидше, мінімізуючи тим самим потенційну ймовірність подальшого поширення запалення кісткових або навкол зубних м'яких тканин, стимулюють процеси регенерації, відбувається загоєння і утворення нових судин, прискорюються процеси формування нової кісткової тканини.

Завдяки своїй унікальній протизапальній дії, ін'єкції гіалуронової кислоти дозволяють провести маніпуляцію з мінімальними ускладненнями, зменшують ризик виникнення набряків, сприяють їх швидкому зникненню, активізують процеси загоєння ран, прискорюють процес остеointegraції.

Висновки. Всі препарати, що мають у складі гіалуронову кислоту, мають потужну протизапальну, антисептичну, антиалергенну, бактеріостатичну дію, а також сприяють відновленню водного балансу.

су, еластичності, підвищують пружність ясен і опірність шкідливим подразникам.

Ін'єкції препаратами гіалуронової кислоти знижують підвищений ступінь проникності мікросудин, покращують постачання тканин киснем і тим самим знижують рівень тканинної гіпоксії з нормалізацією енергетичного обміну структури епітелію ясен і посилення його захисної функції.

Включення у схему комплексного лікування захворювань пародонта препаратів гіалуронової кислоти дає можливість отримати позитивні клінічні результати лікування, стабілізацію процесу й забезпечити довготривалу ремісію.

ГПІЄНІЧНИЙ АСПЕКТ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Холікова О., Бондаренко Ю., Галич П., Лемешко О.

Науковий керівник: ас. Мосієнко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) представила карієс у дитячому віці як глобальну проблему з поширеністю від 60% до 90%. За статистикою європейських країн, 61% дітей у віці від 6 до 12 років мають хоча б один уражений карієсом зуб, а через поширення карієсу зубів у всіх соціальних класах це захворювання може призвести до великих проблем зі здоров'ям у підростаючого покоління.

Саме тому нами було прийнято рішення до аналізу стоматологічної обізнаності дітей шкільного віку, попередити розвиток стоматологічних патологій та захворювань. Метою стоматологічного виховання учнів у загальноосвітніх навчальних закладах є пропаганда медичних знань про здоровий спосіб життя, шляхи та методи збереження здоров'я, попередження захворювань. Санітарно-просвітницька робота має передувати та супроводжувати всі профілактичні стоматологічні. Саме тому нами було розроблено анкети для проведення аналізу стоматологічної обізнаності учнів.

Аналіз стоматологічної обізнаності учнів проводився за допомогою анонімного анкетування в форматі питання-відповідь. Узагальнено відгуки школярів про практику оздоровлення порожнини рота та профілактичні заходи. Більше половини (62,6%) школярів зверталися до стоматолога, коли відчували біль, (30,4%) відвідувала стоматолога

для огляду, 7% ніколи не були на огляді у лікаря стоматолога; 45,5% відвідували стоматолога час від часу, тоді як 2% регулярно відвідували стоматолога раз на півроку. Менше половини (49%) школярів не звернулися вчасно до стоматолога через необережність, а 40% – страх. Для чищення зубів 79,4% школярів використовували зубну щітку та пасту, а 17,8% – не чистять зуби. Більшість (66,9%) не чистять зуби щодня. Також було виявлено, що лише 22% школярів користувалися зубною ниткою і лише 36,5% – ополіскувачем для рота, а решта – ні.

Отже, нами були зроблені висновки, що для покращення стоматологічного здоров'я дітей, які навчаються в загальноосвітніх закладах, необхідно покращити відносини лікар-пацієнт, щоб побороти страх та підвищити рівень стоматологічної обізнаності дітей. Для цього було розроблено уроки гігієни. Для молодших класів уроки включали в себе мультимедійні презентації з героями мультфільмів, навчання проведення гігієни проводилися в форматі гри. Для учнів старших класів мультимедійна презентація включала в себе слайди, що демонструють з можливе ускладнення захворювань порожнини рота, для наглядного прикладу, що може виникнути при неправильній гігієні порожнини рота або взагалі при її відсутності. Також було запропоновано усім бажаючим для закріплення знань в проведенні правильної гігієни порожнини рота відпрацювати маніпуляційні навички на фантомах щелеп, із застосуванням зубної щітки та зубної нитки. У майбутньому для якісної оцінки проведених нами уроків гігієни, заплановано повторний огляд та анкетування дітей.

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ КОМП'ЮТЕРНОГО ВІДРОСТКУ В ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Шишов М., Левченко Т.

Науковий керівник: проф. Скрипников П., доц. Кулай О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Хронічні соматичні захворювання спричиняють інтенсивне ураження тканин пародонта, ускладнюють їх перебіг, створюють несприятливий фон. Серед хронічних захворювань ендокринної системи у дитячому віці провідне місце займає цукровий діабет. Проблема, яка розглядається, актуальна в наш час тому, що із змінами навколишнього середовища, збільшенням генетичного навантаження попу-

ляції людей захворюваність на цукровий діабет зростає. Крім росту захворюваності, відбувається зміна вікової структури, «омолодження» діабету. У дітей і підлітків частіше зустрічається найбільш тяжка його форма - інсулінзалежний цукровий діабет.

Функція залоз внутрішньої секреції суттєво впливає на мінеральний обмін в організмі людини, тому ендокринні захворювання часто супроводжуються патологічними змінами мінералізованих тканин, зокрема кісткової тканини. Зміни у кістках, що відбуваються при діабеті, належать до метаболічних порушень і проявляються у вигляді остеопорозу (Herasimiyuk I. Ye, Yakimets M. M., 2010).

Розвитку остеопорозу при цукровому діабеті сприяє негативний азотистий баланс, який веде до зменшення білкової матриці кісток; недостатність інсуліну, що призводить до зменшення активності остеобластів; зниження секреції статевих гормонів; збільшення секреції глюкокортикоїдів; недостатнє кровопостачання кісток внаслідок розвитку діабетичної ангіопатії (Inomata M., Ishihara Y., Matsuyama T. et al., 2009).

Метою нашого дослідження було визначення стану кісткової тканини пародонта у підлітків, хворих на цукровий діабет шляхом проведення денситометрії ділянок коміркових відростків верхньої та нижньої щелеп за допомогою комп'ютерного томографа «Simson».

Для досягнення мети обстежено 10 підлітків, хворих на тяжку форму інсулінзалежного цукрового діабету (6 хлопчиків, 4 дівчаток) віком від 12 до 16 років. Тривалість перебігу діабету складала більше 5 років. Усі хворі знаходились на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні клінічної лікарні.

Стан тканин пародонта проаналізовано за допомогою клінічних, цитологічного та функціональних методів дослідження. Для визначення стану коміркових відростків щелепних кісток хворих проводилася денситометрія за допомогою комп'ютерного томографа. Вивчали наступні показники: коефіцієнти щільностей та товщину різних ділянок коміркових відростків верхньої та нижньої щелеп. Визначено зменшення щільності міжзубних перетинок фронтальних ділянок коміркових відростків щелеп, а також, встановлено, що паспортний вік хворих і вік за зубною формулою не відповідають кістковому віку досліджуваних.

Секція «КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА»

ВІТІЛІГО: СУЧАСНІ МЕТОДИ ТЕРАПІЇ

Авраменко М.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Вітіліго – хронічне захворювання шкіри, що характеризується появою де пігментованих плям і локалізується на гладкій шкірі, її похідних (волосі) та на слизових оболонках. Дерматоз не має расової, гендерної специфіки та вражає представників різних соціальних верств суспільства. Поширеність вітіліго становить 0,1–2% від загальної чисельності населення. Сімейний характер захворювання реєструється в 30% випадків. Як правило, дебют захворювання відзначається в віці до 20 років. У даний час для лікування вітіліго застосовується широкий спектр терапевтичних методик: від топічних глюкокортикостероїдів до психотерапії. Безперечним лідером серед медикаментозних методів є застосування топічних глюкокортикостероїдів (ТГКС). Вони ефективні як монотерапії, так і в поєднанні з фототерапією для лікування обмежених форм вітіліго, що локалізуються екстрафаціально. Однак ТГКС мають побічні ефекти. Альтернативною схемою лікування є використання топічних інгібіторів кальциневрину (ТІК): такролімус. Механізм дії ТІК заснований на активації та стимуляції дозрівання Т-лімфоцитів, інгібування цитокінів (ФНП- α та ін), посилення міграції та диференціювання меланоцитів. Згідно з дослідженнями фототерапія володіє протизапальною та імуномодуючою дією, що дозволяє помітно уповільнити розподіл уражених клітин.

Мета: оцінка ефективності зменшення клінічних проявів при фототерапії в поєднанні з топічними інгібіторами кальциневрину в лікуванні пацієнтів з вітіліго.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 48 (28 чоловіків та 20 жінок віком від 23 до 55 років) хворих на вітіліго, які отримували топічний інгібітор кальциневрину впродовж 7 днів до початку фототерапії та весь цикл лікування, а також випромінювання спектру В (УФВ 311нм). Початкові дози встановлювались з

урахуванням фототипу шкіри. Стандартний курс лікування складав від 15-20 сеансів, 3 рази на тиждень.

Результати. На тлі проведеного лікування фототерапією в поєднанні з ТІК майже повністю зникли прояви у 42(87,5%) пацієнтів. Ще у 11(22,9%) осіб вони зменшилися за розміром, змінився колір плями і став менш помітним, що естетично більш біло приємно для пацієнтів. У 4 хворих (8,3%) після 3-4 процедур з'явилась незначна еритема та свербіж, які зникли через 24 години.

Таким чином, використавши на практиці фототерапію в поєднанні з ТІК в лікування вітіліго, розвиток хвороби можна зупинити та знизити показники ураження. Нам вдалося досягти суттєвого поліпшення об'єктивних клінічних показників, а також покращити якість життя хворих.

РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ У ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Артюх В.

Науковий керівник: проф. Герасименко Л.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

За оцінками ООН, щонайменше 11,7 мільйонів людей вимушені покинути свої домівки через військові дії на території України, з яких 5,5 мільйона знайшли прихисток в інших державах, а 6,2 мільйона людей змушені переїхали в регіони в середині країни. Внутрішньо переміщеною особою є особа (ВПО), яку змусили залишити своє місце проживання у результаті негативних наслідків збройного конфлікту, тимчасової окупації, проявів насильства, порушень прав людини та надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру. Вимушена міграція за межі своєї країни є характеристикою біженців. Причинами дистресу, що призводять до розвитку порушень адаптації, є зміна звичного середовища: незвичні умови життя, переміщення як всередині країни, так і переїзд до іншої держави, зміна мовного середовища та як наслідок бар'єр під час спілкування, зміна культурних та релігійних традицій.

Мета дослідження - оцінити ефективність препарату анксиомедин у переміщених осіб з розладам адаптації (РА).

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний (шкала діагностики психосоціальної дезадаптації за Герасименко Л.О., Скрипніковим А.М.) та статистичний.

За результатом проведеного дослідження обстежено 47 переміщених осіб, які були як ВПО, так і біженцями. Всім пацієнтам встановлено діагноз – розлад адаптації (6В43) за МКХ-11. До дослідження залучено як жінок, так і чоловіків у віці від 26 до 44 років, які розподілені на 2 групи: перша група пацієнтів (28 осіб) приймала препарат анксіомедин у дозі 125 мг 2-3 рази на добу після їжі протягом місяця та друга – контрольна група, 19 пацієнтів з РА, але без застосування фармакотерапії. Пацієнтам обох груп надано першу психологічну допомогу, проведено психотерапевтичні інтервенції у вигляді раціональної психотерапії.

Встановлено, що перша група пацієнтів мала значне покращення психічного стану (79%) за рахунок зменшення тривоги, страху, внутрішнього емоційного напруження та драгівливості. Дана група відзначала покращення концентрації уваги та зростання працездатності у 64 % випадків, а покращення загального самопочуття – 72%.

Висновок. Препарат анксіомедин у дозі 125 мг 2-3 рази на добу рекомендовано у переміщених осіб з розладам адаптації.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУЮЧИХ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ D-МАНОЗИ

Борківець Д.

Науковий керівник: ас. Іващенко Д.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: провідникова анестезія має ряд переваг як перед іншими методами регіонарної анестезії, так і перед загальною анестезією. Основним методом регіонарної анестезії при операціях на верхній кінцівці є блокада плечового сплетення. Подовження тривалості блокади дозволяє краще керувати якістю інтраопераційного та післяопераційного знеболення. Велика кількість запропонованих способів подовження блокади свідчить про відсутність оптимального методу.

Мета: підвищити ефективність анестезіологічного забезпечення операцій на верхній кінцівці в травматології та ортопедії на шляхом

вивчення динамічних характеристик регіонарного блоку та післяопераційного болювого синдрому при використанні різних анестетиків та ад'ювантів.

Методи дослідження: часові характеристики та бальні шкали сенсорного і моторного блоку, шкала ВАШ, загальноклінічні, статистичні.

На базі травматологічного відділення КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» обстежено 18 хворих, яким проводилася регіонарна провідникова анестезія плечового сплетення надключичним доступом з УЗ візуалізацією. Група 1 – контрольна – лідокаїн 1% 40 мл (6 хворих); група 2 - бупівакаїн 0,25% - 40 мл (6 хворих); група 3 – лідокаїн 1% - 40 мл + клофелін 0,01%-2 мл (6 хворих).

Результати: тривалість регіонарного блоку бупівакаїном ($p < 0,002$) достовірно більша від лідокаїну ($p < 0,0009$) та комбінації лідокаїну і клофеліну ($p < 0,0005$). Усі варіанти використаної регіонарної анестезії забезпечували достатній рівень сенсорного і моторного блоку протягом оперативного втручання ($p > 0,20$). В післяопераційному періоді найтриваліший безбольовий період продемонстрував бупівакаїн ($p < 0,000001$), в той час як лідокаїн з ад'ювантом подовжують час анестезії ($p = 0,000003$). Рівень післяопераційного болю за ВАШ у групі бупівакаїну був достовірно нижчим від групи лідокаїну ($p < 0,001$). Водночас, використання лідокаїну з ад'ювантом зменшувало післяопераційний біль у порівнянні із використанням самого бупівакаїну ($p < 0,04$).

Висновок: при порівняльному аналізі різних варіантів регіонарної анестезії отримані дані динаміки блоку і післяопераційного болю свідчать на користь використання пролонгованої регіонарної анестезії на основі місцевого анестетику тривалої дії бупівакаїну або пролонгації ефективності анестезії шляхом багатоконпонентного впливу на біль при використанні лідокаїну у поєднанні із ад'ювантом – клофеліном.

ОСТЕОАРТРИТ У ПАЦІЄНТА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ: ОЦІНКА ВПЛИВУ РОЗУВАСТАТИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ

Бороденко М., Бороденко Ю., Пістек Н., Григоренко А., Кірілова О., Переяславець Н.

Науковий керівник: доц. Ткаченко М.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Проблема остеоартриту (ОА) останнім часом набула особливого значення та актуальності, що зумовлено значною поширеністю захворювання, швидким розвитком функціональних порушень та інвалідизацією осіб різного віку. Серед ревматичних захворювань ОА посідає перше місце у світі, а в країнах Європи – друге після ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних захворювань. За даними деяких авторів, артрози різної локалізації мають неоднаковий генез. Біомеханічна теорія зводить роль ожиріння в патогенезі ОА до хронічного перенавантаження суглобів унаслідок надмірної маси тіла. Характер порушень метаболізму при хронічному перевантаженні ліпідами й ожирінні визначається не тільки зростанням вмісту ліпідів у крові внаслідок їх надмірного надходження в організм, але й комплексом активних реакцій метаболічної природи, серед яких провідна роль належить інсулінорезистентності (ІР). Надлишкове надходження ліпідів із подальшим розвитком ожиріння та ІР супроводжується глобальними змінами гомеостазу з порушенням метаболізму ліпідів, вуглеводів, розвитком дисліпідемії та гіперглікемії, дисфункції ендотелію з ремоделюванням судинної стінки й активації в ній запалення.

Мета дослідження – оцінка впливу розувастатину на показники інсулінорезистентності у хворих на остеоартрит з метаболічним синдромом (МС).

Під спостереженням знаходилось 36 хворих з остеоартритом у поєднанні з МС (рівень глюкози в крові < 7 ммоль/л), яким разом з патогенетичною терапією призначали розувастатин у дозі 10 мг протягом 6 місяців. Контрольну групи склали 22 особи з проявами остеоартриту з МС, які отримали патогенетичну терапію, що включала хондропротектори, нестероїдні протизапальні засоби, фізіотерапію. Діагноз ОА встановлювали за діагностичними критеріями (Коваленко В.М., Шуба Н.М., 2004), МС – у відповідності до рекомендацій IDF (2005). Клінічне обстеження опорно-рухового апарату включало визначення показників візуально-аналогової шкали (ВАШ), індексів Lequesne та

WOMAC. Для оцінки ІР визначали вміст лептину, С-пептиду та індексу НОМА2%.

Через 6 місяців лікування встановлена достатня клінічна ефективність базисної патогенетичної терапії, що підтверджується вірогідним зменшенням індексу ВАШ у 1,6 рази, Lequesne та WOMAC у 1,5 рази відповідно ($p < 0,05$). Подібна динаміка встановлена в ІІ групі хворих, яким додатково призначався розувастатин, у яких показники ВАШ були у 2,6 рази нижчими, індексу Lequesne у 1,6 рази, WOMAC у 1,8 рази ($p < 0,05$).

За результатами дослідження визначено, що у хворих на МС з наявністю ОА на тлі прийому розувастатину встановлено зниження концентрації лептину у 1,5 рази ($p < 0,05$). У хворих І групи через 6 місяців спостереження вірогідно були нижчими показники вмісту С-пептиду у 1,3 рази порівняно з контрольною групою, що мало позитивний вплив при визначенні ступеня ІР ($p < 0,05$). Так, у хворих цієї групи показник НОМА%B зріс у 1,3 рази на фоні зростання НОМА2%S у 1,5 рази і відповідно зниження НОМА2 IR у 1,8 рази ($p < 0,05$). У хворих, які отримували традиційну патогенетичну терапію відзначалась тенденція до погіршення показників ІР.

Була встановлена позитивна динаміка суглобових індексів у хворих, яким додатково призначався розувастатин, що визначалось зменшенням показників ВАШ у 1,4 рази, індексу Lequesne у 1,7 рази, WOMAC у 1,9 рази ніж у хворих, які отримували патогенетичну терапію ($p < 0,05$).

Аналіз розвитку побічних ефектів комплексної терапії виявив, що серед хворих ІІ групи, які отримували розувастатин, у 3 спостерігалось зростання активності АЛТ та АСТ більше, ніж у 3 рази, у зв'язку була зменшена доза розувастатину та призначена гепатопротекторна терапія.

Таким чином, призначення розувастатину на фоні базисної терапії сприяє вірогідному пригніченню показників інсулінорезистентності, що обумовлено плейотропними ефектами статину, клінічним еквівалентом чого є зменшення симптомів остеоартриту.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПІРОКТОНУ ОЛАМІНУ ІЗ НІАЦИНАМІДОМ ТА САЛІЦИЛОВОЮ КИСЛОТОЮ У ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ХВОРИХ НА СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ

Брикса Д.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Себорейний дерматит (СД) – хронічне захворювання шкіри, що супроводжується підвищеною продукцією шкірного сала, запаленням і лущенням на шкірі в зонах з великим вмістом сальних залоз. СД – одне з найпоширеніших захворювань, на яке страждають до 16% населення, виникає в перші тижні життя, надалі часто загострюється в підлітковий і юнацький періоди, стаючи хронічним. На косметологічному ринку з'явився шампунь – скраб для глибокого очищення шкіри голови та волосся проти стійкої лупи та надлишку себуму.

Метою нашої роботи була оцінка ефективності та безпечності місцевого застосування шампунь – скрабу у лікуванні та профілактиці хворих на себорейний дерматит.

Матеріали та методи. Обстежено 32 хворих віком від 21 до 42 років з діагнозом себорейний дерматит. Всім хворим призначено зовнішнє лікування у вигляді шампунь – скрабу піроктоно оламіну із ніацинамідом та саліциловою кислотою (VICHY DERCOS MICROPEEL SHAMPOO). Шампунь наносили на вологу шкіру голови та волосся, спінували масажними рухами, залишали на 2 хвилини, а потім змивали водою. Використовувати 2-3 рази на тиждень. Тривалість лікування становила 4 тижні. Результати оцінювалися на 2, 7, 21 день лікування. Далі шампунь призначався з метою профілактики 1-2 рази на два тижні протягом 3 місяців.

Всі 32 хворих практично одразу після початку лікування (на 2 день) відзначали значне зменшення свербіжжя. На 7 день значне зменшення лущення спостерігалось у 28(87,5%), поширення патологічного процесу зупинилося у 31(96,9%) хворих. На 21 день всі явища зникли, шкіра голови чиста, волосся м'яке. Спостерігалася хороша переносимість препарату, побічних ефектів не відзначалося. Через 6 місяців лущення та запалення не відновлювалось.

Застосування шампунь – скрабу з піроктоно оламіну із ніацинамідом та саліциловою кислотою (VICHY DERCOS MICROPEEL SHAMPOO) у лікуванні та профілактиці хворих на себорейний дерма-

тит виявилося ефективним та безпечним і може бути застосований для боротьби з видимою лупою та лущенням шкіри голови.

БЛИСКАВИЧНИЙ ПЕРЕБІГ СИНДРОМУ ГІЕНА-БАРРЕ У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Булишева Н., Шкодiна А., Юценко Я., Таран В., Рябенко А.

Науковий керівник: доц. Саник О.

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Повiдомляється про численнi ускладнення з боку нервової системи у постковiдному перiодi, серед яких i синдром Гiєна-Барре (СГБ). Останнi дослідження свiдчать, що СГБ пiсля COVID-19 був бiльш важким, однак його клiнiчнi особливостi залишаються недостатньо описаними.

Мета – продемонструвати особливостi клiнiчного перебiгу синдрому Гiєна-Барре у постковiдному перiодi.

Матерiали та методи. Нами було обстежено чоловіка 61 року, що надiйшов до неврологічного вiддiлення Комунального пiдприємства «1-а мiська клiнiчна лiкарня Полтавської мiської ради», якому проведено клiнiчний огляд, оцiнку неврологічного статусу та даних лабораторно-iнструментальних досліджень, аналіз iсторiї хвороби.

Результати. Пацiєнт надiйшов зi скаргами на прогресуючу рухову слабкiсть та втрату чутливостi кiнцiвок протягом доби. Хворiв на COVID-19, пiдтверджений ПЛР-тестом, та отримував симптоматичне лiкування i кортикостероїди. Через 2 тижнi раптово з'явилася слабкiсть у нижнiх кiнцiвках, яка почала наростати, порушилося ковтання. Увечерi хворий вiдчув слабкiсть i онiміння стоп. Вранцi вiдчуття слабкостi поширилося до колiн, а потiм на стегна. Через 15 годин хворий не мiг рухати усiма кiнцiвками i вказував на вiдсутнiсть у них чутливостi. При госпiталiзацiї стан хворого дуже важкий. Пацiєнт у свiдомостi, вiдповiдає на запитання, частково виконує iнструкцiї. Глотковий рефлекс рiзко знижений, рефлекс з м'якого пiднебiння вiдсутнiй. Дисфагiя, дизартрiя, дисфонiя. Сила у верхнiх та нижнiх кiнцiвках склала 0 балiв. Патологiчних рефлексiв немає. Вiдсутнi сухожилнi та перiостальнi рефлексив з верхнiх i нижнiх кiнцiвок. Розлади чутливостi за полiневритичним типом, переважно в дистальних вiддiлах. За даними лабораторних досліджень виявлено неспецифiчнi ознаки запальної реакцiї. Встановлено дiагноз: СГБ, варiант висхiдного паралiчу Ландрi. Хворий

переведений у відділення інтенсивної терапії. Пацієнт отримував 2-денний курс лікування внутрішньовенним імуноглобуліном. Незважаючи на лікування, стан прогресивно погіршувався. Після цього розпочали 3-денний курс плазмаферезу. Наростання дихальної недостатності відбувалося при збереженні ясної свідомості хворого. Після 9 днів лікування констатовано клінічну смерть. Патологоанатомічний огляд не проводився за рішенням родичів.

Висновки. Синдром Гієна-Барре, що виникає у постковідному періоді може мати блискавичний перебіг і низьку чутливість до лікування, що вимагає від лікаря негайних дій щодо вибору тактики ведення пацієнта та персоналізованого підходу. Враховуючи високоартісність імунобіологічних препаратів, доцільно розглядати проведення мембранного плазмаферезу у якості першої лінії терапії у перші дні появи симптомів захворювання.

ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*Бурмінова Н., Вітко В., Івченко І., Момоход С., Чала Ю.,
Петриченко А.*

Науковий керівник: доц. Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Добовий профіль артеріального тиску у хворих с артеріальною гіпертензією.

Мета: оцінка взаємозв'язку добового профілю артеріального тиску та параметрів якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію.

Методи: в дослідженні взяли участь 122 хворих (68 чоловіків та 54 жінок) віком від 24 до 70 років, середній вік – (54.1±2.8) роки. Контрольну групу склали 37 здорових людей аналогічного віку та статі. Для оцінки якості життя використовували опитувальник "SF-36 Health Status Survey". Кількісно оцінювали показники: фізичне функціонування (PF); рольове функціонування (RP); інтенсивність болю (BP); загальний стан здоров'я (GH); життєва активність (VT); соціальне функціонування (SF); емоційний стан (RE); психічне здоров'я (MH).

Результати: За ступенем нічного зниження (СНЗ) АТ, хворі розподілені на дві групи: I група (n = 51) – неадекватна СНЗ АТ, з них < 10% – з підвищенням нічного АТ, («нічна» гіпертензія); II група – 71 хворих, у яких нормальне нічне зниження АТ, (10-20%). Денні показ-

ники групи достовірно не розрізнялися за винятком рівня денного АТ. Відмічені відмінності у показниках ранкового підвищення АТ як систолічного, так і діастолічного, і варіабельності АТ в активний період.

У хворих на АТ відзначено погіршення показників GH. Суттєвими виявилися зміни за шкалами RE, MH; меншими – за BP, GH, SF. Показники якості життя за шкалами PF, PR, VT змінювалися в меншій мірі.

У хворих I групи більш інтенсивним був больовий синдром у порівнянні II групою. Загалом фізичне функціонування у хворих I групи зниженим порівняно з II групою на 6,21%. Зменшення ступеня зниження нічного АТ, відмічене у 41,4% хворих на артеріальну гіпертензію II стадії, що супроводжується комплексом змін показників добового моніторування АТ, який характеризується підвищенням значення середніх величин АТ і істотним збільшенням ранкового підвищення АТ.

Висновок: артеріальна гіпертензія погіршує показники якості життя хворих. Найбільш вираженими є зміни шкал, пов'язаних з впливом емоційного стану на рольове функціонування та психічним здоров'ям і, як наслідок, – погіршенням соціального функціонування.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАТРІО АДЕНОЗИНТРИФОСФАТУ ТА ВЕРАПАМІЛУ В ЛІКУВАННІ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ РЕЦИПРОКНОЇ ТАХІКАРДІЇ

Василів І., Дорошенко К.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: за даними різних досліджень частота пароксизмальної реципрокної тахікардії (ПРТ) складає 3,5-6,5 % від загальної кількості обстежених пацієнтів кардіологічних відділень. Збільшення частоти тахікардій з віком спостерігалось в переважній більшості досліджень. Причиною є виникнення ектопічного вогнища електричних імпульсів в атріовентрикулярному вузлі (АВ-вузлі) та зворотне поширення збудження по передсердях. Основними препаратами для лікування ПРТ на сьогодні є аденозинтрифосфат (АТФ) та антагоніст кальцієвих каналів – верапаміл. Основний ефект АТФ пов'язаний з індукцією мінущої атріовентрикулярної блокади (АВ-блокади), що ліквідує підвищену електричну активність АВ-вузла. Крім того елект-

рофізіології ефекти АТФ в деякій мірі реалізуються й на рівні передсердь. Верапаміл блокує трансмембранний потік іонів кальцію у клітини серця, як наслідок затримується проведення імпульсу в атріовентрикулярному вузлі та відновлюється синусовий ритм.

Мета дослідження: порівняти ефективність та частоту виникнення побічних ефектів при застосуванні АТФ та верапамілу в терапії ПРТ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі кардіологічного стаціонару КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського ПОР». В дослідженні взяли участь 40 пацієнтів, яких поділили на дві групи по 20 чоловік. В I групі застосовували АТФ – 10 мг внутрішньовенно протягом 3 секунд під час тривалої ПРТ, якщо ефекту не спостерігали – вводили ще один болюс АТФ 10 мг, в II групі – верапаміл 5 мг внутрішньовенно протягом 15 секунд, в разі неефективності, додаткове введення 5 мг верапамілу.

Результати дослідження: в I групі пацієнтів доза 10 мг АТФ припинила ПРТ у 85% пацієнтів, а 20 мг АТФ була потрібна для припинення ПРТ ще у 15% пацієнтів. В II групі пацієнтів доза 5 мг верапамілу припинила ПРТ у 75% пацієнтів, тоді як додатковий болюс 5 мг верапамілу потребували ще 5% пацієнтів. У 20% пацієнтів ПРТ не припинилась після введення верапамілу. Середній час припинення ПРТ в групі АТФ склав 24,6 секунди. В групі верапамілу цей показник склав 51,2 секунди. Загальна частота транзиторної АВ-блокади другого ступеня та надшлуночкових і шлуночкових аритмій, які клінічно проявлялися відчуттям дискомфорту в ділянці серця, запамороченням, загальною слабкістю в групі з АТФ склала 85%, тоді як в групі верапамілу цей показник склав 31%.

Висновки: застосування АТФ для лікування ПРТ є ефективніше, в порівнянні з верапамілом, через більший відсоток припинення нападів та швидкість настання ефекту. Проте АТФ призводить до більшої частоти серцевих побічних ефектів, ніж верапаміл.

ПСИХІЧНІ ЕПІДЕМІЇ ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ КОЛЕКТИВНОГО БЕЗСВІДОМОГО

Веклюк В.

Науковий керівник: проф. Животовська Л.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Історія має велику кількість прикладів, коли одна людина була здатна впливати на іншу, на її рішення, емоційний стан, віру, світогляд тощо. В повсякденній мові ми називаємо цей процес навіюванням або переконанням, в психіатричній термінології - індукцією. Індукувати можна будь-що, як «заразливий» сміх, так і зорові галюцинації. У МКХ-10 такий стан займає окреме місце в рубриці «шизофренічних захворювань» та має назву «Індукований маячний розлад». Головною умовою явища індукції є наявність сильної домінуючої особи (індуктора), яка спроможна впливати на іншу особу, схильну до переконання (реципієнта). Якщо реципієнтів багато, мова буде йти про масові психози або, інакше кажучи, психічні епідемії. В даній роботі розглянемо процес індукції у його найбільш глобальних проявах.

Метою дослідження було висвітлити такий соціальний феномен як психічна епідемія, розглянути його прояви на прикладах з історії та культури.

Для досягнення поставленої мети нами проведено історико-аналітичний та бібліографічний методи дослідження. Об'єктом дослідження були історичні події, починаючи від середньовіччя та закінчуючи сьогоденням, що були задокументовані в різних джерелах.

Важливою складовою індукції є тісний зв'язок реципієнта з індуктором явища. Необхідно відзначити, що створення такого зв'язку не завжди передбачає особистий контакт або навіть знайомство, важливим є авторитет індуктора в очах реципієнта. Не останню роль відіграють і особисті якості реципієнта. Так, наприклад, людина з конформним типом особистості здатна підлаштовуватись під оточення, в якому вона знаходиться. Психічні епідемії вражають такий суб'єкт масових форм колективної безсвідомої поведінки, як натовп. Натовпом називають тимчасове об'єднання великої кількості людей, що не мають у більшості прямих контактів між собою, але пов'язаних будь-яким загальним інтересом та майже подібно реагують на певні стимули.

Значущим в натовпі є такий феномен, як деіндивідуалізація. Результатом деіндивідуалізації є дії, які за інших обставин контролюються «свідомим», проте в натовпі можуть проявлятися деструкти-

вно у вигляді групового вандалізму, вуличних заворушень, лінчування тощо. Тобто, у масових психозах велику роль відіграють неусвідомлені процеси. «В надрах натовпу придушення несвідомих тенденцій зменшується. Моральні заборони зникають, панують інстинкт і емоційність. Людина-маса, діє як автомат, позбавлений власної волі. Він опускається на кілька ступенів вниз по сходах цивілізації» (С. Московічі «Век толп», 1996). Будь-яке уявлення, яке стає предметом сконцентрованої уваги натовпу (ядро ідеології), заповнює весь свідомий простір кожного конкретного індивіда та паралізує будь-які критичні здібності. Це призводить до жакхливих наслідків у вигляді психічних епідемій, що можуть виникати в найрізноманітніших формах.

У 1518 році людей в м. Стразбург захопила "Танцювальна чума". Все почалось з того, що одна жінка, вийшла на вулицю і почала беззупинно танцювати. За тиждень до неї приєдналось близько сорока осіб, а ще за місяць близько чотирьохсот. Ця подія набула характер епідемії з чисельними летальними випадками. Редукувати епідемію допомогли по-перше, заборона танців; по-друге, індукція вже іншого роду - релігійні ритуали.

У 1692 році людей охопила жага до полювання на відьом, після того як вперше було вказано домінантами на потенційну відьму (насправді, на жінку іншої національності). Ця подія набула такого абсурду, що за відьом почали вважати добросовісних прихожан церкви. Було вбито близько тридцяти людей, переважно жінок.

У 1955 році Джим Джонс заснував свою церкву «Храм народів». Він називав себе «реінкарнацією Ісуса, Буди та Леніна», а сам почав пророкувати ядерні катастрофи. В 70-х роках деякі з його прихильників побудували невелике містечко, яке назвали на його честь – Джонстаун (США). В 78-му році Джонс зробив помилку і знайшов вихід тільки в самогубстві. З собою він вирішив забрати всю свою громаду. Своєю проповіддю він індукував більшість людей на самогубство. Загинуло 918 осіб, серед них 276 дітей.

На теренах України в 1990 році діяла релігійна організація "Біле братство". Фабула їх ідеології будувалась навколо кінця світу та порятунку у вигляді їх доктрини. В 1993 році двадцять п'ять членів секти, в тому числі і її лідери, прокралися в Софіївський собор, аби вчинити масове самогубство. Цьому успішно протидіяли правоохоронні органи. Організація в даний час вважається екстремістською.

У 1997 році в Японії виникла істерія навколо нової серії найпопулярнішого на той час аніме «Покемони». На телебаченні вийшла серія, яка мала в собі кадри з яскравими спалахами, що спровокували

напади епілепсії у сотень глядачів. Серед дітей з неймовірною швидкістю поширилась уявлення про те що, начебто «подивившись цю серію, починається напад судом». За два дні до лікарень поступило тринадцять тисяч людей з нападами псевдоепілепсії. В 2020 році весь світ охопила не тільки пандемія COVID-19, а й психічна пандемія паніки та теорій заговору. У 2022 році країна-агресор продемонструвала, що хибні переконання можуть індукуватись на всю країну.

Таким чином, наведені історичні приклади демонструють актуальність, масштабність та кардинальність психічних епідемій у різні часи в різних регіонах. У певному сенсі зміст епідемій відзеркалює дух свого часу з усіма його культурними, соціальними та геополітичними складовими. Попередити поширення індукування можливо через розвиток власного критичного мислення, резильєнтності та самовдосконалення.

ДИНАМІКА СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ В АСПЕКТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ БІОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧИМИ ЗАСОБАМИ

Величко О., Савченко А., Чернецька Ю., Крутько Е., Зінов'єва А.

Науковий керівник: доц. Волченко Г.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Якість життя пацієнтів з ревматоїдним артритом (РА), псоріатичним артритом (ПсА), а також анкілозуючим спондилоартритом (АС), значною мірою пов'язана із контролем суглобового синдрому (СС), а тому, є важливим орієнтиром та кінцевою точкою якості терапії. Виразність ексудативного компоненту артриту, інші аспекти цієї групи хвороб (втомлюваність, позасуглобові прояви, ускладнення лікування і власне самого захворювання) обумовлюють вкрай погану якість життя, незважаючи на клінічну ефективність традиційної базисної терапії синтетичними засобами.

Метою роботи була оцінка впливу на якість життя пацієнтів із важким СС, додавання до стандартної терапії голімумабу (інгібітор фактору некрозу пухлини) у стандартному режимі дозування.

Було здійснено аналіз медичної документації 44 пацієнтів із СС на фоні РА, ПсА і АС, які через недостатню ефективність стандартних засобів, отримували додатково голімумаб. Оцінка якості життя

здійснювалася за допомогою спеціалізованих опитувальників на початку і через 6 місяців.

Опитувальники	На початку лікування, М (SD)	Через 6 місяців лікування, М (SD)	t-критерій для пов'язаних вибірок
HAQ II	2.1 (0.6)	1.0 (0.7)	p<0.05
SF-36 Функціональний стан	29.5 (20.4)	66.3 (24.1)	p<0.05
Обмеження через фізичний стан	15.4 (29.4)	51.1 (31.6)	p<0.05
Біль	30.6 (21.6)	57.0 (27.9)	p<0.05
Загальна оцінка здоров'я	39.7 (18.2)	65.5 (19.0)	p<0.05
Соціальна адаптованість	43.6 (25.1)	65.2 (24.3)	p<0.05
Життєдіяльність	48.3 (23.5)	60.3 (20.8)	p>0.05
Обмеження через емоційний стан	29.1 (30.9)	57.3 (43.0)	p<0.05
Психічне здоров'я	45.8 (23.0)	66.9 (24.3)	p<0.05

Стандартизовані опитувальники дозволяють у числовому еквіваленті відобразити ступінь невідповідності поточної суб'єктивної оцінки деяких параметрів якості життя уявленню пацієнта про «ідеальний стан» за умови гіпотетичної відсутності захворювання. Незважаючи на тривале застосування (не менше 3 років) синтетичних засобів традиційної базисної терапії, лікування белімуабом, через 6 місяців супроводжувалося значним, іноді драматичним, покращенням якості життя та функціонального стану переважної більшості пацієнтів.

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ STEMI НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Войнаш В., Бреславець А., Запара Ю., Місяйло О., Кордельська А.

Науковий керівник: доц. Настрога Т., ас. Ткач Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Консультативний телеметричний відділ є структурним підрозділом КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради», функціонує цілодобово й дає змогу приймати ЕКГ від виїзних бригад незалежно від місця їх знаходження.

Мета: провести аналіз роботи консультативного телеметричного відділу КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ПОР» за 2019-2021 роки.

Матеріали і методи: проведений ретроспективний аналіз 650 карт виїзду бригад КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф ПОР» (Ф №110/0) та супровідних листів (Ф №114/0) за 2019-2021 рр. пацієнтів на гострий коронарний синдром (ГКС) з елевацією сегмента ST (зі STEMI), яким проводилася реперфузійна терапія.

Результати: виклики до кардіологічних хворих до 2013 р., у більшості випадків обслуговували фахівці спеціалізованих кардіологічних бригад. А з 2013 р., завдяки більш широкому та активному використанню консультативної можливості фахівців дистанційного консультативного центру (ДКЦ), значну частину викликів до кардіологічних хворих обслуговували загальнолікарські та фельдшерські бригади. Бригадами ЕМД пацієнти зі STEMI, відповідно до Наказу МОЗ України №1936 від 14 вересня 2021 року та затвердженого клінічного маршруту, госпіталізуються у відділення інтервенційної радіології (ВІР) КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» та КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради». Завдяки консультації лікарів ДКЦ, час «перший медичний контакт (ПМК) – балон» скоротився вдвічі і, в середньому, складає 54 хв. Кількість консультацій лікарями ДКЦ постійно збільшується, так у 2019 р. проведено аналіз 23286 ЕКГ, у 2020 р. – 27420 ЕКГ, у 2021 р. – 31694 ЕКГ.

Висновки: таким чином, цілодобова робота ДКЦ сприяє своєчасній ранній діагностиці ГКС, зменшує час маршрутизації пацієнта.

ЕФЕКТИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОПРАНОЛОЛУ В ЛІКУВАННІ ІНФАНТИЛЬНИХ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ

Габона А.

Науковий керівник: доц. Гриценко Є.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: Інфантильна гемангіома – найчастіша пухлина періоду раннього дитинства, що зустрічається у 4-10% немовлят і складає до 50% всіх пухлин дитячого віку. Можливість бурхливого росту пухлини протягом перших місяців життя, формування грубого косметичного дефекту обумовлює актуальність проблеми. Найтипівішими місцями локалізації гемангіом є голова та шия, що обмежує можливості хірургічного лікування. У 2008 р. були опубліковані перші результати застосування пропранололу в лікуванні гемангіом у дітей раннього віку.

Мета дослідження – визначення ефективності використання пропранололу в лікуванні інфантильних гемангіом у дітей.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування інфантильних гемангіом у 22 пацієнтів (15 дівчаток, 7 хлопчика) з гемангіомами різної величини, кількості і локалізації у віці до 1 року. Усі випадки мали місце гемангіоми складної анатомічної локалізації – ділянка обличчя (в тому числі білявушна ділянка, повіки, губи, ніс), ділянка молочної залози, статеві органи. У 3 дітей лікування проводилося у випадках гемангіом, що були ускладнені виразкуванням. В усіх випадках дітям призначався неселективний β -адреноблокатор – пропранолол. Системна терапія пропранололом проводилася з розрахунку 1 мг/кг /добу в три прийоми з підвищенням дози через кожні два дні на 1 мг/добу (до максимального значення 3 мг/кг/добу) в умовах стаціонару з постійним контролем показників гемодинаміки.

Результати. У всіх пацієнтів отримано позитивний клінічний ефект у вигляді затримки росту пухлини, подальшого зменшення її у розмірах до практично повного зникнення. У переважної більшості пацієнтів вже з перших днів лікування спостерігали позитивну динаміку у вигляді зміни інтенсивності забарвлення (збліднення) пухлини,

зменшення її об'єму та щільності. Лікування повністю завершено у 17 (77,2%) пацієнтів, тривалість лікування – 2-8 місяців. Побічних ефектів у вигляді порушень функцій серцево-судинної системи чи показників глікемії не спостерігалось.

Висновок. Оцінка ефективності лікування пропранололом при ранньому початку лікування вказує на його високу здатність викликати регресію гемангіом при відсутності виражених побічних явищ та ускладнень.

ОСОБЛИВОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ З ПОМІРНИМИ ПРОЯВАМИ

Гавриленко Т., Клименко О., Стрельнікова О., Гончаренко А.

Науковий керівник: проф. Ліхачов В.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Преєклампсія характеризується виникненням дефіциту об'єму циркулюючої крові, генералізованою вазоконстрикцією та гіпоперфузією життєво важливих органів, в тому числі плаценти, що проявляється порушеннями матково-плацентарно-плодового кровотоку. Тому вагітні з преєклампсією відносяться до групи високого ризику розвитку плацентарної недостатності.

Мета дослідження. Визначити конкретні прояви порушень фетоплацентарної гемодинаміки у вагітних з преєклампсією з помірними проявами.

Матеріали і методи дослідження. Були використані методи, які дозволили отримати дані про матково-плацентарно-плодовий кровообіг у 11 здорових вагітних і 38 вагітних із преєклампсією з помірними проявами в III триместрі вагітності. Визначення стану кровотоку в фетоплацентарній системі було проведено шляхом доплерометрії маткових і пуповинних судин та середньої мозкової артерії плодів.

Отримані результати. У групі вагітних з преєклампсією виявлено помірне зменшення інтенсивності матково-плацентарного кровотоку, про що свідчить збільшення індексів судинного опору в маткових артеріях, а саме: систоло-діастолічне відношення (СДВ) з $1,77 \pm 0,12$ у здорових вагітних підвищувалось до $2,56 \pm 0,19$ у вагітних з преєклампсією ($p < 0,02$). Індекс резистентності (ІР) та пульсаційний індекс (ПІ) зростали з $0,61 \pm 0,09$ та $0,67 \pm 0,10$ у здорових вагітних до

0,81±0,11 та 0,90±0,13 у вагітних з преєклампсією відповідно (розбіжності достовірні).

Зростали і величини індексів судинного опору в артеріях пуповини плодів у вагітних з преєклампсією. Так, СДВ виросло до 3,11±0,21; ІР – до 1,06±0,09; ІІ – до 1,15±0,12 (у здорових вагітних ці показники становили 2,40±0,16, 0,63±0,08 та 0,84 ± 0,10 відповідно) (розбіжності достовірні).

У середній мозковій артерії плодів у даного контингенту хворих також мало місце зростання показників ІСО (СДВ 4,88±0,22; ІР 0,80±0,09; ІІ 1,43±0,10) порівняно із здоровими вагітними (СДВ 3,80±0,25; ІР 0,63±0,07; ІІ 1,14±0,06).

Висновки. У вагітних з преєклампсією з помірними проявами спостерігається суттєве зниження кровотоку в усіх сегментах фетоплацентарного комплексу (у маткових артеріях, в артеріях пуповини та в середній мозковій артерії плода).

ХАРАКТЕР ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Гакман Є., Шраменко В., Баклан Є.

Наукові керівники: ас. Шиманська Я.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. За 2019 рік в Україні проведено понад 12000 процедур екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), в результаті чого народилося понад 3.5 тисяч дітей. Проте, серед цього контингенту жінок виявлено високу частоту виникнення акушерських ускладнень.

Мета дослідження – вивчити особливості перебігу вагітності та розродження у жінок, які завагітніли в результаті екстракорпорального запліднення.

Методи дослідження. У 18-20+6 тижнів вагітності було виділено дослідну групу (85 осіб). З них 37 вагітних склали підгрупу А, в якій жінки не отримували запропоновану нами схему профілактики виникнення загрози передчасних пологів, а 48 вагітних склали підгрупу В, які з моменту включення в дослідження отримували запропоноване нами профілактичне лікування. Контрольну групу склали 20 практично здорових вагітних, у яких вагітність наступила природнім

шляхом. Розраховували відношення шансів (ВШ) виникнення ускладнень у кожній досліджуваній підгрупі.

Отримані результати. Передчасні пологи в 1,7 рази частіше виникали у вагітних підгрупі А (89,2% випадків) проти 50,0% випадків у підгрупі В (ВШ 8,25 95% ДІ [2,53-26,9] $P < 0,05$). Питома вага передчасних пологів до 34 тижнів вагітності у підгрупі А складала 59,5%, тоді як в підгрупі В – 8,3% (ВШ 16,13 95% ДІ [4,78-54,42] $P < 0,05$).

Передчасний розрив плодових оболонок виникав майже з однаковою частотою в обох досліджуваних підгрупах: А – 38%, В – 33,3% (ВШ 0,474 95% ДІ [0,196-1,143] $P > 0,05$). У 10,8% жінок підгрупи А діагностовано дистрес плода під час вагітності проти 2,1% у жінок підгрупи В (ВШ 5,88 95% [ДІ 0,627-55,1] $P > 0,05$).

Тазове передлежання плода у жінок підгрупи А встановлено у 18,9%, а косе положення плода – у 24,3% випадків. У жінок же підгрупи В дані ускладнення пологів спостерігались в 3,0 та 3,8 рази рідше (сукупне ВШ 5,33 95% ДІ [1,82- 15,62] $P < 0,05$)

Завершення пологів шляхом операції кесарів розтин відбулось у 54% жінок підгрупи А проти 41,7% у підгрупі В (ВШ 1,65 95% ДІ [0,69-3,91] $P > 0,05$). Лише у жінок підгрупи А зафіксовані оперативні втручання в пологах: епізіотомія – у 2,3%; ручне відокремлення плаценти та обстеження стінок матки – у 8,1% випадків.

У 8,9% випадків в підгрупі А перебіг вагітності ускладнився синдромом затримки розвитку плода та передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, хоріонамніоніт діагностовано в 4,7% випадків, передлежання плаценти – у 2,7%, частково щільне прирощення плаценти – у 8,1%. У вагітних підгрупи В вищезазначені ускладнення взагалі не розвинулись.

Висновки. У жінок, що завагітніли в результаті ЕКЗ, і які погодились на проведення превентивного лікування на відміну від осіб, які відмовились від такого лікування, передчасні пологи та інші ускладнення вагітності виникали з меншою частотою.

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ НА РЕЗУЛЬТАТИ СПРОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СИМПТОМИ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Глухова Г., Дяченко В., Карпова А., Опошнян А., Рибалка І., Сидоренко В.

Науковий керівник: доц. Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) при наявності подразнюючих чинників має прогресивний характер. У період пандемії COVID-19 до традиційних факторів розвитку приєднався і фактор тривоги.

Мета: оцінити залежність симптомів та змін в показниках функції зовнішнього дихання (ФЗД) від рівня тривожності у хворих ХОЗЛ.

Методи дослідження: обстежено 36 хворих на ХОЗЛ (чоловіків – 27 (75%), жінок – 9 (25%), середній вік яких склав $62,2 \pm 2,1$ роки, середня тривалість хвороби $13,5 \pm 1,5$ роки. Рівень тривожності оцінювали по методиці діагностики самооцінки Ч.Д. Спілбергера, Ю.Л. Ханіна (2002р.), згідно результатів хворі розділені на дві групи. Симптоми ХОЗЛ оцінювали згідно міжнародної шкали задишки mMRC та тесту оцінки ХОЗЛ (COPD Assessment Test (CAT)). Дослідження ФЗД проводили на апараті «Кардіо+» з спірографічною складовою. Хворі ХОЗЛ COVID-19 не хворіли, на момент обстеження методом ПЦР мали негативний результат.

Основні результати: у 24 (66,7%) хворих ХОЗЛ виявлено високий рівень тривожності (І група), у 10 (27,7%) помірний та у 2 (5,6%) низький рівень (ІІ група – 12 хворих).

Середній бал за шкалою mMRC склав ($2,6 \pm 0,02$) у І групі та ($1,8 \pm 0,07$) у ІІ групі. За шкалою CAT у І групі середній бал – $34 \pm (0,05)$, у ІІ – $27,2 \pm 0,02$ ($p < 0,05$).

Середній бал по тесту CAT співпадає з рівнем тривожності, і збільшення його більше 25 балів потребує заповнення опитувальника Ч.Д. Спілбергера, для корекції лікування.

За результатами спірометрії виявлено змішаний тип порушень ФЗД у 13 осіб (54,2%) І групи та 3 (25%) ІІ групи; обструктивний – по 9 хворих (37,5%) І групи та (75%) ІІ групи, рестриктивний тип діагностовано лише у 2 хворих І групи (8,3%).

У хворих I групи змішані порушення проявлялись в 2 рази частіше, а показник ЖЕЛ вд у I групі склав ($54 \pm 1,3$), у II групі ($69 \pm 1,1$)*, а показник РОВд в I групі ($67 \pm 2,3$) та ($73 \pm 2,0$) у II групі.

Переважаання змішаного типу порушень ФЗД у хворих I групи у порівнянні з II групою свідчить про емоційну складову в проведенні дихальних маневрів (хворі неодноразово виконували спірометрію до пандемії, не мали значного пневмофіброзу та останні 2 роки у них були відсутні інші причини до формування змішаних змін).

Висновки: Діагностика самооцінки за Ч.Д. Спілбергером й Ю.Л. Ханіним за виявленням рівня тривожності доповнює використання тесту САТ в оцінці ХОЗЛ. Високий рівень тривожності сприяє формуванню змішаного типу порушень ФЗД у хворих з ХОЗЛ.

ВАРІАНТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ

Годуадзе Г.

Науковий керівник: доц. Пелипенко О., ас. Гончаров А.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедію
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Велика кількість ускладнень та незадовільних результатів лікування переломів п'яткової кістки зумовлюють доцільність пошуків оптимальних шляхів медичної реабілітації даної категорії хворих. Відсутність появи прогресивних методик консервативного лікування стимулює лікарів ортопедів-травматологів до вдосконалення оперативних, в тому числі малоінвазивних, методик остеосинтезу. Актуальним питанням на сучасному етапі є вибір оперативного доступу, вибір та розташування фіксатору, схеми проведення раннього та віддаленого періоду реабілітації.

Мета роботи. Доповнити аналітичні дані ефективності основних видів оперативного лікування переломів п'яткової кістки з визначенням їх переваг та недоліків.

Матеріали та методи дослідження. Досліджено результати лікування 35 пацієнтів з переломами п'яткової кістки. У 5 з них спостерігалось білатеральне ушкодження. Загальна кількість – 40 переломів. Переважна кількість були чоловіки – 29 (82,6%). Середній вік пацієнтів склав 44.6 роки. Усім постраждалим виконувалось КТ-дослідження. Пацієнти були поділені на 3 клінічні групи в залежності від застосованої методики остеосинтезу: I група (15 переломів) – за-

крита репозиція та малоінвазивна фіксація за допомогою канюльованих стягуючих гвинтів; II група (18 переломів) – відкрита репозиція та фіксація пластиною з гвинтами; III група (7 переломів) – репозиція та фіксація за технікою МІРО/(малоінвазивний остеосинтез пластиною). Ефективність раннього післяопераційного періоду (оцінку післяопераційного болю) оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Віддалені функціональні результати (якість життя) оцінювали за шкалою The Lower Extremity Functional Scale (LEFS) через 1,5 та 3 місяці після виписки.

Результати дослідження. Больовий синдром спостерігався в ранньому післяопераційному періоді найбільш часто серед пацієнтів II групи. У тій же групі відзначалась наявність випадків крайових некрозів шкірного клаптя, які у 2-х випадках потребували повторних оперативних втручань.

У ранньому післяопераційному періоді набряк м'яких тканин був більш виражений у I та особливо III групі пацієнтів, але зменшувався на фоні протинабрякової терапії на 2-3 та 5-6 добу відповідно. Тривалість загоєння напряму залежала від об'єму травматизації тканин. Пацієнти виписані на амбулаторне лікування в середньому на 11 добу.

Висновки. Малоінвазивне оперативне втручання при переломах п'яткової кістки має певні переваги перед відкритим остеосинтезом, за умов володіння технікою та відповідним обладнанням, і здатне запобігти значній кількості ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ПРИ УРАЖЕННІ ЛОБНОЇ ЧАСТКИ

Гольтваниченко В.

Науковий керівник: к. мед. н. Єгоров В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Сучасна література з психіатрії недостатньо висвітлює клінічні прояви, які відзначаються при ураженні лобної частки. Більшість сучасних посібників характеризує лобний синдром як прояви деменції з апато-абулчною симптоматикою, або навпаки, загальною розгальмованістю. Дані твердження не розкривають сутності ураження лобної частки та не дають повного розуміння у лікарів та студентів.

Мета дослідження: дослідити клінічні прояви у сфері психіки та поведінки при ураженні лобної частки.

Матеріали та методи дослідження. Нами розглянуто клінічний випадок пацієнта В., який перебував на лікуванні у психіатричному стаціонарі. Проведено наступні методи дослідження: клініко-психопатологічний метод, лабораторні, інструментальні – магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ ГМ) з контрастною речовиною Дотавіст.

При огляді пацієнт скарг не висловлював. Родичі скаржилися на його бездіяльність, надмірну захопленість іграми на мобільному телефоні та переглядом порнографічних фільмів, соціальну та сексуальну нестриманість, зниження працездатності. З анамнезу відомо: період раннього дитинства без особливостей. Зростав у благополучній сім'ї. Закінчив загальноосвітню школу та ВНЗ. Працював комірником близько 10 років. Служив в армії. Має жінку та дитину грудного віку. Родичі характеризували пацієнта як веселого, компанійського, добродушного. Алкоголем не зловживав, близько 2-3 роки тому епізодично вживав марихуану. Вірусних гепатитів, туберкульозу, COVID-19, хронічних захворювань, ЧМТ з втратою свідомості, оперативних втручань не було. Алергологічний, сімейний, психіатричний анамнез не обтяжений.

У поле зору психіатрів потрапив вперше, погіршення стану відмітилось 1,5 року тому. На роботі нічого не робив, сидів «у телефоні», неодноразово отримував догани з боку начальства. Виказував дивні жарти до колег: «вы пока сидите, я у вас украл тонну меди, в карманчике вынес». Через деякий час був звільнений, некритично віднісся до власного звільнення, пояснив: «у начальника вавка в голові». Надалі ніде не працював, більшу частину часу проводив за грою на телефоні, дивився дитячі мультики та фільми про людей з вадами розвитку. У сімейних справах потребував постійного контролю дій та ініціативи з боку дружини. Відзначились розлади в соціальній сфері, під час відвідування друзів без дозволу лазив по шафам, ящикам, не звертав уваги на зауваження. Стереотипно розповідав одні й ті самі історії людям. Розповідав дитині неадекватні казки: «їжачок наштрикнувся... очі повилазили». Посилились статеві та харчові потяги – почав мастурбувати та переглядати порнографію у присутності жінки, куплену для 1,5 річної дитини їжу забирав та з'їдав самостійно. За ініціативою жінки повторно влаштувався на роботу, проте через невиконання трудових обов'язків пацієнта звільняли. Оглядався неврологом, встановлений діагноз: цереброваскулярна хвороба неуточно-

на. Був направлений до психіатричного стаціонару з підозрою на шизофренію.

Психічний статус: рухливо спокійний, гіпомімічний. Доступний формальному мовному контакту, відповіді короткими фразами. Орієнтований у місці, часі, власній особистості вірно. Зазначав, що перебуває в психіатричному стаціонарі бо «жінка направила», не вважав себе психічно хворим. Відповідав «не знаю» на більшість заданих запитань, казав «хочу до доньки», просив про виписку. На запитання про причини звільнення з роботи – мовчить, при повторному запитанні відповідь «не знаю». Мислення непродуктивне, маячних ідей не висловлював. Знижена короткотривала пам'ять, здатність до концентрації уваги. Настрій рівний, емоційно вихолощений. Коло інтересів обмежене задоволенням фізіологічних потреб, бажанням догляду за донькою. Суспільно небезпечних та суїцидальних тенденцій не виявляв. Критика стану відсутня.

За час перебування у клініці був нав'язливим з бажанням виписки. Інструкцій не засвоював, постійно підходив до персоналу з одними й тими ж самими питаннями. Був нестримний до власних потягів, ігнорував оточуючих та соціальну ситуацію. В періоди між стереотипними запитаннями до персоналу був бездіяльним.

Було встановлено синдромальний діагноз: лобовий синдром. Проведено МРТ ГМ з контрастом Дотавіст, згідно з висновком: ознаки локального розширення зовнішніх лікворних просторів на рівні лобних часток з явищами церебральної атрофії, розширення бокових шлуночків, остеохондроз міжхребцевих дисків шийного відділу хребта.

У стаціонарі отримував лікування (мг на добу): респеридон 4 мг, аміназин 150 мг, мемантин 10 мг. Значних змін у поведінці під впливом психофармакотерапії не відзначилось. За ініціативою пацієнта та родичів був виписаний з відділення незважаючи на поради лікаря продовжити лікування, з діагнозом «Легкий когнітивний розлад».

Висновки. Описані у випадку клінічні прояви, а саме: стереотипії у поведінці, порушення соціальної поведінки, посилення базових потягів, порушення мислення у вигляді неспроможності довгострокового планування подій, погіршення продуктивності праці, емоційна вихолощеність відповідають симптомам ураження лобової долі, що підтверджується на МРТ ГМ з контрастуванням речовиною Дотавіст.

ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19

Горобець В., Нехай Д., Капроненко С., Крамаренко А.

Науковий керівник: доц. Прийменко Н., проф. Коваль Т., ас. Ваценко А.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. З 11 березня 2020 року світ живе в умовах оголошеної Всесвітньою організацією охорони здоров'я пандемії коронавірусної інфекції COVID-19. Стрімке поширення COVID-19, постійна мутація вірусу, що призводить до нових спалахів, недостатній рівень вакцинації населення потребують вивчення факторів, які можуть впливати на тяжкість перебігу захворювання та його висхід.

Мета. Вивчити клініко-лабораторні характеристики та проаналізувати фактори ризику тяжкого перебігу COVID-19 у госпіталізованих пацієнтів.

Методи дослідження. Проаналізовано історії хвороби 150 пацієнтів з діагнозом «Гостра респіраторна хвороба COVID-19», які перебували на лікуванні в комунальному підприємстві «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради» протягом 2020 року. Діагноз верифікували методом полімеразної ланцюгової реакції з виявленням РНК SARS-CoV-2 у матеріалі назофарингеального зішкрібку.

Основні результати. У більшості (94,7%) пацієнтів мала місце супутня хронічна патологія, частіше серцево-судинної системи (ССС) – у 100 (66,7 %), шлунково-кишкового тракту (ШКТ) – у 95 (63,3%), ожиріння різного ступеню – у 80 (53,3%) та цукровий діабет – у 30 (20,0%) осіб. Переважав перебіг захворювання середньої тяжкості – у 67,3% пацієнтів, тяжкий був – у 22,0%, легкий та критичний – по 5,3%. У пацієнтів старше 60 років перебіг захворювання достовірно частіше був тяжкий та критичний (38,2%), у порівнянні з молодшими (16,2%, $p = 0,003$). У більшості обстежених – 96 (64,0%) визначалася лімфопенія, у 36 (24,0%) анемія, у 31 (20,7%) лейкопенія та у 11 (7,3%) лейкоцитоз.

Встановлено, що ризик розвитку тяжкого перебігу COVID-19 у пацієнтів із супутньою патологією СССР і цукровим діабетом вищий у 2,5 рази ($p=0,048$, $OR=2,57$ та $p=0,028$, $OR=2,51$ відповідно), в порівнянні з пацієнтами без патології. Наявність серцево-судинних захворювань у пацієнтів з COVID-19 підвищує ризик госпіталізації в відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) в 7,9 ($p = 0,021$, $OR =$

7,97), а з ожирінням III ст. ($IMT \geq 40$) у 6,4 ($p=0,045$, $OR=6,40$) рази. У пацієнтів з поєднанням 2-х і більше коморбідних станів ризик тяжкого перебігу захворювання зростає в 4,3 ($p = 0,023$, $OR 4,364$), госпіталізації в ВРІТ у 4,5 ($p = 0,005$, $OR = 4,494$) та летального наслідку в 6,2 ($p = 0,026$, $OR = 6,293$) рази.

Висновки. В більшості пацієнтів мала місце супутня хронічна патологія, частіше ССС, ШКТ, ожиріння та цукровий діабет. Перебіг COVID-19 у госпіталізованих був частіше середньої тяжкості та тяжкий. Факторами ризику тяжкого перебігу COVID-19 є вік старше 60 років, наявність супутньої серцево-судинної патології, цукрового діабету та ожиріння. У пацієнтів з поєднанням двох і більше коморбідних станів ризик тяжкого перебігу захворювання зростає в 4,3, а летального наслідку в 6,2 рази.

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ ТА ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Гречко В., Невмивака І., Одиноченко Д., Сорокіна О., Стягайло Ю., Целованська Л., Кабаєва І.

Науковий керівник: доц. Люлька Н., ас. Снівак Ю.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

У більшості пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) виникає патологічне ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ), що спричиняє виникнення серцевої недостатності (СН) та підвищує ризик раптової серцевої смерті (РСС). Цукровий діабет 2 типу (ЦД) становить 20-24% серед госпіталізованих з приводу ГІМ.

Мета дослідження – оцінити відмінності варіабельності та турбулентності серцевого ритму протягом доби у хворих з ГІМ, що ускладнений СН з супутнім ЦД 2 типу та без нього.

Матеріали та методи: було обстежено 83 хворих віком 40-65 років, середній вік – 50-52 роки в інтервенційному відділенні. З них I група (28 хворих) з ГІМ без ЦД 2 типу, II група (55 хворих) з ГІМ та ЦД 2 типу, 14 – контрольна група. Було проведено добове ХМ ЕКГ, для аналізу використані IBM SPSS Statistics v.26.0., кількісні параметри проводили з дисперсійним аналізом ANOVA з критерієм Шеффе.

Результати: встановлено, що у пацієнтів II групи статистично значимо знижена частка LF у структурі спектру порівняно з I групою. Відповідно до цього виявлено статистично значимі відмінності за параметрами LF/HF в групі I та II в активній фазі. У пацієнтів II групи виявлено нижчий рівень циркадного індексу та TS відносно контрольної групи. У порівнянні TP в денний та нічний періоди встановлено, що в контрольній групі потужність спектру найбільша, у хворих з ГІМ та ЦД 2 типу показники різко знижені, що достовірно призводить до зниження енергетичної потужності та адаптаційних ресурсів серця, що збільшує ризик РСС. У порівнянні між групами співвідношення LF/HF більше в контрольній групі, у I, II групах індекс нижчий від норми, у групі із ГІМ із ЦД 2 індекс найнижчий (3,46; $p < 0,009$), що свідчить про глибокі структурні зміни в міокарді та може бути причиною фатальних порушень ритму.

При порівнянні показників ВСР контрольної групи з I та II групою, більш виражений достовірний симпатичний вплив К (день) – $1123,17 \pm 137,08$; I група – $530,50 \pm 72,70$; II група – $342,00 \pm 146,79$; $p < 0,023$. К (ніч) – $1131,17 \pm 200,93$; I група – $737,25 \pm 98,51$; II група – $325,91 \pm 138,32$; $p < 0,005$

Висновки: практично обґрунтовано дослідження варіабельності серцевого ритму з оцінкою турбулентності метою прогнозування та попередження фатальних аритмій та раптової серцевої смерті у хворих з ГІМ, що ускладнений СН та супутнім ЦД II типу.

РОЛЬ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ В ПЕРИОПЕРАЦІЙНОМУ ЗНЕБОЛЕННІ У ХВОРИХ УРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Гриценко Є.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: право на адекватне усунення болю є базовим правом людини, що закріплене в Монреальській декларації. Неадекватне періопераційне знеболення може спричинити велику кількість післяопераційних ускладнень і в разі знижує комфорт пацієнта. Але, на жаль, в сучасних реаліях ця проблема не є до кінця вирішеною. Ефективне періопераційне знеболення має на меті не тільки гуманістичні цілі, але й доведені медичні та економічні переваги, що пов'язані

в першу чергу зі швидшим відновленням пацієнта і скороченням тривалості госпіталізації.

Мета: порівняти ефективність загальної анестезії (ЗА), ЗА комбінованої з паравертебральною блокадою (ЗА+ПВБ) та ЗА комбінованої з епідуральним блоком (ЗА+ЕБ) в умовах урологічного стаціонару.

Матеріали і методи дослідження: пацієнтів урологічного профілю, яким виконували планові оперативні втручання на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфасовського ПОР» розділено за способами анестезіологічного забезпечення на три групи. Пацієнтам першої групи проводилася інгалаційна анестезія севофлюраном у комбінації з ПВБ (ЗА+ПВБ); пацієнтам другої групи проводилася мононаркоз севофлюраном (ЗА); пацієнтам третьої групи проводилася інгалаційна анестезія севофлюраном у комбінації з епідуральним блоком (ЗА+ЕБ). Інтраопераційно оцінювали потребу у використанні наркотичного анальгетика. У післяопераційному періоді ефективність анальгезії оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), а також враховували можливість ранньої активізації, ймовірність розвитку гемодинамічної нестабільності та моторного блоку.

Результати: показники ВАШ через 1 год: в I групі становили $1,9 \pm 1,5$; у II групі $3,9 \pm 2,0$ бали; III групі $2,9 \pm 2,0$. Показники ВАШ через 6 годин: в I групі становили $3,0 \pm 2,1$; у II групі $3,9 \pm 2,1$; III групі $3,0 \pm 2,1$ бали. Через 12 годин після операції показники ВАШ у I групі становили $3,3 \pm 1,7$; у II групі $3,8 \pm 2,5$; III групі $3,7 \pm 2,5$ бали. Через добу показники ВАШ у I групі становили $2,4 \pm 1,4$; у II групі $3,1 \pm 1,6$; III групі $3,3 \pm 1,5$ бали. Потреба в інтраопераційному використанні наркотичного анальгетика (фентаніл) у групі ЗА+ПВБ була нижче, ніж в інших групах. Розвиток моторного блоку у післяопераційному періоді у пацієнтів групи ЗА+ПВБ не спостерігалось, але відзначено у 30% пацієнтів групи ЗА+ЕБ. Пацієнти після ЗА потребували додаткової анальгезії, внаслідок цього рання активізація пацієнтів групи ЗА виявилася неможливою. Щодо ранньої активізації пацієнтів групи ЗА+ЕБ, часто відмічався (41,2% пацієнтів) розвиток гемодинамічної нестабільності і моторного блоку (32,4% пацієнтів), тому пацієнти частіше активізувалися на 3 добу.

Ми не виявили значущої різниці між групами ЗА та ЗА+ЕБ у післяопераційній оцінці болю за ВАШ. Спільне використання ПВБ та ЗА показало значуще зниження кількості використаних наркотичних анальгетиків. У групі ЗА+ПВБ відзначено адекватну анальгезію в ранньому післяопераційному періоді, відсутність гемодинамічної нестабі-

льності на фоні аналгезії, що дозволило активізувати всіх пацієнтів вже в 1-у добу післяопераційного періоду.

Висновки: наше дослідження показало, що ЗА+ПВБ дозволяє досягти більш ефективної аналгезії протягом 24 годин після урологічних операцій порівняно з ЗА+ЕБ. Паравертебральна блокада є простою, ефективною та безпечною методикою периопераційної аналгезії у пацієнтів урологічного профілю, у тому числі в рамках реалізації програми fast track. Відсутність моторного блоку та гемодинамічної нестабільності свідчить про безперечну перевагу паравертебральної блокади перед епідуральною анестезією.

ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19

Даниленко В., Корж О.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: коронавірусна інфекція 2019 року (COVID-19) – це гостре інфекційне захворювання дихальних шляхів, збудником якого є коронавірус SARS-CoV-2. Клінічна картина зазвичай відповідає респіраторній інфекції з варіацією тяжкості симптомів від легкого захворювання, подібного на застуду, до тяжкої вірусної пневмонії, що призводить до потенційно смертельного гострого респіраторного дистрес-синдрому.

Мета дослідження: виявити предиктори тяжкого перебігу пневмонії при COVID-19.

Матеріали та методи дослідження: для визначення предикторів проведено аналіз клінічних даних, результатів лабораторного, інструментального обстеження (індекс маси тіла, рівень С-реактивного білка, лейкоцитів, лактатдегідрогенази та D-димеру) у померлих (I-а група, n = 36) та пацієнтів, що одужали (II-а група, n = 187) на кожному етапі лікування в КП «3-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради».

Результати. У пацієнтів I-ї групи обсяг та ступінь ураження легеневої тканини при госпіталізації були більшими, ніж в II-ї групи. Серед пацієнтів I-ї групи кількість пацієнтів з індексом маси тіла понад 40 кг/м² була більшою на 21,6% (p<0,05). Рівень С-реактивного

білка в I-й групі, починаючи зі стадії прогресування та до закінчення лікування, збільшився у 2,36 та 44,7 рази ($p < 0,01$) відповідно.

Число пацієнтів I-ї групи з рівнем лейкоцитів більше $9 \times 10^9/\text{л}$ становило 45%, тоді як пацієнтів II-ї групи – 10,5% ($p < 0,05$). Рівень лактатдегідрогенази у пацієнтів I-ї групи був на 21% вище ($p < 0,05$), ніж у пацієнтів II-ї групи. За даними коагулограми, рівень D-димеру у пацієнтів I-ї групи був вищим порівняно з пацієнтами II-ї групи у 4,66 рази ($p < 0,01$).

Висновок: результати ретроспективного аналізу показали, що предикторами несприятливого прогнозу коронавірусної інфекції є ожиріння 3 ст., рівень лактатдегідрогенази більше 360 Од/л, збереження високого рівня С-реактивного білка, рівень D-димеру більше 1000 мкг/л, лейкоцитоз.

ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ МЕТОДИКИ РОЗШИРЕНОГО ДРЕНУВАННЯ ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ТИПУ DRAF 2A У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ФРОНТИТОМ

Демченко Ю.

Науковий керівник: ас. Лобурець А.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією
Полтавський державний медичний університет

Хронічний риносинусит відноситься до одних з найбільш поширених захворювань в оториноларингологічній практиці. У країнах Північної Америки та Європи, показник захворюваності на риносинусит складає від 4,5 до 12 % дорослого населення. Ураження лобових пазух у пацієнтів з хронічним риносинуситом, рефрактерним до медикаментозної терапії, особливо поєднаному з поліпозним етмоїдитом, є показанням до хірургічних дій. Ендоскопічні методики хірургічного лікування фронтиту не завжди задовольняють своїми функціональними результатами, адже після ендоназальної фронтотомії рецидиви виникають у 19 % пацієнтів, а 8 % з них потребує повторного оперативного втручання. Тому, вибір та впровадження в клінічну практику різноманітних методик розширеного дренивання лобової пазухи є необхідною складовою зменшення кількості рецидивів фронтиту.

Мета дослідження: підвищити ефективність хірургічного лікування пацієнтів з хронічним фронтитом шляхом застосування розширеного дренивання лобової пазухи типу Draf 2A за модифікованою методикою.

Матеріали і методи дослідження. В період з січня 2021 по березень 2022 року на базі ЛОР-відділення ПОКЛ було проведено ринохірургічне лікування 665 пацієнтів, з яких 146 була виконана фронтотомія. Перша група спостереження (67) виконана операція типу Draf 1; друга група (51) – прооперовані за класичною методикою типу Draf 2A; 3 група (28) – за модифікованою методикою Draf 2A, що включала формування П-подібного мукоперіостального клаптя на ніжці, який отримували зі слизової оболонки ділянки гачкоподібного відростка та латеральної стінки порожнини носа.

Ведення післяопераційного періоду у пацієнтів усіх груп включало туалет порожнини носа з її зрошенням водно-сольовим ізотонічним розчином, локальне застосування топічних деконгестантів коротким курсом (Xylometazoline); використання інтраназальних кортикостероїдів (Mometasone furoate) – з 10-ї доби післяопераційного періоду. Пацієнти спостерігались протягом від 2-х місяців до 1-го року після операції.

Висновки. При динамічному спостереженні пацієнтів рецидив фронтиту у першій групі склав 19,4 %, у другій – 11,8 %, у 3 – 10,7 %. Таким чином, результати післяопераційного спостереження за досліджуваними групами пацієнтів, дозволяють стверджувати, що рівень рецидивів у пацієнтів основної, 2-ї та 3-ї групи дослідження, був достовірно нижчим, порівняно з пацієнтами групи порівняння ($P \leq 0,05$). У випадку із хронічним рецидивуючим фронтитом та його поєднанні з етмоїдитом на фоні поліпозу носа методом вибору є методика розширеного дренивання лобової пазухи.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНИХ РЕТИНОЇДІВ У ПОЄДНАННІ З БЕНЗОЇЛПЕРОКСИДОМ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАПУЛО-ПУСТУЛЬОЗНОЇ ФОРМИ АКНЕ

Дмитрієва А.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне – одне из найроповсюдженіших захворювань шкіри, уражає переважно осіб пубертатного віку. Виникає внаслідок порушення роботи сальних залоз, їх гіперсекреції, патологічно надмірного утворення шкірного сала. Як відомо андрогени у фізіологічній кількості стимулюють роботу сальних залоз, тому використання їх у вигляді

мазі є патогенетично обґрунтованим. Під час гіперсекреції відбувається застій у протоці сально-волоссяного фолікула та змінюється мікробіоценоз шкіри. Шкіра стає сприятливим середовищем для розвитку анаеробних мікробів, тому усунення запального процесу є важливою ланкою лікування загострень акне. Адапален – синтетичний ретиноїд четвертого покоління, є похідним нафтоїної кислоти з ретиноїдною активністю. Сучасні дані дають змогу припустити, що при місцевому застосуванні адапален нормалізує диференціацію фолікулярних епітеліальних клітин, завдяки чому зменшується утворення мікрокомедонів. Бензоїлпероксид – відомий сильний протимікробний агент більш ефективний за топічні антибіотики.

Мета: поділитись досвідом застосування топічних ретиноїдів у поєднанні з бензоїлпероксидом в комплексній терапії папуло-пустульозної форми акне.

Методи дослідження: в аналіз дослідження були включені 7 пацієнтів, які звернулись по допомогу до Комунального підприємства «Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради», хворих на акне папуло-пустульозної форми середнього ступеню тяжкості. Середній вік яких 15 ± 3 роки, середня тривалість захворювання яких $1,2 \pm 2,5$ років.

Хворим було рекомендовано застосування гелю, який містить адапалену 1 мг та бензоїлу пероксиду 25 мг (Еффезел Lab. Galderma, Франція) 1 раз на добу на ніч на чисту шкіру протягом 6 тижнів, потім 2р/добу впродовж 8 тижнів. Клінічний ефект оцінювали візуально, шляхом зменшення ознак, що турбували пацієнтів: утворення пустул, підвищений шкірний блиск, почервоніння після 1, 4, 8 тижнів.

Основні результати: після першого тижня застосування пацієнти відмічали зменшення пустул у середньому на 27%, зменшення жирного блиску на 39%, зменшення почервоніння на 34%. Після 4 тижнів зовнішнього застосування препарату відмічено зменшення утворення пустул на 70% відносно першого тижня, зменшення жирного блиску на 66%, зменшення почервоніння на 54%. Усі ці показники після 8-го тижня змінилися на 98%, на 99%, на 91% відповідно до початкового рівня. Також усі хворі відмітили покращення психоемоційного стану.

Висновки: встановлено значне покращення перебігу акне папуло-пустульозної форми середнього ступеню тяжкості при застосуванні топічного ретиноїду з бензоїлпероксидом.

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ

Довбня М., Онищенко Ю.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Перитоніт є одним із найбільш загрозливих для життя ускладнень гострої хірургічної патології, що потребує невідкладної медичної допомоги. Зменшення інтоксикації у хворих з даною патологією є основною задачею лікування, оскільки синдром ендогенної інтоксикації є провідним.

Мета: провести порівняльну характеристику застосування дезінтоксикаційних розчинів, що застосовуються при лікуванні перитоніту.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексний ретроспективний аналіз результатів лікування 46 хворих, які перебували на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КП «1-А Міська клінічна лікарня ПМР» після хірургічного втручання з приводу гострої хірургічної патології, що була ускладнена розлитим, дифузним та місцевим перитонітом. Із 46 пацієнтів було чоловіків – 32, жінок – 14, вік яких коливався від 18 до 90 років. При аналізі супутньої патології на першому місці за частотою були захворювання серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця – 32 (69,6%), гіпертонічна хвороба – 30 (65,2%). Пацієнти були поділені на клінічні групи: I група (24 хворих), яким у комплексі дезінтоксикаційного лікування використовували розчин реосорбілакту 400 мл 1 раз на добу, II група (6 хворих) де використовувався розчин реамберину 400 мл 1 раз на добу, III група (16 хворих) з використанням розчинів реосорбілакту та реамберину, що вводилися за попередніми схемами.

Результати дослідження. Всім хворим проведено оперативне втручання з приводу гострої хірургічної патології із санацією та дренажуванням черевної порожнини. Проводилася антибактеріальна та протизапальна терапія. Інфузійна терапія із розрахунку 50-70 мг/кг/добу під контролем центрального венозного тиску та лабораторним моніторингом. При порівнянні отриманих результатів лікування найкращі результати отримано в III групі, відмічено зниження кількості лейкоцитів до $12,2 \pm 1,4 \times 10^9$ на третю добу та до $8,2 \pm 1,1 \times 10^9$ на сьому. Відмічено покращення і нормалізацію основних гемодинамічних показників на $2,1 \pm 0,2$ добу швидше, ніж в I-й та II-й групах хворих. На третю

добу у III групі відмічалось покращення перистальтики, на п'яту добу – нормалізація температури, що спостерігалось у перших двох групах на п'яту та десятю добу відповідно. Середній термін перебування хворих з розлитим перитонітом при використанні розчину реосорбілакту склав $14 \pm 1,2$ ліжкодні, розчину реамберину $12,5 \pm 1,1$ ліжкодні, розчинів реосорбілакту та реамберину $10,2 \pm 1,2$ ліжкодні.

Висновок. Синдром ендогенної інтоксикації є провідним при перитоніті. Комбіноване використання розчинів реосорбілакту та реамберину з метою дезінтоксикації є виправданим, тому можна рекомендувати включати дані розчини до інфузійної терапії при лікуванні хворих на перитоніт.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕПРЯМОЇ ЛАРИНГОСКОПІЇ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ

Долик В., Триполка А., Снівак В.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Труднощі при забезпеченні прохідності верхніх дихальних шляхів, які супроводжуються припиненням оксигенації на декілька хвилин, є одними з найбільш частих ускладнень загальної анестезії, що може приводити до ураження головного мозку та навіть смерті. Тяжка інтубація трахеї, за даними різних авторів, складає 0,05-18,0%. Сучасний підхід до забезпечення прохідності дихальних шляхів під час загальної анестезії полягає в попередньому виявленні ймовірності тяжкої інтубації для своєчасного вибору тактики подальших дій. У багатьох випадках її можна передбачити, тому все більше значення набуває збір анестезіологічного анамнезу, огляд і обстеження пацієнта. На сьогоднішній день в арсеналі анестезіолога є значна кількість тестів і шкал (тест Маллампаті, тироментальна дистанція, міжрізцева дистанція, шкала тяжких дихальних шляхів, індекс тяжкої інтубації, а також шкали LEMON і Вільсона), які використовуються для прогнозування тяжкої інтубації трахеї, але, поряд з високою чутливістю, вони практично всі мають низьку специфічність і прогностичну значущість.

Мета роботи: порівняти ефективність непрямой ларингоскопії та різних шкал для передбачення тяжкої інтубації трахеї.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено аналіз 63 інтубацій трахеї і 21 непрямых ларингоскопій у хворих перед операці-

єю на щитоподібній залозі. На першому етапі дослідження у 63 пацієнтів прогнозування тяжкої інтубації трахеї проведено за допомогою 3 шкал: шкала тяжких дихальних шляхів (ТДШ), шкала Вільсона та індекс тяжкої інтубації (ІТІ). На другому етапі у 21 особи з ризиком тяжкої інтубації трахеї виконана непряма ларингоскопія. На третьому етапі (в операційній) після премедикації і досягнення глибокого седативного ефекту (8-11 балів за шкалою Cook & Palma) зі збереженням спонтанним диханням під контролем оксиметрії у пацієнтів проводилась пряма ларингоскопія з метою визначення ступеня тяжкості інтубації за класифікацією Cormack-Lehane, після чого здійснювалась преоксигенація, індукція та інтубація трахеї.

Результати досліджень та їх обговорення. При порівнянні різних видів ларингоскопії отримані достовірні ($p=0,00001$) результати щодо її прогностичної значущості. Найбільша чутливість (Довірчий інтервал (ДІ) 95%; 78,0%-99,0%) при високій специфічності (ДІ 95%; 91,0%-99,0%) була притаманна прямій ларингоскопії, але непряма ларингоскопія також мала високу чутливість стосовно прогнозування тяжкої інтубації трахеї. У порівнянні між собою ці дві методики ларингоскопії не мали статистично значущих відмінностей ($p>0,05$). При порівнянні різних шкал і непрямой ларингоскопії між собою щодо передбачення тяжкої інтубації трахеї виявляється, що ні одна із шкал не має достовірного впливу на прогнозування тяжкої інтубації ($p>0,05$). При цьому шкала ТДШ і шкала Вільсона мають невисоку чутливість (ДІ 95%, 13,0% і 34,0%, відповідно). При порівнянні трьох шкал між собою ІТІ має вищу чутливість (ДІ 95%; 74,0%), хоча і недостовірно ($p>0,05$) впливає на передбачення вірогідності тяжкої інтубації. При використанні непрямой ларингоскопії і порівнянні її із шкалами ми отримали достовірні результати відносно передбачення тяжкої інтубації. Непрямої ларингоскопії властива висока чутливість (ДІ 95%), специфічність (ДІ 98,0%) і діагностична цінність.

Висновки:

1. Пряма і непряма ларингоскопія є найбільш точним методом для прогнозування вірогідності тяжкої інтубації трахеї.
2. Непряма ларингоскопія у 81% випадків прогнозує тяжку інтубацію трахеї.
3. Класичні шкали для прогнозування вірогідності тяжкої інтубації трахеї мають незначну прогностичну цінність в порівнянні з непрямою ларингоскопією.
4. Непряма ларингоскопія повинна завжди проводитись у хворих з мінімальним ризиком виникнення тяжкої інтубації трахеї.

ОСОБЛИВОСТІ КОРОТКОГО ЗАПИСУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Донченко К., Кукочка В., Маньківська Д., Попова А., Борода О.

Наукові керівники: проф. Потяженко М., ас. Корпан А.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з основних факторів ризику виникнення інфаркту міокарда та мозкового інсульту, які мають велику смертність та інвалідність.

Мета: оцінити спектральні показники короткого запису варіабельності серцевого ритму (ВРС) у пацієнтів з гіпертонічною хворобою задля підвищення ефективності заходів із попередження виникнення ризику ушкодження органів-мішеней.

Матеріали і методи: у дослідження були включені 30 хворих на ГХ II стадія (основна група) та 20 практично здорових осіб (контрольна група). Середній вік склав $44,7 \pm 2,4$ р. Групи були співставні за віком та статтю. Верифікацію діагнозу ГХ II стадії здійснювали у відповідності зі стандартами МОЗ України. Всім респондентам проводилася реєстрація короткого запису ВРС (10 хвилин) з подальшим аналізом спектральних показників ВРС. Були визначені основні параметри спектрального аналізу: загальна електромагнітна потужності серцевої діяльності (TP, мс²), високочастотний діапазон хвиль (HF, 0,4-0,15 Гц або 2,5-6,5 с), що виникає під впливом парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС); низькочастотні хвилі (LF, 0,15-0,04 Гц або 6,5-25 с), які виникають під впливом симпатичного відділу ВНС, дуже низькочастотний діапазон хвиль (VLF, 0,04-0,003 Гц або 25-333 с), вклади хвильових компонент LF/HF, що характеризують вегетативний баланс (симпатичний/парасимпатичний тонус).

Основні результати: у групі хворих на ГХ II стадії у 72% спостерігалось пригнічення енергетичної потужності серцевої діяльності TP 1454 ± 112 мс² порівняно з групою здорових осіб 2351 ± 1310 мс² ($p < 0,001$). Абсолютні показники потужностей частотних компонент відрізнялась від контролю ($p < 0,001$): зниження потужності VLF – 398 ± 368 мс² проти 844 ± 545 мс² групи контролю та LF – 302 ± 346 проти 724 ± 505 мс² групи контролю; зменшення низькочастотної складової спектра HF – 132 ± 172 мс² проти 784 ± 619 мс² групи контролю, в основній групі було збільшення співвідношення LF/HF в 2,3 рази з порівняно з групою здорових осіб – 0,92. Зазначене свідчить про зниження електромагнітної генерації серця у хворих.

Висновки: у хворих на ГХ II стадії відмічалось зниження абсолютних показників TP, зниження потужності VLF и LF, зниження абсолютних значень HF, збільшення співвідношення LF/HF у 2,3 рази з зміщенням балансу в бік симпатичного (низькочастотного) компонента порівняно з групою здорових осіб. Ці дані свідчать про переважання симпатичної активності вегетативної нервової системи над парасимпатичною, що асоціюється високим ризиком виникнення ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функції при гіпертонічній хворобі.

ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОВТРАТИ ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ У ЖІНОК ІЗ РУБЦЕМ НА МАТЦІ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

Дудник Н., Семиз Н, Леверя В, Василенко І., Шамаїлова А., Пархоменко А.

Науковий керівник: доц. Добровольська Л.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вивчення питань профілактики кровотеч під час кесарського розтину (КР) не втрачає своєї актуальності в сучасному акушерстві, оскільки, незважаючи на удосконалення сучасних методик виконання оперативного втручання, залишається високий ризик ускладнень. Сьогодні в Україні відмічається стала тенденція до збільшення частоти розродження шляхом КР із одночасним збільшенням показника як материнської, так і перинатальної смертності. У той час, як за визначенням ВООЗ, показник КР має складати біля 7%, в Україні в 2021 році він становив 26,7%, при цьому мало місце зростання материнської смертності до 46,77 на 100000 живонароджених разом із підвищенням рівня перинатальної смертності – до 9,21‰. Рубець на матці після КР стає показанням до повторного оперативного розродження у 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першій операції (Наказ МОЗ України №8 від 5.01.2022 «Кесарів розтин»).

Мета. Розробити метод профілактики масивних інтраопераційних акушерських кровотеч під час кесаревого розтину у жінок із рубцем на матці та передлежанням плаценти.

Методи дослідження. Було проаналізовано 38 історій вагітності та пологів жінок, які народжували в Перинатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». З метою профілактики масивних акушерських кровотеч (МАК) у цих жінок із передлежанням плаценти та наявністю рубця на матці після попереднього КР проводилась профілактична деваскуляризація матки за методикою, розробленою Ліхачовим В.К. та співавт. (Патент України на корисну модель №140134, МПК А61В 17/42.).

Результати. У структурі причин материнської смертності МАК традиційно є провідними, а їх наслідки залежать від швидкості кровотечі, обсягу крововтрати, швидкості та адекватності проведення кровозупинних заходів. Стандартне ведення пацієток з кровотечами під час кесаревого розтину складається з введення утеротонічних препаратів, проведення поетапної деваскуляризації матки шляхом перев'язки магистральних судин, накладання компресійних швів та гістеректомії (Наказ МОЗ України від 24.03.2014 р. №205 «Акушерські кровотечі»).

З метою профілактики МАК у жінок із передлежанням плаценти та наявністю рубця на матці після попереднього КР проводилась профілактична деваскуляризація матки за методикою, розробленою Ліхачовим В.К. та співавт. Всього із використанням цього способу в 2017-2022 роках в акушерському стаціонарі Перинатального центру КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» було прооперовано 38 пацієток. В усіх випадках крововтрата не перевищила 800 мл, не було виконано ні однієї гістеректомії.

Висновок. Застосування розробленого співробітниками кафедри акушерства і гінекології №2 ПДМУ способу профілактики МАК у жінок із передлежанням плаценти та наявністю рубця на матці після попереднього КР шляхом профілактичної деваскуляризації матки дозволило виключити у них виникнення масивних акушерських кровотеч.

ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ КРИТИЧНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ НЕ-СПЕЦИФІЧНОЇ М'ЯЗОВОЇ СЛАБКОСТІ У РЕАНІМАЦІЙНИХ ХВОРИХ

Дунай М., Піддубна Є.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Полінейропатія критичних станів це – гостра аксональна сенсорно-моторна полінейропатія з м'язовою слабкістю в кінцівках, що виникає у пацієнтів внаслідок довгого перебування у відділенні інтенсивної терапії в критичному стані (більше 7 днів) з штучною вентиляцією легень, при розвитку поліорганної недостатності, сепсисі та внутрішньочерепній патології в післяопераційному періоді. Розповсюдженість неспецифічного ураження нервів і м'язів пацієнтів у відділенні реанімації коливається від 50-100% відповідно даним різних авторів. Діагностичні критерії різних станів залишаються не повністю систематизованими.

Мета дослідження: порівняти розвиток та динаміку полінейропатій при нейрохірургічних втручаннях із ускладненим інтраопераційним періодом та довготривалому порушенні свідомості.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено ретроспективний аналіз результатів лікування 55 хворих, які перебували на лікуванні і відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ). Критерії встановлення діагнозу набутої м'язової слабкості у ВАІТ: генералізована м'язова слабкість, що розвинулась після початку критичного стану, дифузна м'язова слабкість, симетричні в'ялі парези, зазвичай без участі черепних нервів; сума балів по шкалі Medical Research Council (MRC) ≤ 48 або середня сума балів по MRC ≤ 4 , виявлена двічі з інтервалом більше 24 години; складність відлучення від апарату штучної вентиляції легень (неможливе самостійне дихання протягом 24-48 годин). Група I (n=30) – пацієнти, які перенесли нейрохірургічне втручання (пухлини, аневризми) із ускладненим інтраопераційним періодом, знаходження у ВАІТ більше трьох днів, нестабільність гемодинаміки більше 20% від початкового рівня. Група II (n=25) – пацієнти, які перенесли нейрохірургічне втручання (пухлини, аневризми), гострий період гострого порушення мозкового кровообігу, ускладнений післяопераційний період, перебування в ВАІТ більше 6 днів. З методів дослідження використовувались електронейроміографія (ЕНМГ), визначення креатинфосфокінази (КФК), лактатдегідроген-

нази (ЛДГ), міоглобіну, клінічний аналіз крові, моніторинг гемодинаміки (наркозна карта, післяопераційний моніторинг).

Результати дослідження. Група I: відновлення свідомості через $17,28 \pm 0,46$ год., відновлення спонтанного дихання через $20,87 \pm 0,44$ год.; відновлення м'язової сили через $40,86 \pm 0,51$ год., ЛДГ – $980 \pm 170,01$ Од/л; міоглобін – $278,53 \pm 32,86$ нг/мл; КФК – $530,13 \pm 125$ Од/л. Група II: відновлення свідомості через $58,23 \pm 9,46$ год., відновлення спонтанного дихання через $120,12 \pm 8,44$ год.; відновлення м'язової сили через $144,86 \pm 9,51$ год., ЛДГ – $61,30 \pm 18,58$ Од/л; міоглобін – $236,28 \pm 63,62$ нг/мл; КФК – $358,37 \pm 22,50$ Од/л.

Висновки. Парези, які розвиваються у перші дні після закінчення хірургічної операції або початку проведення інтенсивної терапії, не пов'язані із вогнищевим ураженням головного мозку та, як правило, є функціональними, тобто обумовлені гальмівними процесами в ЦНС, залишковою дією міорелаксантів, загальних анестетиків. У пацієнтів із нестабільною гемодинамікою, які потребують ізотропної підтримки, дифузна м'язова слабкість обумовлена синдромом «ішемія-реперфузія» із підвищенням рівнів КФК, ЛДГ і міоглобіну в крові. У пацієнтів з довготривалим порушенням свідомості, які перенесли сепсис, у 53% випадків розвивається полінейропатія критичних станів із ураженням довгих нервів кінцівок. Структурні зміни скелетних м'язів зустрічаються в 100% досліджених спостережень із переважанням дистрофії, атрофії, міофіброзу і відсутністю гістологічних ознак запалення.

ESP-БЛОК (ERECTOR SPINE PLANE) ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ АНАЛГЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНУ ХОЛЕЦИСТОЕКТОМІЮ

Дячук О.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Золотим стандартом хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби є лапароскопічна холецистектомія, яка є найпоширенішою операцією на органах черевної порожнини. Тривалий післяопераційний біль є найбільш поширеною скаргою пацієнтів, що збільшує тривалість та вартість лікування. ESP-блок під ультразвуковим контролем вперше описаний Мауріціо Фореро у 2016 році є техні-

кою регіонарної анестезії, міжфасціальним плоским блоком, при якому анестетик введений між м'язом-випрямлячем хребта та поперечним відростком хребта діє як на дорсальні, так і на вентральні гілки спинномозкових нервів, також дифундує в паравертебральний та епідуральний простори, і все частіше використовується для лікування післяопераційного болю з потенційно великими перевагами та профілем безпеки.

Мета. Визначити ефективність ESP-блока в абдомінальній хірургії як компонента післяопераційного знеболення при лапароскопічній холецистектомії.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР», в якому брали участь 38 пацієнтів у віці від 45 до 65 років з фізичним статусом I-III Американської спілки анестезіологів, які були заплановані на планове оперативне втручання з приводу хронічного калькульозного холециститу. Пацієнти рандомізовані на дві групи: група I (n=19), пацієнтам якої після завершення оперативного втручання проводився ESP-блок, та група II (n=19), де пацієнти віднесені до групи контролю. Пацієнти обох груп планово отримували препарати для знеболення у вигляді парацетамолу і декскетопрофену в стандартних дозуваннях, та опіоїди за вимогою.

Блок проводився у положенні лежачи на боку, з використанням високочастотного лінійного ультразвукового датчика, на рівні T7 на 3 сантиметра латеральніше остистого відростка. Ехогенну голку 22-го калібру 50 мм під ультразвуковим контролем введено між м'язом-випрямлячем хребта та поперечним відростком хребця. Положення кінчика голки перевіряли шляхом гідродисекції 2 мл фізіологічного розчину. Для анестезії використовувався 0,25% розчину бупівікаїну 20 мл з 4 мг дексаметазону на кожную сторону.

Первинним результатом була оцінка болю за візуально-аналоговою шкалою VAS (Visual Analog scale). Бали по VAS оцінювались через 3, 8, 12, 16 та 24 години після оперативного втручання. Вторинним результатом було визначення необхідності внутрішньом'язового введення опіоїдів, зокрема морфіну, протягом перших 24 годин після операції, та час потреби у першому знеболенні.

Результати дослідження. При спостереженні протягом 24 годин було встановлено, що через 3 години після операції, пацієнтам з I групи не знадобилось введення морфіну, в той час, як 15,7% пацієнтів II групи потребували його введення. У подальшому потреба в опіоїдах спостерігалась: через 8 годин (5% та 31,5%), 16 годин (10,5% та

26,3%), 24 годин (5% і 15,7%) в I та II групах відповідно. Це продемонструвало значне зниження потреби в наркотичних анальгетиках у I групі.

Час потреби в першому знеболенні опіоїдами був значно подовженим в групі I (8 годин), порівняно з групою II ($3,40 \pm 1,25$ годин).

Результати оцінки болю за VAS були достовірно нижчими в I групі, порівняно з II групою: $0,78 \pm 0,63$; $2,39 \pm 0,82$; $3,49 \pm 1,1,2$; $3,57 \pm 1,36$; $3,78 \pm 1,23$ балів відповідно через 3, 8, 12, 16 та 24 годин після оперативного втручання, тоді як в II групі — $4,78 \pm 1,03$; $6,44 \pm 1,53$; $6,2 \pm 1,34$; $5,87 \pm 1,4$; $5,6 \pm 1,33$ балів у відповідні години.

Висновки. ESP-блок забезпечив ефективну післяопераційну аналгезію, зменшив потребу в опіоїдах та покращив комфорт перебування в хірургічному стаціонарі у пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ КОРОТКОГО ЗАПИСУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ФУНКЦІОНАЛЬНО ЗДОРОВИХ ОСІБ В ДИНАМІЦІ РЕЄСТРАЦІЇ НА ПОЧАТКУ ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ 2022 РОКУ

Єфремова А., Юрченко Б., Невежин Р., Сливенко М., Третяк А., Буркут О., Безсонова В.

Науковий керівник: доц. Невойт Г.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Аналіз короткого запису варіабельності ритму серця (КЗВРС) – це релевантний метод для оцінки поточного функціонального статусу пацієнта для рутинного використання в практичній охороні здоров'я. Спектральні компоненти КЗВРС мають доведені фізіологічні кореляти, є маркерами вегетативної активності, відображають характер і інтенсивність регуляторного впливу на організм головного мозку, гіпатолома-гіпофізарно-надниркової і вегетативної нервової систем (Яблунчанський М.І., 2010; Басєвський Р.М., 1985-2017).

Мета: дослідити показники КЗВРС у функціонально здорових осіб в динаміці перших тижнів початку воєнних дій в Україні з оцінкою їх функціонального стану.

Методи дослідження: відкрите, нерандомізоване, неконтрольоване дослідження з динамічної реєстрації КЗВРС виконувалось 8 функціонально здоровим особам – медичним співробітникам відділен-

ня (медіана віку – 42 (25;55) років, 3% (2/8) – чоловіки) на базі навчально-практичного центру біофотоніки і валеології кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів у терапевтичному відділенні комунального підприємства «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» з 02.03.2022 по 29.04.2022 р. Електрокардіологічна реєстрація й обробка КЗВРС здійснювалась апаратно-програмним комплексом Полі-спектр (Нейрософт) у фоновому та ортостатичному режимах згідно вимог і рекомендацій у першій половині доби в приблизно однаковий час. Респонденти додатково вели щоденник «стресорного впливу». Використався алгоритм клінічного аналізу КЗВРС, адаптований для використання у терапевтичній практиці (Мінцер О.П., Потяженко М.М., Невоїт Г.В., 2019-2021). Отримані результати підлягали додатковому графічному відображенню динаміки по кожному респонденту із наступним візуальним аналізом.

Результати дослідження: встановлено, що весь період спостереження функціональний стан респондентів характеризувався активацією стану стрес-реалізуючих систем різного ступеня у 100% випадків. Індивідуально були виявлені епізоди функціонального навантаження, які співвідносились із даними щоденника за абсолютною загальною електромагнітною потужністю, ступенем виразності нестабільності серцевого ритму, амплітуди моди, рівнем задіяності центральних механізмів регуляції кровообігу.

Висновок: аналіз КЗВРС дозволяє об'єктивно досліджувати рівні стресу і функціональний відгук організму на нього. Використання КЗВРС може бути важливо для скринінгу рівня здоров'я у робочих колективах під час воєнних дій для виявлення осіб із психоемоційним перенапруженням задля своєчасної корекції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕПІДУРАЛЬНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ

Жук М., Бровко С.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Більшість пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози мають вікові зміни серцево-судинної системи та виражену супутню хронічну патологію. Враховуючи

збільшення частоти використання регіонарних методів знеболення та тенденцію до зменшення застосування опіоїдів, вибір методу післяопераційного знеболення даної групи пацієнтів є досить складним.

Мета: дослідити ефективність продовженої епідуральної блокади в післяопераційному періоді хворих оперованих з приводу доброякісної гіперплазії простати та порівняти з іншими методами знеболення.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз лікування 68 пацієнтів, які перебували в післяопераційному періоді на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КП "Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР" з приводу радикальної простатектомії у 2020 – 2021 роках. Хворі були розподілені на дві рівні групи. До першої групи були віднесені пацієнти, яким проводили продовжену епідуральну блокаду, до другої – системну аналгезію з використанням морфіну гідрохлориду та нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) у стандартних дозах.

Результати дослідження. Згідно з результатами досліджень, продовжена епідуральна блокада в післяопераційному періоді забезпечує більш виражений аналгетичний ефект в порівнянні із системною аналгезією. В ході дослідження була оцінена інтенсивність больового синдрому за допомогою візуальної аналогової шкали болю (ВАШ). Середній рівень больового синдрому через 4 години після оперативного втручання у хворих першої групи становив $0,41 \pm 0,10$ бали, в хворих із системною аналгезією $3,65 \pm 0,19$ бали. Середній рівень больового синдрому через 24 години у пацієнтів з продовженою епідуральною блокадою становив $0,68 \pm 0,13$ бали у порівнянні з $3,56 \pm 0,18$ балами у пацієнтів із системною аналгезією. У ході ретроспективного аналізу встановлено, що тривалість перебування у стаціонарі пацієнтів з першої групи склало $5,68 \pm 0,67$ ліжка - днів у порівнянні з $6,88 \pm 1,08$ ліжка-днями для пацієнтів з другої групи.

Висновки. Результати досліджень підтверджують, що післяопераційна епідуральна аналгезія має низку переваг перед системною аналгезією з використанням морфіну гідрохлориду та НПЗП, а саме: забезпечення достатнього рівня знеболення, зменшення тривалості перебування у стаціонарі.

ВИКОРИСТАННЯ МОДУЛІВ АПАРАТІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ ПРИ ЗАСТАРІЛИХ ТРАВМАХ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ

Захаренко В.

Науковий керівник: доц. Пелипенко О.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Апарати зовнішньої фіксації є невід'ємним компонентом надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах невідкладних станів, в тому числі бойової травми. Використання даного методу остеосинтезу дозволяє зберегти життя пацієнту в перші часи після травми та забезпечити зрощення перелому у віддаленому періоді. Тим не менш, наявність зовнішніх конструкцій може бути причиною ускладнень інфекційного та функціонального характеру.

Мета роботи. Визначити роль ефективності модулів апаратів зовнішньої фіксації в лікуванні складних переломів гомілково-ступневого сегменту як самостійного методу лікування та можливостей його заміни іншим методом

Матеріали та методи дослідження. Досліджено результати лікування 11 пацієнтів з внутрішньосуглобовими переломами дистального відділу великогомілкової кістки, яким на етапі спеціалізованої медичної допомоги накладався апарат зовнішньої фіксації. У 9 випадках перелом був відкритим, у 2 випадках апарат накладався з метою репозиції, як сучасна альтернатива скелетному витягненню. Причиною пошкодження був високоенергетичний вплив: кататравма – 7 випадків (63,6%), ДТП – 2 (18%), вогнепальне поранення – 2 (18%). Усім хворим виконувалось КТ-дослідження.

Тактика подальшого лікування 2 хворих обговорювались на спільному клінічному розгляді за участю провідних фахівців клініки Oslo University hospital Ullevål (Осло, Норвегія). Загальні тактичні та технічні підходи повністю співпали.

Результати дослідження. Загоєння ран за умов відсутності наявності ознак гострого запального процесу було показанням до застосування екстремедулярного остеосинтезу у 6 хворих. У двох пацієнтів виконано заміну фіксаційного модулю АЗФ на компресійно-дистракційний трансосальний модуль. У 4 пацієнтів біологічні та механічні особливості ушкоджених тканин стали причиною виконання артрорезування. Середній термін перебування на стаціонарному лікуванні склав 24 доби.

Віддалені результати проведеного лікування простежені протягом 6 місяців. Незадовільність результатів була зумовлена прогнозованими змінами функціональних характеристик суглобу, що пов'язані із особливостями високоенергетичної травми.

Висновки. Використання апаратів зовнішньої фіксації при переломах дистального відділу гомілки може бути як кінцевим, так і етапним методом відновлення функції ходи. Вибір даного методу лікування, як основного, пов'язаний з технічними та пацієнтзалежними факторами перебігу травматичного процесу.

ПЕРЕВАГИ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ЗАВЕРШЕННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТОМІЇ

Зезекало Є.

Науковий керівник: проф. Дудченко М.

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Жовчнокам'яна хвороба – одне з найпоширеніших захворювань гепатобіліарної системи. У зв'язку з низькою діагностикою, все частіше, пацієнти звертаються за допомогою з розвитком ускладнень, одне з яких це механічна жовтяниця. В багатьох випадках виникають труднощі у виборі вірного методу оперативного лікування.

Мета роботи. Визначити показання та протипоказання кожного з методів завершення відеолапароскопічної холедохолітомії та оцінити переваги і недоліки кожного з них.

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано історії хвороб 36 пацієнтів з попереднім діагнозом «Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит. Холедохолітіаз. Механічна жовтяниця», яким було виконано оперативне лікування співробітниками кафедри хірургії №4, на базі КП «2-а МКЛ ПМР». Всі пацієнти були поділені на дві групи. В обох групах порівняння пацієнтам було виконано відеолапароскопічну холедохолітомію та холецистектомію з різницею в тім, що у пацієнтів I групи (20 пацієнтів) операція завершилася зовнішнім дренажуванням холедоха по Керте, а у пацієнтів II групи (16 пацієнтів) – антеградним стентування холедоха. Відношення жінок до чоловіків в обох групах становить: 31 до 5 (86% до 14% відповідно). Середній вік пацієнтів в обох групах складав 69,3 років. Прояви механічної жовтяниці у пацієнтів оцінювала по наступним показникам (вказані середні значення серед усіх пацієнтів обох груп

порівняння): рівень загального білірубіна, який складав – $103,4 \pm 15,6$ мкмоль/л (за рахунок прямого) та рівень лужної фосфатази – $160,2 \pm 25,5$ Од/л. Ступінь біліарної гіпертензії оцінювали за діаметром загальної жовчної протоки по даними УЗД та МРТ ОЧП з холангіографією – середній показник у пацієнтів обох груп складав 17 мм., а мінімальний – 12 мм.

Результати дослідження. У пацієнтів обох груп вдалося успішно виконати літоекстракцію жовчних конкрементів, або їх бужування з подальшим зміщенням у ДПК.

У I-ї групи пацієнтів виникали скарги на дискомфорт за рахунок наявності зовнішнього дренажа протягом 4 тижнів після оперативного втручання, постійний страх зрушити або ненароком його вилучити з черевної порожнини. Однак перевагою його наявності – можливість проведення післяопераційної фістулохолангіографії.

Жодних ускладнень під час проведення оперативних втручання та в післяопераційний період у всіх пацієнтів не виявлено.

Вилучення дренажів та стентів проводилося через 4 тижні після оперативного втручання при контрольному огляді оперуючим хірургом. Вилучення стентів виконувалося шляхом фіброгастроуденоскопії.

Висновок. Таким чином, нами було проаналізовано переваги та недоліки різних методів завершення відеолапароскопічної холедохолітотомії, в результаті чого ми можемо значно покращити результати лікування хворих із холедохолітіазом та механічною жовтяницею.

ІНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ОСІБ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Іваненко А., Іценко О., Романцова Л., Бащеванжи М., Гайдай О.

Науковий керівник: к. мед. н. Санік О.

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Полтавський державний медичний університет.

Актуальність. Україна сьогодні посідає одне з перших місць серед країн європейського регіону за кількістю ВІЛ-позитивних осіб. Кожен сотий громадянин України у віці від 15 до 49 років інфікований ВІЛ, що є одним із найвищих показників серед країн регіону.

Мета. Своєчасно діагностувати ВІЛ інфекцію у пацієнта для етіологічного лікування та попередження ускладнень.

Методи дослідження. Клініко-неврологічне дослідження, загальноклінічні та параклінічні методи дослідження.

Хворий В., 26 років, ІТ-спеціаліст, звернувся зі скаргами на порушення рухів в лівих кінцівках, відчуття оніміння в них, порушення мови, загальну слабкість, двоїння в очах при погляді ліворуч. Стан виник раптово вночі, коли вставши до туалету відчув вище названі скарги. Протягом півроку періодично відмічав субфебрильну температуру (не турбувало), був епізод оніміння язика протягом 10 хв, який більше не повторювався.

Неврологічний статус: Зіниці D=S. Диплопія при погляді ліворуч. Носо-губна складка згладжена ліворуч; при виписці обличчя симетричне. Язик: по середній лінії. М'язова сила при поступленні в лівих кінцівках: 3.5-4б., при виписці-5б. М'язовий тонус звичайний. Проба Барре позитивна ліворуч. Рефлекси з рук: D≤S, Черевні рефлекси відсутні. Рефлекси з ніг: колінні D≤S; ахілові D≤S, ступневі патологічні знаки: р-с Бабінського (+) ліворуч; при виписці: негативний. Рефлекси орального автоматизму: р-с Марінеску-Радовічі (+) ліворуч. Дизартрія. Чутливість: лівобічна гемігіпестезія. Емоційно лабільний.

За даними МРТ головного мозку: МР-ознаки множинних ішемічних інфарктів на межі басейнів правих передньої, середньої та задньої мозкових артерій (інфаркти пограничної зони водорозділу), гостра стадія.

Cito test антитіла до ВІЛ: взято тричі - позитивний.

Враховуючи дані анамнезу, клініко-неврологічного та інструментального досліджень хворому було встановлено діагноз: Ішемічний інсульт на межі басейнів правих передньої, середньої та задньої мозкових артерій з минулим лівобічним геміпарезом, минущою дизартрією, лівобічним нейросенсорним синдромом, зоровими порушеннями. Лікування згідно уніфікованого клінічного протоколу №602. Хворому рекомендовано звернутись до обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом для подальшого дообстеження та лікування.

Висновки. Ранній вік хворих на ішемічний інсульт та множинні осередки ішемії на МРТ ГМ, наявність транзиторних ішемічних станів, субфебрильної температури у анамнезі, спонукає обстежити пацієнта на наявність ВІЛ інфекції для подальшого антиретровірусного лікування та попередження ускладнень.

ВИБІР МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ

Іванова Г., Шумар К.

Науковий керівник: доц. Кравців М.

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: Геморой – є найбільш розповсюдженим захворюванням аноректальної зони, що характеризується варикозним розширенням вен прямої кишки. За даними ВООЗ гемороєм страждають кожні 3 людини з 4 в світі. Найчастіше дане захворювання потребує оперативного лікування, тому вибір оптимального методу лікування даної патології є дуже актуальним в світовій проктологічній практиці.

Мета: Порівняти ефективність методу РЧА гемороїдальних вузлів *Rafaelo* та гемороїдектомію по Міллігану – Моргану для лікування хронічного геморою всіх ступенів (I – IV) за класифікацією J. Goligher та визначити пріоритетну методіку оперативного лікування хронічного геморою.

Методи дослідження: У дослідження прийняло участь 135 пацієнтів, які були поділені на дві групи. Першу групу склали 75 хворих, що були прооперовані методом РЧА гемороїдальних вузлів *Rafaelo*, другу групу становили 60 хворих, яким була проведена гемороїдектомія по Міллігану – Моргану. Хворим було досліджено вплив симптомів на якість та життя пацієнтів (QoL) до та після операції, оцінено тяжкість гемороїдальних симптомів та рівень післяопераційного болю згідно візуально – аналогової шкали, частоту ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, кількість випадків рецидиву та порівняно результати обох груп між собою.

Результати: При проведенні опитування про вплив симптомів геморою на якість життя пацієнтів (QoL), середній бал хворих, що оперовані методом РЧА становив $0,36 \pm 0,85$, що значно нижче порівняно з середнім балом хворих, оперованих методом Міллігана – Моргана – $2,43 \pm 1,12$. Також хворі, що були прооперовані методом Міллігана – Моргана пред'являли скарги на сильний біль в післяопераційному періоді та потребували введення анальгетиків, що не спостерігалось серед першої досліджуваної групи. Ефективність та перевагу методу РЧА над гемороїдектомією по Міллігану- Моргану показує також повернення хворих до нормальної фізичної активності та роботи, так як при РЧА це було можливо на 1 – у добу після операції. При подальшому спостереженні за прооперованими хворими, ре-

цидив хронічного геморою був значно нижчий серед досліджуваних першої групи та становив 4% (3 пацієнта), порівняно з другою групу дослідження, де рецидив становив 20% (12 пацієнтів).

Висновок: Метод РЧА гемороїдальних вузлів методом Rafaelo є менше травматичним, простим у виконанні для хірургів, характеризується незначним рівнем післяопераційного болю, низькою частотою ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень та рецидиву, не потребує додаткової терапії та характеризується коротким періодом реабілітації.

ОЦІНКА МЕТОДУ СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ З ЕПІДУРАЛЬНИМ ОБ'ЄМНИМ РОЗШИРЕННЯМ З ПОЗИЦІЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄТОК ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Иценко Т., Шумик К.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Стандартна спінальна анестезія (СА) та спінальна анестезія з епідуральним об'ємним розширенням (СА ЕОР), є одними з основних методів знеболювання при операції кесаревого розтину. Одним із головних ускладнень є інтраопераційна схильність до гіпотензії, за даними різних авторів частота розвитку якої може становити 60%. Намагання використовувати низькі дози препаратів для місцевої анестезії (бупівакаїн <7 мг) знижували частоту розвитку гіпотензії на 22%, але не виключали її зовсім. При цьому знижувалась якість анестезії, і кожна четверта пацієнтка потребувала введення додаткових анальгетиків з високим ризиком переходу на загальну анестезію. Також зниження дози місцевого анестетика призводило до неадекватного рівня спінального блоку, що було однією з причин невдач СА.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз методик СА та СА ЕОР у пацієток під час проведення анестезіологічного забезпечення кесаревого розтину.

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі перинатального центру КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського ПОР». Виконано ретроспективний аналіз карт анестезіологічного забезпечення при плановому розродженні методом кесаревого розтину за 2021 рік. Вивчено 60 обмінних карт (вагітні

віком від 20 до 40 років із терміном гестації 38-39 тижнів), сформовано дві групи: контрольну групу СА (n=30) та дослідну групу СА ЕОР (n=30). Групі СА ЕОР під місцевою анестезією, сидячи, проводилися пункція та катетеризація епідурального простору на рівні L1-2. Виконувалася спінальна анестезія 0,5% розчином бутівакаїну на рівні L3-4. Як тільки в павільйоні спінальної голки з'являвся ліквор, в епідуральний катетер вводилося 10,1±1,9мл 0,9% розчину натрію хлориду, і тільки після цього ін'єктувався місцевий анестетик. Відразу після виконання жінки укладалися горизонтально з нахилом 15° операційного столу вліво. Головна відмінність методик полягає в тому, що розширення епідурального простору передує СА. Усі вагітні отримали постінфузію 0,9% розчину натрію хлориду. Інтраопераційний моніторинг включав оцінку ЧСС, SpO₂, вимірювання АТ кожні 5 хв. Верхній рівень сенсорного блоку, рівень моторного блоку (за шкалою Bromage), рівень болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) оцінювалися протягом усієї операції.

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження встановлено, що об'єм введеного анестетика менший у групі СА ЕОР, ніж у групі СА: 7,4±0,6 мг та 10,7±0,8 мг відповідно (p<0,05). В інтраопераційному періоді спостерігалися відмінності у гемодинамічному профілі між групами: у групі СА показники САТ 104,7±9,2 мм рт.ст., у групі СА ЕОР відзначено менш виражений розмах САТ 112,6±4,7 мм рт.ст. Верхній рівень сенсорного блоку через 10 хв. після СА становив Th2-3 (p = 0,001) і не відрізнявся у групах. До закінчення операції через 35,5±5,5 хв. висота сенсорного блоку в групах знизилася до Th6-7 (p <0,001). Незважаючи на високий блок, не зареєстровано випадків гіпотензії (АТ < 90 мм рт.ст.), брадикардії (ЧСС < 60 хв). Середній об'єм інфузійної терапії під час операції у групах достовірно не відрізнявся і не перевищував 1000 мл. Рівень моторного блоку через 20 хв після СА в групах був однаковим 1,3±0,7 (p < 0,001); середня тривалість не перевищувала 45±10 хв. Об'єм крововтрати не відрізнявся між групами. Додатково анальгетики та адреноміметики не вводилися. Якість анестезії висока при використанні обох методик. Відмінностей впливу на стан новонароджених не було.

Висновки. Таким чином, методика спінальної анестезії з епідуральним об'ємним розширенням має переваги перед стандартною методикою, що полягають у зменшенні об'єму анестетика, що вводиться та більш стабільній гемодинаміці без зниження якості анестезіологічного забезпечення.

ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД З ЕПІЗОДАМИ КАТАТОНІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Качур Р.

Наукові керівники: доц. Бойко Д.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Шизоафективний розлад – ендогенне психічне захворювання, що поєднує ознаки розладів настрою та шизофренії. Вищезгадані симптоми повинні проявлятися при загостренні одночасно, за умови виключення органічних уражень головного мозку та вживання психоактивних речовин. Часом для лікаря на перший план можуть вийти симптоми однієї групи, як наслідок – недостатнє лікування через невільно встановлений діагноз.

Мета – описати складність діагностики шизоафективних розладів у клінічній практиці лікаря-психіатра.

Матеріали та методи. Пацієнтка 36 років, що надала інформовану згоду на участь у дослідженні, якій проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження.

Результати. Пацієнтка магістр зоології, перебуває у цивільному шлюбі. При первинному огляді скаржилася на постійний поганий настрій та тривогу, небажання нічого робити, періодичні напади плачу 2-3 рази на день, безсоння. Вважала себе хворою близько 10 років, коли внаслідок загибелі одного з птахів, якими вона опікувалась, вперше виникло стійке та тривале зниження настрою. Після загибелі іншого птаха кілька місяців тому відчула погіршення стану, що проявлялося вищевказаними скаргами. На момент огляду гіпомімічна, відмічалася очний негативізм, на питання відповідала дивлячись у підлогу, тихим голосом, модуляції голосу слабкі. Настрій знижений. У розмові, згадуючи померлого птаха, розплакалася, після зміни теми заспокоїлась. Відзначалися паралогії, схильність до резонерства. Свідомо надміру демонструвала власний високий інтелектуальний рівень. У мові активно використовувала спеціалізовану термінологію, пов'язану зі спеціальністю вищої освіти та неологізми на ту ж тематику. Пам'ять і інтелект без порушень. Соматичної патології не виявлено. Призначено вортиоксетин починаючи з 10 мг на добу, проводилась когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

Після низки зустрічей та досягненні психотерапевтичного альянсу під час ретельного опитування повідомила нові деталі, про які не розповідала на попередніх візитах: періоди завмирання, котрим не

надавала значення, описуючи цей стан «наче сковує сумом». За словами чоловіка, вони виникали раз на кілька тижнів і тривали не менше години, у цей час не реагувала на зовнішні подразники. Пояснюючи свій знижений настрій, висловлювала ідеї самозвинувачення: «маю врятувати птахів від смерті та хвороб, але ні на що не здатна... моя місія у цьому світі провалилась... я тепер ніхто». Встановлено діагноз: шизоафективний розлад, депресивний тип (F25.1). Лікування: вортіоксетин 15 мг на добу, ламотриджин 100 мг на добу, КІПТ. Через місяць після корекції лікування стан покращився: настрої рівний, ідеї самозвинувачення нівелювались, епізоди завмирання не реєструвались.

Висновки. Описаний клінічний випадок підкреслює важливість детального інтерв'ювання пацієнтів з афективними розладами, щоб визначити за наявності ознаки шизофренічного спектру та призначити ефективне лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ СТЕГНА У ПАЦІЄНТІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ

Кирилишен Д., Пілюсян А.

Науковий керівник: доц. Пелипенко О.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедію
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Оперативне лікування хворих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегнової кістки спрямовано не на відновлення анатомічної цілісності кістки, а на збереження життя постраждалих, яке підлягає реальній загрозі виникнення ускладнень, пов'язаних з гіпостатичним режимом. Наявність супутніх захворювань є ще більшим стимулом до прагнення повернути пацієнта до максимально функціонального стану. Найбільш оптимальним вирішенням вказаної задачі відповідає застосування оперативного лікування з використанням функціональних засобів остеосинтезу.

Мета роботи. Визначити вплив травми та оперативного втручання на перебіг супутніх хронічних захворювань у пацієнтів старечого віку з пошкодженнями проксимального відділу стегна.

Матеріали та методи дослідження. Досліджено результати лікування 42 пацієнтів з латеральними переломами проксимального відділу стегна (тип 31А за міжнародною класифікацією АО/ASIF). Спостереженню підлягали пацієнти за віком старші за 70 років. Серед-

ній вік склав 76.2 роки, найбільший вік – 94 роки. У групі спостереження переважали жінки – 31 випадок (74%).

Всі пацієнти мали супутні хронічні захворювання, з приводу чого консультовані відповідними спеціалістами: терапевтом – 100%, ендокринологом – 62%, неврологом – 50%, хірургом (в тому числі ангіохірургом) – 33%.

Усі хворі оперовані з використанням інтрамедулярного фіксатора PFNA. Результати ефективності лікування оцінювали за шкалою Харріса.

Результати дослідження. Середня тривалість оперативного втручання склала 42 хвилини. В післяопераційному періоді хворі отримували курс антикоагулянтної, симптоматичної терапії та антибіотикопрофілактику. Ускладнень пов'язаних з оперативним втручанням та летальності не було. Активну реабілітацію починали на наступний день після операції. Поступово пацієнти сідали у ліжку (1-а доба – 88%), проводилась їх вертикалізація (2-3 доба – 71,5%) та дозволялась хода за допомогою ходунків чи милиць під наглядом інструктора ЛФК (з 3 доби) з виключенням або частковим навантаженням оперованої кінцівки за індивідуальними показаннями.

Відмічалась чітка залежність можливостей виконання функціональних рухів від терміну проведення оперативного втручання. Пацієнти виписані на амбулаторне лікування після зняття швів у середньому на 12 добу.

Висновки. Застосування раннього остеосинтезу з використанням інтрамедулярної фіксації за умов проведення активної реабілітаційної програми дозволяє досягти позитивних результатів при лікуванні пацієнтів старшої вікової групи з переломами вертлюгової ділянки стегнової кістки.

ВПЛИВ АНТИБІОТИКІВ НА РОЗВИТОК КИШКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Кишка О., Засць А., Бутенко Ю., Кіяшко Д.

Науковий керівник: доц. Кир'ян О.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Захворювання кишечника залишаються одними із найбільш поширених серед захворювань шлунково-кишкового тракту. Останні роки відмічається зростання поширеності як функціональних,

так і органічних захворювань кишечника. Серед тригерів, що мають вагомий вплив на зростання кишкової патології багато науковців приділяють увагу зовнішнім факторам впливу. Антибіотики (АБ), які досить широко використовуються у всьому світі в лікуванні, промисловості, сільському господарстві, тощо, приводять до порушень у мікробіоті кишечника людини, провокуючи появу змін у кишковому епітелії, спонукаючи до кишкових захворювань та їх прогресування.

Мета роботи. Вивчити вплив антибактеріальних препаратів на розвиток захворювань кишечника.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було обстежено 78 пацієнтів із хворобами кишківника (2020-2021р.р.), в анамнезі яких виявлено прийом АБ, серед яких синдром подразненої кишки (СПК) мали 36 (46,1%) хворих, у 17 (21,8%) пацієнтів визначено запальні захворювання кишечника (ЗЗК), у 25 (32,1%) хворих – аденоматозні поліпи товстої кишки (АПТК). Для оцінки можливого впливу АБ на розвиток захворювань кишечника, нами розроблено опитувальник, який вивчав вікові, гендерні особливості, частоту та тривалість прийому АБ. Середній вік хворих становив $57,3 \pm 4,2$ роки, співвідношення чоловіків та жінок 1:1,2 без достовірної різниці. Діагнози встановлювали відповідно міжнародних та вітчизняних протоколів, із проведенням гістологічного, морфологічного дослідження. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група – в анамнезі виявлено частий прийом АБ ($n=48$), II група – АБ використовували 1 раз на рік та рідше ($n=30$).

Основні результати. Серед обстежених хворих I групи виявлено достовірно частіше використання АБ у віці 20-59 років – 37 (77,1%) пацієнтів ($p \leq 0,001$), ніж до 20 років, на відміну від II групи, де достовірної різниці не визначалося. При аналізі тривалості використання АБ в I групі виявлено більш тривале застосування АБ (більше 2-х місяців на рік) – 33 (68,7%) хворих ($p \leq 0,002$). В II групі частіше використовували АБ менше 2-х місяців – 21 (70%) пацієнт ($p \leq 0,01$). Порівнюючи I та II групу, щодо частоти виявлення СПК, ЗЗК, та АПТК достовірної різниці не виявлено. Відмічається тенденція до більш частого виявлення АПТК в I групі у віці з 20 до 59 років ($p \leq 0,1$). Також, у хворих із АПТК I групи, визначено триваліший прийом АБ, більше 2-х місяців – 15 (79%) хворих ($p \leq 0,02$), що може підтверджувати вплив даного фактору на розвиток АПТК.

Висновки. Отже, використання АБ має значний вплив на появу захворювань кишечника. Використання АБ тривало та у більш стар-

шому віці приводить до збільшення ризику появи АПТК та потребують подальшого дослідження даної проблеми.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРУ КАЛЬЦЕНЕВРИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ

Киян С.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Пошук раціональної топічної терапії хронічних запальних дерматозів обумовлено продовженням зростання захворюваності, хронічним рецидивуючим перебігом, збільшенням кількості хворих з формами захворювання резистентними до традиційного лікування. Топічні глюкокортикостероїди (ТГКС) залишаються засобами першої лінії зовнішньої терапії хронічних дерматозів, однак їх застосування обмежене у зв'язку з підвищеним ризиком небажаних лікарських реакцій. При тривалому лікуванні перевага застосування за топічними інгібіторами кальциневрину (мазь такролімусу) та аналогами вітаміну D (мазь кальціпотріолу). Багато досліджень останнім часом стосується лікування топічними інгібіторами кальциневрину атопічного дерматиту, тоді як використання їх при інших дерматозах, зокрема псоріазі, мало досліджено.

Метою нашої роботи визначити клінічну ефективність та безпеку місцевого застосування інгібітору кальциневрину (такролімусу) у комплексному лікуванні псоріазу.

Матеріали та методи дослідження. Під спостереженням перебували 26 пацієнтів – 19 чоловіків та 7 жінок, хворих на псоріаз в прогресуючій стадії, тривалістю хвороби від 2 до 11 років, які використовували 0,1% мазь такролімусу 2 рази на добу протягом 6 тижнів. Поширеність, тяжкість та ефективність лікування оцінювалася за індексом PASI. На початку лікування середній показник індексу складав 16.7. Під час лікування, результати оцінювалися на 3-му, 6-му та 9-му тижнях. Терапевтична ефективність визначалася за допомогою показника PASI 70 (відсоток хворих, у яких впродовж терапії індекс PASI зменшився на 70% і більше).

Результати. На 3-му тижні застосовування мазі такролімусу відмічалася припинення появи нових елементів висипу, зменшення свербіжув в 12(46,2%) хворих Після 6-го тижня лікування індекс PASI

70 був виявлений у 19 хворих (73,2 %). З 9-го тижня відбувалося розсмоктування елементів, відсутність лущення, часткове зникнення пігментних плям у 22 (84,6%).

Висновок. Місцеве застосування інгібітору кальцеврину (такролімусу) у комплексному лікуванні псоріазу показало достатньо високу клінічну ефективність. Інгібітор кальцеврину (такролімус) має величезний потенціал застосування при лікуванні різних дерматозів, що може змінити існуючий підхід до терапії цих захворювань.

РЕЗУЛЬТАТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Коваленко В., Мотієнко Я., Проконець Т., Реукова І., Цветков О., Мещеряков С.

Науковий керівник: доц. Настрога Т., ас. Ткач Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Лікарями екстреної медичної допомоги (ЕМД) на догоспітальному етапі, діагностика і надання медичної допомоги пацієнтам з гострим коронарним синдромом (ГКС), починається з моменту першого медичного контакту. Рання діагностика ГКС з елевацією сегмента ST (зі STEMI) на догоспітальному етапі та госпіталізація хворих у спеціалізовані структурні підрозділи ЗОЗ з метою проведення перкутанного коронарного втручання (ПКВ) знижують смертність та покращують результати лікування пацієнтів.

Мета: провести аналіз результатів надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим зі STEMI бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2019-2021 роки.

Матеріали і методи: проведений ретроспективний аналіз 410 карти виїзду бригад ЕМД (Ф №110/0) та супровідних листів (Ф №114/0) за 2019-2021 р. пацієнтів зі STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

Результати. На сьогодні, основним методом відновлення прохідності інфарктзалежної артерії (ІЗА) у хворих зі STEMI, відповідно до Наказу МОЗ України з №1936 від 14 вересня 2021 року, є проведення ПКВ. Пацієнти зі STEMI, після надання ЕМД, згідно Наказу МОЗ та затвердженого клінічного маршруту, для проведення

ургентного ПКВ госпіталізувалися у відділення інтервенційної радіології (ВІР) КП «Полтавська обласна клінічна лікарня Полтавської обласної ради» та КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради». Аналіз результатів свідчить, що кількість ургентних перкутанних коронарних втручань у ВІР ПОКЛ постійно збільшується. Так, у 2018, 2019 рр. в ургентному порядку стентовано 734 хворих із STEMI, у 2020 р. – 565 хворих, у 2021 р. – 801 хворих. Кількість ургентних перкутанних коронарних втручань у КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр ПОР» у 2019 р. становило – 162, у 2020 р. – 602, у 2021 р. – 1025. Аналіз показників летальності хворих зі STEMI після ПКВ свідчить про її зниження. Так, летальність хворих зі STEMI після ПКВ становила у 2019 р. – 6.2%, 2020 р. – 4.7%, 2021 р. – 3.0%. Тоді як летальність від інфаркту міокарда по Полтавській області становить 14.5%.

Висновки: отримані результати свідчать про ефективність своєчасної ранньої реперфузії у хворих зі STEMI.

ЗАГРОЗЛИВИЙ ВИКИДЕНЬ, ЩО УСКЛАДНИВСЯ РЕТРОХОРІАЛЬНОЮ ГЕМАТОМОЮ

Ковтун О., Денисенко А., Бабич В., Грохольська К. Ярмак М.

Науковий керівник: доц. Макаров О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ранні втрати вагітності є найчастішими її ускладненнями. Відповідно з сучасними уявленнями, 85% всіх втрат вагітності відбувається до 12 тижнів вагітності. Одним із вагомих проявів, що загрожують пролонгуванню вагітності, є утворення ретроплацентарної гематоми. Порушення процесів інвазії трофобласта в спіральні артерії матки в першому триместрі призводять до реалізації пізніх гестаційних ускладнень, а саме – передчасних пологів, прееклампсії, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Дані ускладнення підвищують ризики перинатальної і материнської захворюваності та смертності.

Мета дослідження. Оптимізація лікування ретрохоріальної гематоми із застосуванням транексамової кислоти як базового препарату гемостатичної терапії.

Матеріали та методи. Нами було проведено обстеження 50 вагітних із клінікою загрозливого викидню та УЗ-ознаками ретрохоріальної гематоми в терміні вагітності 8-12 тижнів. Пацієнтки отримували стандартну зберігаючу терапію, що включала препарати мікронізованого прогестерону 600 мкг, транексамову кислоту в дозі 1500 мг через 8 годин внутрішньовенно перші 5 діб лікування з наступним переходом на пероральний прийом 1000 мг кожні 8 годин, протягом 7 днів. На 12 добу лікування всім вагітним проводилось контрольне клініко-лабораторне обстеження, що включало в себе УЗ-обстеження та дослідження стану системи згортання крові.

Результати роботи. Внаслідок проведеного лікування ознаки загрозливого викидню нівелювались, кровомазання припинялись в інтервалі 3-6 діб від початку терапії. До моменту виписки, в середньому на 12 добу, ретрохоріальна гематома за даними УЗ-дослідження була на стадії розсмоктування. Повне зникнення УЗ-ознак ретрохоріальної гематоми діагностували через 18-22 дні від початку лікування. При обстеженні системи гемостазу негативного впливу транексамової кислоти не було виявлено.

Висновки. Застосування препаратів прогестерону сумісно з гемостатичними препаратами значно покращує динаміку перебігу гестації, гемостатичних та ультразвукографічних маркерів загрозливого викидню у вагітних з ретрохоріальною гематомою та достовірно зменшує кількість самовільних викиднів. Відсутність негативного впливу транексамової кислоти на систему гемостазу надзвичайно важливо в умовах фізіологічної гіперкоагуляції, яка патогномічно супроводжує вагітність.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ В УМОВАХ ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ

Койнаш С.

Наукові керівники: ас. Шевчук М.

Кафедра хірургії №4 з малоінвазивною хірургією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В даний час широкого поширення набули стаціонарзамінні технології. Із позитивних сторін такого лікування виділяють значне зниження кількості внутрішньогоспітальних інфекційних ускладнень, швидку реабілітацію хворих, зниження вартості лікуван-

ня. У країнах Європи та США понад 60% планових лапароскопічних холецистектомій виконують в умовах стаціонару одного дня.

Мета роботи: оцінка можливості виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) у хворих із хронічним калькульозним холециститом в умовах стаціонару короткострокового перебування.

Матеріал та методи. Робота заснована на оцінці результатів лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу, хронічний калькульозний холецистит в умовах стаціонару одного дня (до 23 годин), пролікованих у КП «2-га МКЛ ПМР» та КП «3-я МКЛ ПМР» (клінічні бази кафебри) за період вересень 2019 – березень 2022 р. До дослідження включено 64 пацієнти в тому числі числі 56 жінок та 8 чоловіків. До I групи увійшли 33 хворих, яких лікували в умовах стаціонару одного дня. У II групу увійшли 31 хворий, яких лікували за загальноприйнятою методикою. Середній вік хворих I групи становив 49 ± 12 років, II – 50 ± 11 років. Групи були зіставні за віком, термінами захворювання, частотою супутніх захворювань. До дослідження не увійшли хворі з механічною жовтяницею в анамнезі, з безсимптомним холедохолітазом, поганою візуалізацією елементів шийки жовчного міхура при УЗД, ризиком анестезії >3 за класифікацією ASA. Слід також зазначити, що раніше перенесені операції на органах черевної порожнини є відносним протипоказанням до одноденного хірургічного лікування. У I групі 15% пацієнтів раніше перенесли операцію на органах черевної порожнини, у II групі таких пацієнтів було 40%. У цієї категорії хворих можливість ранньої виписки прямо корелювала з інтраопераційними складнощами мобілізації жовчного міхура та елементів його шийки. У такій ситуації ми дренивали підпечінковий простір, а питання про ранню виписку вирішували індивідуально, залежно від клінічної ситуації. Усім хворим ЛХЕ виконувалася за стандартною 4-портовою методикою під ендотрахеальним наркозом.

Результати. Середній час операції у I групі становило 44 ± 16 хв., у II групі – 47 ± 7 хв. Значних відмінностей за цим показником не виявлено. Інтраопераційних ускладнень не було. У ранньому післяопераційному періоді у 1 (3,2%) хворого II групи діагностовано інфільтрат у проекції параумбілікальної троакарної рани, який вилікуваний консервативно. Хворих I групи виписували за відсутності нудоти, блювоти, достатньому усуненні больового синдрому пероральними ненаркотичними анальгетиками, відновлення можливості самообслуговування. 1 (3%) пацієнт I групи був виписаний на 2-у добу після операції у зв'язку з нудотою, що зберігається. Тривалість післяопераційного періоду

у 30 хворого I групи становила $20 \pm 1,2$ год, II групи - 62 ± 2 години. Усіх хворих I групи перші 3 доби після операції контролювали телефоном.

Висновки. У хворих на хронічний калькульозний холецистит виконання ЛХЕ можливе в умовах стаціонару одного дня при ретельному відборі пацієнтів. Даний спосіб лікування дозволяє скоротити терміни перебування хворих у стаціонарі та знизити фінансові витрати при лікуванні цієї категорії хворих.

ІНТРАНАТАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ МАГНІЮ – АКУШЕРСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ

Кузнецова К., Тур О., Головка І., Мовчан Л., Битько Т.

Наукові керівники: ас. Бордюг В., ас. Кірічек В.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Сульфат магнію широко застосовується в лікуванні загрози передчасних пологів у вагітних.

Мета дослідження. Оцінити вплив інтранатальної магnezіальної терапії на показники неонатальної смертності, частоту основних ускладнень неонатального періоду.

Методи дослідження. Нами був виконаний ретроспективний аналіз історій вагітності і пологів на базі КНМП «Кременчуцький перинатальний центр II рівня» за 2020-2021 роки. В 2020 році було 1908 пологів. З них 57(2,9%) передчасних пологів. За 2021 рік було 1802 пологів. З них 66(3,6%) передчасних пологів. У дослідження були включені 94 роділлі, що перебували в I періоді передчасних пологів. Усі пацієнтки мали одноплідну вагітність, головне передлежання плода, гестаційний термін від 30 до 35+6 тижнів. У 38 вагітних пологи розпочались на тлі цілого плодового міхура, у 56 – на тлі передчасного розриву плодових оболонок. I група (45 пацієток) під час вагітності отримувала стандартний комплекс медичної допомоги, регламентований клінічним протоколом МОЗ України «Передчасні пологи», – токолітичну терапію, профілактику синдрому дихальних розладів новонародженого, у разі передчасного розриву плодових оболонок – антибактеріальну терапію. II група (49 пацієток) у пологах (активна фаза I періоду) з метою профілактики внутрішньочерепних крововиливів отримувала сульфат магнію за схемою: інфузія 16мл 25% розчину магнію сульфату, розчинених у 200 мл фізіологічного розчину, яка тривала 1 годину, у подальшому ще 4 години вагітній в/в вводили

16мл магнію сульфату в 400 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 1 г (100мл розчину) на годину. Сумарна доза магнію сульфату становила 8 г сухої речовини.

Результати. Серед 94 новонароджених випадків мертвонародження не було. Інтранатальна магnezіальна терапія, яка проводилась з метою нейропротекції, порівняно із новонародженими, матері яких отримували стандартне лікування, не чинила негативного впливу на первинну адаптацію недоношених новонароджених, про що свідчить відсутність відмінностей в оцінці за шкалою Апгар і показниках ранньої неонатальної смертності новонароджених та відсутність у них внутрішньошлункових крововиливів.

Висновки. Застосування інтранатальної магnezіальної терапії дає змогу ефективно профілакувати внутрішньочерепні крововиливи у недоношених новонароджених. Проведення цієї терапії за описаною схемою сприяє також поліпшенню подальшого нервово-психічного розвитку цих новонароджених.

ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИЙ ТИСК ЯК КРИТЕРІЙ ВІРОГІДНОСТІ ТЯЖКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ

Кузьменко В., Федоренко В., Маринчук А.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: синдром внутрішньочеревної гіпертензії є одним із дуже важливих факторів у розвитку розладів життєво важливих систем у пацієнтів із абдомінальною патологією, що вимагає своєчасної діагностики й негайного лікування. Моніторинг внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) дає можливість своєчасно розпізнавати його загрозливий рівень і застосовувати необхідні профілактичні та лікувальні заходи.

Мета: вивчити зв'язок підвищення ВЧТ з розвитком ускладнень після хірургічних втручань у хворих з абдомінальною патологією та оптимізувати його моніторинг у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ).

Матеріали та методи дослідження: відбір матеріалу для даного дослідження був проведений серед пацієнтів ВАІТ КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М. В. Скліфосовського ПОР». Проспек-

тивно проведено обстеження та вимірювання ВЧТ методом Крона на 1-шу, 3-тю, 5-ту добу перебування у ВАІТ та ретроспективно проаналізовані дані 40 пацієнтів з абдомінальною патологією після хірургічних втручань. Серед них було виділено чотири групи по 10 пацієнтів: із захворюваннями печінки, підшлункової залози, шлунка та товстого кишечника.

Результати дослідження: серед пацієнтів із захворюваннями печінки (n=10) ускладнення виникли у 80% (n=8), летальність – 50% (n=5). Оцінка за АРАСНЕ II серед хворих з ускладненнями становила $16,0 \pm 2,1$ бала, середній показник ВЧТ – $15,1 \pm 1,9$ мм рт. ст., а тривалість перебування у ВАІТ – $20,8 \pm 2,2$ ліжко-дня, в той час як у хворих без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $9,7 \pm 1,1$ бала, середній ВЧТ – $10,2 \pm 1,6$ мм рт.ст., а тривалість перебування у ВАІТ – $4,0 \pm 1,2$ ліжко-дня. У групі пацієнтів із захворюваннями підшлункової залози (n=10) ускладнення виникли у 50 % (n=5), летальність – 10 % (n=1). Оцінка за АРАСНЕ II серед хворих із ускладненнями становила 14 ± 2 бали, середній показник ВЧТ – $17,5 \pm 2,0$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАІТ – $28,8 \pm 3,1$ ліжко-дня. У хворих без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $10,8 \pm 1,2$ бала, середній ВЧТ – $8,9 \pm 1,3$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАІТ – $2,6 \pm 1,0$ ліжко-дня. Серед пацієнтів із захворюваннями товстого кишечника (n=10) ускладнення виникли у 30 % (n=3) осіб, летальність – 10 % (n=1). Оцінка за АРАСНЕ II серед хворих із ускладненнями становила $18,7 \pm 1,9$ бала, середній показник ВЧТ – $13,8 \pm 1,4$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАІТ – $21,3 \pm 1,73$ ліжко-дня. У хворих без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $9,0 \pm 1,8$ бала, середній ВЧТ – $7,4 \pm 1,3$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАІТ – $2,7 \pm 0,5$ ліжко-дня. Серед пацієнтів із захворюванням шлунка (n=10) ускладнення виникли у 20 % (n=2) осіб, летальність – 0%. Оцінка за АРАСНЕ II у хворих із ускладненнями становила $16,0 \pm 1,4$ бала, показник ВЧТ – $12,3 \pm 1,7$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАІТ – $9,5 \pm 1,4$ ліжко-дня. У пацієнтів без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $10,0 \pm 2,3$ бала, середній ВЧТ – $10,7 \pm 2,5$ мм рт.ст., а тривалість перебування у ВАІТ – $3,1 \pm 1,1$ ліжко-дня. Структура ускладнень, що виникали у пацієнтів у післяопераційному періоді (n=18): гнійно-септичні ускладнення – 44,44%, нозокоміальна пневмонія – 16,67 %, печінкова недостатність – 16,67%, мезентеріальний тромбоз – 11,11%, гострий коронарний синдром – 5,56%, шлунково-кишкова кровотеча – 5,56%.

Висновки: значне коливання ВЧТ в післяопераційному періоді було виявлене лише в пацієнтів, які пізніше мали ускладнення й висо-

кий ризик розвитку синдрому внутрішньочеревної гіпертензії, тому ці хворі потребували проведення антибактеріальної терапії та ліквідації вогнища інфекції, що впливало на тривалість їх перебування у ВАІТ, особливо серед пацієнтів із захворюваннями печінки та підшлункової залози. В той час як у пацієнтів, які не мали пізніх ускладнень, значення ВЧТ не перевищували 14 мм рт.ст. Тому виникає питання активної клінічної настороженості щодо підвищення ВЧТ як раннього критерію можливого виникнення тяжкого ускладнення та його моніторингу серед хворих, які перебувають у ВАІТ.

КАФЕДРАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА СТРАТЕГІЯ «ЛІКАР У БОРОТБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ – ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ»: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА 2019-2022 РОКИ

Курыча Д., Кришталь А., Красій О., Ганжа А., Присяжна Н.

Науковий керівник: доц. Невойт Г.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Розуміння факту, що здоровий спосіб життя (ЗСЖ) є основою здоров'я людини – одна із важливих професійних компетенцій лікаря. Лікар є інтелектуальним авангардом нації. Усвідомлення та реалізація ним принципів ЗСЖ стає основою його майбутньої санітарно-освітньої активності в роботі із пацієнтами задля профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) (Потяженко М.М. і співавтори 2017-2021). Задля актуалізації зазначених питань з 2016 року на кафедрі розпочата навчально-діагностична стратегія «Лікар у боротьбі із НІЗ – почни із себе», яка стала щорічною.

Мета дослідження: визначити рівень становлення ЗСЖ у лікарів-інтернів за 2019-2022 роки.

Методи дослідження: здійснено аналіз результатів валеологічного тестування функціонально здорових осіб молодого віку – студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів (медіана віку – 24(19; 34) років, 78% (78/111) – чоловіки), n=111) з наукового архіву кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів як фрагментів ініціативної науково-дослідної роботи кафедри «Розробка алгоритмів і технологій запровадження здорового способу життя у хворих на неінфекційні захворювання на підставі вивчення функціонального статусу-

су» (номер держреєстрації 0121U108237, УДК 613:616-056-06:616.1/9-03). Валеологічне тестування здійснювалось за комплексною методикою відповідно до розробленого способу визначення напрямку персоніфікованої корекції способу життя пацієнта (Невойт Г.В., Мінцер О.П., Потяженко М.М. Патент на корисну модель. 145237 Україна, МПК А61В 5/103).

Результати дослідження: низького рівня становлення ЗСЖ не було діагностовано в жодного респондента, оскільки розуміння принципів ЗСЖ є частиною професійних знань як лікарів. Середній рівень становлення ЗСЖ діагностовано у 73% (65/111) респондентів, високий – у 27% (46/111), що є недостатнім для майбутніх «ідейних лідерів» ЗСЖ. При цьому встановлено низький рівень у індивідуально-змістовному блоці опитування у 30% (27/111) респондентів, що свідчить про те, що вони не реалізують відомі їм принципи ЗСЖ у власному житті.

Встановлено, що міцні алкогольні напої більше ніж тричі на рік вживають 52% (58/111) осіб, слабкі – 65% (73/111), енергетичні – 49% (45/111); вживають сучасні солодощі (цукерки, торти, тощо) – 78% (87/111); палять – 1% (1/111) осіб; щодня ранкову зарядку виконують 62% (69/111) осіб; регулярно займаються спортом – 62% (69/111) осіб основної групи; щодня вживають п'ять видів фруктів і/або овочів 52% (58/111) осіб; вважають, що дотримуються рекомендацій нормотрофного харчування – 60% (67/111) осіб; вживають понад 6 г повареної солі – 30% (33/111) осіб. Це відповідає недотриманню принципів ЗСЖ значною кількістю респондентів.

Висновок: рівень становлення ЗСЖ у 30% респондентів можна визнати таким, що не відповідає рівню повністю засвоєних професійних компетенцій і потребує корекції.

АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНИМ ЗАПЛІДНЕННЯМ ПОРІВНЯНО З ЖІНКАМИ, ВАГІТНІСТЬ У ЯКИХ НАСТУПИЛА ПРИРОДНИМ ШЛЯХОМ

Лаврінець С., Шаповал Р., Рогова О., Сердюк Я., Пасюк А., Саула Н.

Науковий керівник: ас. Шиманська Я.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Серед пацієнток центрів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), переважають жінки старшого віку з негативним репродуктивним досвідом. Для покращення якості надання їм медичної і психологічної допомоги необхідно ретельне вивчення анамнезу.

Мета дослідження. Вивчення особливостей анамнезу життя та гінекологічно-акушерського анамнезу у жінок, що завагітніли внаслідок застосування ДРТ.

Методи дослідження. Виділено групу із 85 жінок, вагітність у яких наступила в результаті екстракорпорального запліднення з переносом ембріону після передімплантаційної діагностики та групу порівняння – 20 жінок з вагітністю, що настала природним шляхом. Проведено аналіз анамнезу та репродуктивних історій цих жінок. Визначення асоціацій показників із біноміальною залежною змінною було проведено з використанням логістичного регресійного аналізу із розрахунком відношення шансів (ВШ) та їх 95 % довірчих інтервалів (ДІ).

Основні результати. Раннє та пізнє менархе (85,1%) характерно для жінок дослідної групи, тоді як у групі порівняння цей показник становить – 40% (ВШ 8,31 95% ДІ [2,84-24,27] $P < 0,05$); у жінок дослідної групи частіше спостерігався ускладнений інфекційний (хронічні захворювання сечостатевої системи, жовчного міхура, ЛОР-органів та ін.) (ВШ 3,47 95% ДІ [1,26-11,5] $P < 0,05$); та акушерсько-гінекологічний анамнез (по сукупності цих анамнестичних факторів ВШ дорівнює 5.91 95% ДІ [2,32-9,45] $P < 0,05$); доля багатоплідних вагітностей, оперативного лікування істміко-цервікальної недостатності, застосування акушерських песаріїв, оперативних втручань в пологах у пацієнток дослідної групи при попередніх вагітностях була вищою, ніж у групі порівняння (по сукупності патологій ВШ становило 3,76 95% ДІ [1,29-7,05] $P < 0,05$). У групі порівняння переважають жінки від 21 до 30 років, а в дослідній – жінки 31-35 років (ВШ 8,5 95% ДІ

[2,31-31,25] $P < 0,05$); не виявлено достовірної різниці серед частоти жінок, які займались розумовою та фізичною працею в дослідній групі і групі порівняння (ВШ 0.91 95% ДІ [0,336- 2,45] $P > 0,05$). У дослідній групі в анамнезі були випадки перинатальної смертності, на відміну від жінок групи порівняння.

Висновки. У жінок в дослідній групі (порівняно із групою порівняння) переважали особи з ускладненим інфекційним анамнезом, старшого репродуктивного віку (після 30 років); із раннім і пізнім менархе та порушеною менструальною функцією. Більшою була частота багатоплідних вагітностей, зафіксовані в анамнезі випадки перинатальної смертності, яких не спостерігалось у групі порівняння.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ КОМБІНОВАНИМ ПРЕПАРАТОМ, ЩО МІСТИТЬ ГІДРОКОРТИЗОН, НЕОМІЦИН ТА НАТАМІЦИН

Лавронтенко А.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедри шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Екзема – це хронічне алергічне запальне захворювання шкіри, яке виникає під дією різних екзогенних і ендогенних факторів. У середньому 1-2% дорослого населення планети живуть з екземою, в більш розвинених країнах цей відсоток ще вищий. 30-40% усіх шкірних патологій відносяться до різних екзем, де діти в 4 рази частіше хворіють на екзему, ніж дорослі.

Мета: оцінити ефективність та безпеку місцевого застосування комбінованого препарату, що містить гідрокортизон, неоміцин та натаміцин в комплексному лікуванні мікробної екземи різних форм.

Під нашим спостереженням було 12 чоловіків та 11 жінок (23 особи) віком від 43 до 72 років, які звернулися за допомогою в Комунальне підприємство «Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради». У всіх хворих діагностували мікробну екзему. Поширеність та тяжкість екземи, а також ефективність лікування оцінювалися за допомогою індексу Eczema Area and Severity Index (EASI). Результати терапії оцінювали на 5-у, 10-у, 15-у добу. Всім хворим, окрім загального комплексного лікування, місцево застосовували розчин барвника та комбінований препарат, що містить гідрокортизон, неоміцин та натаміцин. Переваги

препарату: мікронізований гідрокортизон у складі препарату має швидкий протизапальний ефект, відсутність резистентності до натаміцину, ефективність неоміцину сприяє іррадикації збудників.

Результати та їх обговорення. Практично відразу після початку лікування (на 2 день) всі пацієнти відзначили значне зменшення свербіжжю, набряку, припинення мокнуща в осередках запалення. Через 5 днів після початку лікування спостерігалось розрішення більшості морфологічних елементів висипу, поширення патологічного процесу зупинилося. До 10-го дня повністю регресували прояви піодермії у вогнищах, значно зменшилися прояви місцевої запальної реакції. До моменту завершення терапії (15-а доба), індекс EASI зменшився в 4,5 разів порівняно з вихідним показником. Ускладнень при використанні комбінованого препарату з гідрокортизоном, неоміцином та натаміцином не відмічалось.

Висновки. Топічне застосування комбінованого препарату, що містить гідрокортизон, неоміцин та натаміцин є високоефективним, має виражену місцеву активність та безпечний у використанні при лікуванні мікробної екземи.

БІОІМПЕДАНСНА ОЦІНКА СКЛАДУ ТІЛА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Лобас О., Кабаєва І., Розенков Є., Корба А., Хрестова Д., Ахрімець Р.

Науковий керівник: проф. Потяженко М., ас. Корпан А.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається провідною причиною втрати працездатності та смертності у світі, важливим є факт, що стандартизований за віком показник серцево-судинних захворювань почав зростати.

Мета дослідження: оцінити клінічну значимість показників інструментальної імпедансометрії у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з метою ранньої діагностики та профілактики кардіометаболічного ризику.

Матеріали і методи: дослідження було виконане у 46 хворих на ІХС: стенокардію напруги стабільну ФК І-ІІІ (основна група) та у 30 функціонально здорових осіб (контрольна група) на моніторі складу тіла HBF-511 T-E (OMRON, Японія) з визначенням параметрів: ваги, індексу маси тіла (ІМТ), відсоткового вмісту жиру, рівню вісцерально-

го жиру, відсоткового співвідношення скелетної та м'язової тканини. Всі респонденти основної та контрольної групи заповнювали інформовану згоду добровільної участі. Середній вік склав $47,6 \pm 2,5$ р. Діагноз ІХС формулювали згідно з наказом МОЗ №152.

Основні результати: за результатами інструментальної імпедансометрії було встановлено невідповідність до норми складу тіла у 42 (91%) хворих на ІХС та 22 (73%) функціонально здорових респондента з наявністю у них доклінічних розладів жирового обміну. При обстеженні було діагностовано за ІМТ передожиріння у 14 (31%) осіб у основній групі та в 8 (27%) – контрольної групи; надлишковий вміст жирової тканини у 38 (83%) хворих та 14 (46%) функціонально здорових; ожиріння – у 16 (35%) осіб основної групи та 3 (10%) осіб групи контролю; рівень вісцерального жиру був підвищений у 21 (46%) респондента основної групи та у 4 (13%) контрольної групи ($p < 0,05$); недостатню м'язову масу мали 14 (30%) хворих та 7 (23%) здорових осіб. Отримані дані свідчать, що у хворих на ІХС відмічене суттєве збільшення ІМТ, вісцерального жиру, у порівнянні з групою практично здорових.

Висновок: інструментальна імпедансометрія являється ефективним методом об'єктивного обстеження складу тіла із оцінкою загального і вісцерального ожиріння для ранньої діагностики кардіометаболічного ризику та профілактики серцево-судинних захворювань, зокрема усунення факторів ризику, що можуть бути модифікованими, таких як гіподинамія, нераціональне харчування, надмірна маса тіла та ожиріння.

ВПЛИВ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ

Лугова Ю., Климко В., Лукаш В., Піддубна Є., Власенко І.

Науковий керівник: доц. Іваницький І.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Хронічний панкреатит (ХП) може призвести до порушення всмоктування, включаючи вітаміни та мікроелементи. Остеопороз - це системне захворювання скелета, що характеризується низькою кістковою масою та мікроархітектурним погіршенням кісткової тканини зі збільшенням схильності до переломів. На основі метааналізу було

підраховано, що майже чверть пацієнтів з ХП мають остеопороз і майже дві третини мають остеопенію. Метою нашого дослідження стало визначення впливу фіброзних змін підшлункової залози на розвиток та перебіг остеопорозу у жінок в постменопаузі. Нами було обстежено 69 жінок із середнім віком $56 \pm 5,21$ р., які знаходились у менопаузі (середній строк менопаузи $4,22 \pm 2,21$ р). Пацієнтки були поділені на дві групи: першу групу склали 34 пацієнтки, які до моменту обстеження не мали захворювань підшлункової залози, другу групу склали 35 пацієнток, які мали хронічний панкреатит. Усім пацієнткам проводили визначення фіброзних змін підшлункової залози в ділянці її тіла, спираючись на дані зсувнхвильової еластометрії, визначення мінеральної щільності кісток за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії, а також визначення рівня вітаміну Д плазми крові. Середній рівень жорсткості паренхіми підшлункової залози в першій групі склав $24,21 \pm 3,41$ кПа, в другій групі $49,8 \pm 7,49$ кПа, $p < 0,05$.

Середній рівень мінеральної щільності кісток на основі Т критерію в першій групі становив $-1,25 \pm 0,37$, в другій групі – $1,87 \pm 0,49$ $p < 0,05$.

Рівень вітаміну Д плазми крові в першій групі становив $28,7 \pm 4,59$ нг/мл, в другій групі $19,4 \pm 3,67$ нг/мл. При проведенні кореляційного аналізу нами був виявлений сильний позитивний зв'язок у пацієнтів другої групи між тривалістю перебігу хронічного панкреатиту та вираженістю ступеня фіброзних змін за даними еластометрії підшлункової залози ($r=0,63$, $p < 0,05$), між ступенем вираженості фіброзних змін за даними еластометрії підшлункової залози та рівнем Т критерію в обох групах ($r=0,59$, $p < 0,05$ в першій групі та $r=0,74$, $p < 0,05$ в другій групі), між рівнем вітаміну Д плазми крові та ступенем вираженості фіброзних змін за даними еластометрії підшлункової залози ($r=0,64$, $p < 0,05$ в першій групі та $r=0,6$, $p < 0,05$ в другій групі) та між рівнем вітаміну Д плазми крові та рівнем остеопоротичних змін кісток за даними Т критерію ($r=0,57$, $p < 0,05$ в першій групі та $r=0,61$, $p < 0,05$ в другій групі). Нами були зроблені наступні висновки:

- вираженість фіброзних змін підшлункової залози провокує зниження резорбції вітаміну Д, що спричиняє розвиток остеопоротичних змін кісток у пацієнток в постменопаузі.

- відсутність хронічного панкреатиту в анамнезі не виключає фіброзних змін підшлункової залози, і, відповідно, розвиток остеопоротичних змін кісток, обумовлених дефіцитом вітаміну Д

- проведення еластометрії підшлункової залози може бути рекомендоване для визначення ступеня її фіброзних змін з метою подальшого коригування терапії.

ЗАСТОВУВАННЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ ПРИ УРОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Мотієнко А., Василенко О.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Паравертебральна блокада є простим і дієвим методом, який може забезпечити знеболення при оперативному втручанні та в ранній післяопераційний період.

Мета дослідження. Порівняти ефективність загальної анестезії (ЗА), загальної анестезії комбінованої з паравертебральною блокадою (ЗА+ПВБ) та загальної анестезії комбінованої з епідуральною анестезією (ЗА+ЕА).

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського ПОР». У дослідженні взяли участь 82 пацієнта. Пацієнти були розділені на 3 групи залежно від типу анестезіологічної допомоги: ЗА, ЗА+ПВБ, ЗА+ЕА. Інтраопераційно оцінювали кількість використаного наркотичного анальгетика. У післяопераційному періоді ефективність анальгезії оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), а також враховували термін ранньої активізації, частоту розвитку гемодинамічної нестабільності та моторного блоку.

Результати. Показники ВАШ виявилися нижчими у пацієнтів групи ЗА+ПВБ у порівнянні з пацієнтами групи ЗА через 1, 6, 24 годин після операції. Показники ВАШ між групами ЗА+ПВБ та ЗА+ЕА не розрізнялися в інтервалах 6 та 12 годин післяопераційного періоду. Кількість інтраопераційно використаного фентанілу в групі ЗА+ПВБ було нижче, ніж в інших групах. Слід зазначити, що між групами ЗА+ЕА і ЗА статистично значимої різниці у кількості використаного фентанілу не виявлено. Розвиток моторного блоку у післяопераційному періоді у пацієнтів групи ЗА+ПВБ не спостерігався, але його виявлено у 30% пацієнтів групи ЗА+ЕА. Відсутність моторного блоку та гемодинамічної нестабільності при ПВБ дозволило виконати ранню активізацію всіх пацієнтів групи ЗА+ПВБ.

Висновки. При комбінації загальної анестезії з паравертебральною блокадою спостерігається значне покращення післяопераційної анальгезії у порівнянні з ізольованою загальною анестезією. Водночас відсутність моторного блоку та гемодинамічної нестабільності свідчить про безперечну перевагу комбінованої анестезії з використанням паравертебральної блокади перед загальною анестезією в комбінації з епідуральною.

ВІДТВОРЕННЯ ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У КІНЕМАТОГРАФІ

Олійник О., Горбатенко А.

Науковий керівник: проф. Скрипніков А.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Полтавський державний медичний університет

Мистецтво і внутрішній світ людини завжди були тісно взаємопов'язаними. За словами Арістотеля, «метою мистецтва є не подання зовнішнього вигляду речей, а розкриття їх внутрішнього значення» (Брентано Ф., 2003). Одним із найдивовижніших винаходів людства є кінематограф, який сьогодні посідає одне з провідних місць в мистецтві та взагалі в житті людей, незмінно ставши частиною їх культури, дозвілля і навіть світогляду. Переглядаючи фільми, ми занурюємо себе не лише в події, зображені на екрані, а й у внутрішній світ персонажів, їх переживання, спостерігаємо за їх поведінкою, реакціями, ставимо себе на їх місце. Інтерес до психіки людини швидко зростає, сильніше приковується увага й до психічних розладів, які все частіше з'являються в екранах.

Метою роботи було проведення порівняння проявів розладів особистості з подіями, показаним у кінокартинах. Ми розглянули фільми, в яких продемонстровані нарцисичний, ананкастний, межовий, параноїдний та антисоціальний розлади особистості. Для дослідження було вибрано 5 кінофільмів: «Диявол носить Прада» Д. Френкеля, «Торкнуті» Г. Уелса, «Вічне сяйво чистого розуму» М. Гондрі, «Жертвуючи пішаком» Е. Цвика, «Політ над гніздом зозулі» М. Формана.

Розладом особистості є стійкі ригідні патерни довгої тривалості, які викликають значні порушення і які не є наслідками вживання певних речовин чи органічного захворювання. Одним з основних загальних діагностичних критеріїв розладів особистості є суттєве відхилення внутрішніх переживань і поведінки індивіда від загальноприй-

нятої норми. Це відхилення проявляється в когнітивній, емоційній сферах, контролі потягів і задоволення потреб та в особистісних стосунках. Характеризується постійністю, тотальністю та соціальною дезадаптацією.

Для нарцисичного розладу особистості характерні неадекватно завищена самооцінка, віра у свою винятковість, потреба в надмірній похвалі, демонстрація зверхньої поведінки й ставлення до інших, відсутність емпатії. Такі особи заздять іншим і вірять, що інші заздять їм. Героїня стрічки «Диявол носить Прада» – відома редакторка модного журналу Міранда Прістлі протягом всього фільму демонструє симптоми нарцисичного розладу особистості: вона зверхньо ставиться до інших, принижує підданих, має надзвичайно високу думку про себе, вважає, що її знають всі, нею хочуть бути всі і дивується, що хтось може про неї не чути. Також демонструє відсутність емпатії – може за будь-яку дрібницю звільнити працівника з роботи, легко зрадити колегу за для своїх амбіцій, вважає, що має якісь особливі привілеї, оточуючі повинні «читати її думки» і знати чого вона хоче. Міранда не дотримується меж у спілкуванні, вправно маніпулює своїм оточенням і змушує їх відчувати себе некомфортно, викликає сором та інші негативні емоції. У сім'ї у Міранди також важкі стосунки, вона мала часті розлучення.

Ананкастний розлад особистості характеризується невпевненістю у собі, надмірною педантичністю, увагою до деталей, обережністю та впертістю. Такі особи вимагають від інших, щоб вони робили все точно так само, як вони і відмовляються від співпраці, якщо хтось на це не погоджується. Можлива поява нав'язливих думок і потягів, а також ритуалів. У фільмі «Торкнуті» один із героїв, Алекс, має симптоми цього розладу, він на протязі всього фільму дотримується ідеального порядку в своїй кімнаті, дуже тривожиться, коли до нього заселяють сусіда, оскільки це порушить чистоту, яка потрібна йому понад усе. Алекс має ритуали, які полегшують його стан на випадок тривожної ситуації.

Межовий розлад особистості характеризується нестійкістю в стосунках, схильністю до імпульсивної і навіть ризикової поведінки, а також афективною нестійкістю і схильністю до самопошкоджень і навіть суїциду. Фільм «Вічне сяяння чистого розуму» показує відносно двох закоханих, один з яких страждає на межовий розлад особистості – головна героїня Клементина. Дівчина має нестабільне відношення до свого коханого, вона імпульсивна, іноді буває сумною і сльозливою, відчуває самотність. Також в її поведінці спостерігається і знева-

жливе ставлення аж до гнівливості, зокрема, відносно свого хлопця. У пориві негативних емоцій вона стирає пам'ять про свої відносини, але їй не стає легше від цього.

Параноїдний розлад особистості характеризується надмірною чутливістю до невдач, нездатністю пробачати образи, підозрілістю та схильністю до неправильного тлумачення нейтральних чи дружніх дій оточення як ворожих або зневажливих. У таких осіб часто спостерігається непохитна впевненість у власній правоті, завищена самооцінка, зарозумілість. Такі особи неохоче відкриваються іншим через страх, що це буде використано проти них. У фільмі «Жертвуючи пішаком» про відомого шахматиста Бобі Фішера ми можемо спостерігати яскраву симптоматику параноїдного розладу. Бобі ще з раннього дитинства проявляв не тільки надзвичайні здібності до шахів, а й схильність до надмірної реакції на невдачі, конфліктність та підозрілість. Дорослий Бобі має набагато яскравішу симптоматику, завдаючи явного дискомфорту оточуючим і самому собі. Його симптоми проявлялись у постійній підозрілості, хибній інтерпретації намірів оточення стосовно нього. Він часто конфліктував і був агресивним, а свої невдачі переживав надзвичайно вразливо.

Антисоціальний розлад особистості характеризується зневажливим ставленням до соціальних норм, імпульсивністю, агресивністю, низьким рівнем емпатії або взагалі її відсутністю та обмеженою здатністю до формування близьких стосунків. Такі особи легко піддаються агресії, схильні до брехні, їх поведінка важко піддається корекції. Спостерігаючи за персонажем МакМерфі, ми можемо побачити в нього характерні ознаки даного розладу: він імпульсивний, його легко спровокувати до агресії, він відразу кидає виклик режиму щойно переступивши поріг лікарні. Своїм злочинним діям поза межами лікарні МакМерфі знаходить беззаперечне, на його думку, виправдання.

Таким чином, можна припустити, що занурення у світ хворобливих переживань героїв, шляхом споглядання кіномистецтва, сприяє кращому розумінню проблем душевно хворих, подоланню стигматизації та прояву терпіння та співчуття стосовно них.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТОМУ КИШЕЧНИКУ

Пазинич З., Пазинич А.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Післяопераційний біль (ПБ) є одним із найважливіших обтяжуючих факторів у ранньому післяопераційному періоді, який прямо впливає на термін відновлення пацієнтів після операції, перебування їх у стаціонарі та повернення до активного життя. Основною складовою мультимодальної аналгезії (ММА) є одночасне призначення двох і більше анальгетиків і/або використання декількох методів знеболення, які мають різні механізми дії, що дає змогу досягти адекватної аналгезії та мінімізувати побічні ефекти. В даний час ММА поряд з інфузійною терапією, раннім ентеральним харчуванням та ранньою активізацією пацієнтів становить основу програми прискореної реабілітації пацієнтів у хірургії. У комплексі оптимізації периопераційного ведення пацієнтів, епідуральне знеболення впливає не тільки на інтенсивність больового синдрому, а й зменшує тривалість післяопераційного парезу кишечника, за даними окремих досліджень скорочуючи терміни госпіталізації після операцій на товстому кишечнику.

Мета дослідження: порівняти ефективність та безпеку схем знеболення, що включають системне застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) – парацетамол, декскетопрофен, нефопам; наркотичних анальгетиків (морфін) та епідурального введення місцевого анестетика (бупівакаїн), а також підвищити якість ведення хворих із застосуванням мультимодального знеболення після оперативних втручань на товстому кишечнику.

Матеріали та методи дослідження. В основу роботи покладено ретроспективний аналіз результатів лікування 24 хворих, які перебували на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КП «1-а МКЛ ПМР» після абдомінальних хірургічних втручань на товстому кишечнику. Для периопераційної аналгезії у 5 пацієнтів використовували подовжену епідуральну аналгезію у комбінації з НПЗП: парацетамол, декскетопрофен, нефопам у стандартних дозах (1-а група); у 7 пацієнтів – наркотичні анальгетики та НПЗП у стандартних дозах без регіонарного знеболення (2-а група); 12 пацієнтів отримували стандартну схему післяопераційного знеболення: парацетамол 100 мг в/в +

декскетопрофен 50 мг в/м + нефопам 20 мг через 8 год без наркотичних анальгетиків та додаткових регіонарних методів знеболення (3-я група). Після операції оцінювали час екстубації трахеї, загальну дозу наркотичних анальгетиків, рівень болю за 10-бальною цифровою рейтинговою шкалою (ЦРШБ), частоту випадків післяопераційної нудоти та блювання (ПОНБ), відходження газів та час активної мобілізації пацієнтів, рівень задоволеності анальгетичним режимом та кількість проведених ліжок/днів у післяопераційному періоді.

Результати дослідження. У 1-й групі інтраопераційна доза фентанілу була вдвічі меншою, а пацієнти були екстубовані в середньому на $32,7 \pm 2,8$ хвилини раніше, ніж у 2-й групі. Після операції рівень болю був на 2 бали вищим за ЦРШБ у 3-й групі, ніж у перших двох групах. У 1-й групі випадки ПОНБ відмічалися у 2 рази рідше, ніж у пацієнтів із груп 2 і 3. У 1-й групі пацієнти стали мобільними через $10,6 \pm 1,1$ годин, у 2-й групі – через $17,2 \pm 2,1$ години, а у 3-й – через $22,4 \pm 1,7$ години після операції. З 1-ї групи 95 % хворих були задоволені анальгетичним режимом на рівні «відмінно», а 5% – як «добре»; у 2-й групі 82% – як «добре», 7% – «відмінно», 11% – «задовільно»; у 3-й – лише 48% як «добре», 39% – як «задовільно» і решта 13% – як «незадовільно». Пацієнти у 1-й групі провели 11 ± 3 ліжок/днів, у 2-й – 14 ± 2 ліжок/днів, у 3-й – 17 ± 3 ліжок/днів.

Висновки. Застосування мультимодального знеболення в порівнянні з класичними схемами використання НПЗП, наркотичних анальгетиків з метою періопераційного знеболення пацієнтів після операцій на товстому кишечнику, показало достовірно більшу ефективність за рахунок мінімізації застосування наркотичних анальгетиків під час операції та у післяопераційному періоді, більш виражену анальгетичну дію у періопераційному періоді, зменшення частоти випадків ПОНБ, скорочення проведених ліжок/днів та прискорення активізації пацієнтів.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІДІОПАТИЧНОЮ КРОПИВ'ЯНКОЮ

Петрова К.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Кропив'янка – одна із самих розповсюджених алергічних захворювань, якому схильні практично всі вікові категорії. Згідно зі статистичними даними, у 15-20% населення планети протягом життя спостерігалися хоча б один епізод кропив'янки. Дане захворювання частіше за все проявляє себе в 30-50 років. Згідно спостереженням кропив'янка зустрічається частіше у жінок. Відомо, що у 80-95% хворих хронічною кропив'янкою діагностується ідіопатична форма, що створює об'єктивну складність у лікуванні цих пацієнтів і погіршує прогноз захворювання.

Метою нашої роботи клінічний досвід застосування комбінованого таблетованого препарату, який містить левоцетиризину гідрохлориду та монтелукаст (Алергонолу плюс, Бафна Фармасьютікалс Лтд., Індія) в порівнянні з застосуванням з класичними блокаторами H1-гістамінових рецепторів (лоратадин, дезлоратадин, фексофенадин) для лікування пацієнтів з хронічною ідіопатичною кропив'янкою.

Під нашим спостереженням в клінічних умовах протягом двох тижнів перебувало 24 хворих на хронічну ідіопатичну кропив'янку середнього ступеня тяжкості з ураженням шкіри передпліччя, плечового поясу. Всі хворі були розподілені на дві групи по 12 осіб. Перша група (5 жінок та 7 чоловіків, віком 30-35 років) отримувала лікування протягом 14-ти днів препаратом, який містить левоцетиризину гідрохлорид та монтелукаст. Друга група (5 жінок та 7 чоловіків, такого самого віку як і перша) отримувала блокатори H1-гістамінових рецепторів.

Результати зменшення симптомів кропив'янки спостерігалися у 9 осіб (75%) вже на 5-6-й день прийому комбінованого препарату левоцетиризину гідрохлориду та монтелукасту. У пацієнтів першої групи відмічалось припинення шкірного свербіжу, зменшення кількості висипань, а на 8-9-й день лікування вже у 11 осіб (91,7%) наступила регресія морфологічних елементів шкірного висипу і така тенденція зберігалася до кінця лікування. Вказані позитивні ефекти супроводжувалися покращенням сну, відновленням денної активності, та привели

до підвищення якості життя пацієнтів. У другій групі покращення було помітне тільки на 9-10 день у 8 осіб (66,7%).

Таким чином, застосування комбінованого препарату, який містить левоцетиризин і монтелукаст, значно пригнічує шкірну алергічну реакцію, аніж інші антигістамінні препарати та може бути рекомендований для лікування пацієнтів з хронічною ідіопатичною кропив'янкою.

ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ НА ПОКАЗНИКИ ФЗД ТА IgE У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Плакса В.

Науковий керівник: доц. Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

На сьогодні лікувальний плазмаферез використовується як метод еферентної терапії в комплексному лікуванні пацієнтів з гострими та хронічними станами.

Мета: розробка та оцінка диференційного підходу в лікуванні бронхіальної астми (БА) з проведенням процедури плазмаферезу (ПФ).
Матеріали і методи: для аналізу взято 58 історій хвороби з діагнозом БА, середньої важкості, персистуючий перебіг, загострення середньої важкості, неконтрольована, ЛН I-II ст. (31 чоловіків і 27 жінок, середній вік $37 \pm 7,9$). Оцінювали рівень контролю БА по потребі в β_2 -адреноміметиках короткої дії (кількісно), функцію зовнішнього дихання (ФЗД) (Апарат «Кардіо + із спірографічною складовою» та рівень IgE в крові.

Основні результати: пацієнти розподілені на 2 групи. I група (20 хворих) отримувала планову терапію (симбікорт 160/4,5 мкг 2 р/д; пульмікорт 1000 мкг 2 р/д та сальбутамол 400 мкг 4 р/д ч/з небулайзер); II група – (38 хворих), додатково призначалися сеанси ПФ №5.

На початку лікування різниці в показниках ФЗД, рівня IgE в крові не виявлено. На 6 добу лікування показник ОФВ1 в I групі збільшився на 10,7%, у II групі на 15,8%. Так, у II групі ОФВ1 до проведення ПФ становив $-2,28 \pm 0,22$, після $-2,64 \pm 0,20$; показник ФЖЕЛ до $2,64 \pm 0,26$, після 5-го сеансу $-3,01 \pm 0,32$; показник МОС50 до сеансів ПФ становив $-1,92 \pm 0,18$, після $-2,12 \pm 0,12$. Оцінюючи імунологічні

показники (IgE) до та після проведення процедури аферезу вони відповідно становили: до 1-го сеансу – $439,7 \pm 5,1$ МО/мл, після 5-го – $136,5 \pm 3,4$ МО/мл. У I групі показники IgE достовірно не відрізнялись 1-й день – $409,9 \pm 5,9$, на 6 добу $378,5 \pm 8,3$. Натомість в 2-ій групі коефіцієнт достовірності становив $p < 0,05$. Додаткове використання салбутамолу 100мкг склало $5,1 \pm 2,1$ у I групі та $2,2 \pm 0,8$ у II групі. Отримані результати свідчать про позитивний вплив сеансів ПФ на ФЗД, показники IgE та рівень контролю БА. Найкращий результат має місце у осіб з початково високим рівнем IgE, що пов'язано не тільки з механічним видаленням токсичних речовин, але й антитіл, які володіють блокуючою дією на β_2 -адренорецептори.

Висновки: плазмаферез є ефективним немедикаментозним методом лікування неконтрольованої БА, зменшує резистентність до ГКС, підвищує чутливість β_2 -адренорецепторів до симпатоміметиків, абсорбує ЦК та IgE, збільшує рівень контролю та може бути рекомендований для використання в клінічній практиці.

ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Рибальченко Є., Савуляк Т., Семонченков А., Швець С.

Наукові керівники: ас. Лебідь В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Остеоартрит (ОА) – найрозповсюдженіше хронічне захворювання з стійкою втратою працездатності, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і часто поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

Мета дослідження: дослідити вплив хондропротективної терапії на якість життя хворих літнього віку з ОА в поєднанні з коморбідною патологією.

У дослідження включені 50 хворих на ОА з синовіїтом колінних суглобів чоловіків та жінок віком від 56-75 років, розділених по групам: 1 група – ($n = 25$ хворих), яка отримувала хондропротектор (глюкозаміну сульфат – по 2 мл внутрішньом'язево 1 раз на добу, № 20

ін'єкцій), а потім глюкозаміну сульфат 1500 мг – по 1 саше внутрішньо 1 раз на добу після їжі, 3 місяці; 2 група – (n = 25 хворих) не отримувала хондропротективної терапії. Усі пацієнти отримували терапію супутніх захворювань: приймали антигіпертензивні препарати (амлодипін 5 мг/ гідрохлортиазид 12,5 мг/ валсартан Н 160 мг або валсартан 80 (160) мг на добу внутрішньо, постійно), антигіпертензивний, седативний фітопрепарат (Сонормін по 1-2 капсули 1 раз на добу внутрішньо ввечері за 30 хвилин до сну, 30 днів), вітаміни (вітамін D3 по 2000 МО на добу після їжі внутрішньо, 12 місяців).

Для визначення ефективності лікування нами використовувались наступні дані: показники індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ в динаміці через 3 місяці після початку обстеження, вираженість синовіту за даними УЗД дослідження суглобів. Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: через 3 місяці терапії ОА синовіту за даними УЗД та клінічно не було виявлено у жодного з обстежених пацієнтів. У той же час показники якості життя були вищими у пацієнтів першої групи. Відмічалось більш виражене зниження індексу Лекена ($6,2 \pm 1,21$ в першій групі та $8,1 \pm 1,25$ в другій групі), за показниками шкали WOMAC по всім 17 пунктам відмічалось достовірне ($p < 0,05$) покращення у першій групі у порівнянні із другою, відрізнялись показники шкали ВАШ ($7,4 \pm 1,1$ в першій групі та $6,5 \pm 1,3$ в другій групі).

Таким чином, призначення хондропротективної терапії на фоні комплексно-орієнтованого підходу в лікуванні ОА значно покращує якість життя пацієнтів, зменшує клінічні прояви захворювання та може бути рекомендована у хворих на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.

ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПОСТОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ З ЛАПАРОСКОПІЧНОЮ АЛЛОГЕРНІОПЛАСТИКОЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

Попов М.

Науковий керівник: к. мед. н., Прихідько Р.

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вентральна грижа чи післяопераційна грижа – це випинання очеревини разом з внутрішніми органами через слабкі місця в м'язах черевної стінки. Вентральні грижі локалізуються в ділянці післяопераційного рубця на місці минулих хірургічних втручань. Післяопераційні грижі можуть спостерігатися у 30% випадків, у яких були операції на черевній порожнині.

Мета роботи. Порівняти, оцінити та проаналізувати післяопераційний період у пацієнтів з діагнозом: «Післяопераційна вентральна грижа» яким було виконано лапароскопічні аллогерніопластики та «відкриті» герніопластики за методами «onlay» та «inlay».

Матеріали та методи дослідження. Було проведено аналіз 20 пацієнтів з попереднім діагнозом «Післяопераційна вентральна грижа». В основній групі хворим виконали лапароскопічні алогерніопластики за методом «іром» 10 осіб, а в контрольній – «відкриті» герніопластики за методами «onlay» та «inlay» 10 осіб. Середній вік всіх пацієнтів складає 40,5 років. У післяопераційному періоді ми аналізували такі показники, як: больовий синдром, активізація пацієнтів, проведені ліжко-дні.

Результати дослідження. За результатами дослідження виявлено, що у пацієнтів у яких виконано лапароскопічні алогерніопластики за методом «іром», больовий синдром триває, в середньому, на 60% менше ніж у пацієнтів які були прооперовані «відкритими» герніопластиками за методами «onlay» та «inlay». Перебування у стаціонарі в контрольній групі в середньому на 30% триваліше, ніж у основній групі. Активізація пацієнтів майже не залежать від способу оперативного лікування.

Висновок. Проаналізувавши показники, які були вказані вище, ми визначили що післяопераційний період у пацієнтів яким були проведені лапароскопічні алогерніопластики за методом «іром» значно краще, ніж у пацієнтів яким були проведені «відкриті» герніопластики за методами «onlay» та «inlay».

Дивлячись на вище вказані показники в сучасних умовах пацієнтам з післяопераційними вентральними грижами рекомендована лапароскопічна герніопластика за методом «фронт».

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА COVID -19

Прокопець О., Курись Т., Осадча Т., Сіренченко Б., Діхтяренко М., Діхтяренко В.

Науковий керівник: доц. Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

За період пандемії COVID-19 все більше з'являється даних про враження органів травлення новою коронавірусною інфекцією. У літературних джерелах описуються як випадки маніфестації захворювання з симптомів враження органів травлення так і випадки появи гастроінтестинальних симптомів на 1-5 день від появи респіраторних проявів коронавірусної інфекції. Доведено, що одним з рецепторів для проникнення в клітину SARS-CoV-2 є ангіотензинперетворюючий фермент 2-го типу (АПФ2). Результати досліджень свідчать про експресію АПФ2 не тільки альвеолоцитами та респіраторним епітелієм, а також клітинами органів травлення, зокрема, холангіоцитами и гепатоцитами.

Мета дослідження: оцінити функціональний стан печінки у пацієнтів, які перехворіли на COVID -19.

Методи дослідження: обстежено 16 пацієнтів віком 33-54 років (середній вік склав $46,4 \pm 3,8$ роки), які перенесли інфекцію COVID-19. У 8 (50%) пацієнтів діагностовано легкий перебіг захворювання, у 5 (31,25%) – перебіг середньої тяжкості, у 3 (18,75%) хворих – тяжкі прояви у вигляді пневмонії. У дослідження не включалися пацієнти з раніше діагностованою патологією печінки. Усім хворим було проведено загальноклінічні обстеження, біохімічне дослідження крові з визначенням функціональних проб печінки (аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), гамма-глутамілтранспептидази (ГГТП), лужної фосфатази (ЛФ), рівня білірубіну пофракційно), альфа-амілази, маркери на вірусні гепатити, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, фіброгастроуденоскопія. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився з використанням програми «Microsoft Excel».

Основні результати дослідження: у 5 (31,25 %) пацієнтів на початку лікування спостерігалися підвищення рівня АЛТ та АСТ (у 3-х пацієнтів – до 3-х норм, у 2-х пацієнтів до 5 норм, індекс де Рітиса > 1), у 4 (25%) пацієнтів спостерігалася підвищення ГГТП, у 2 (12,5%) – гіпербілірубінемія. У 6 (37,5%) пацієнтів спостерігалася підвищення АЛТ та АСТ до 3-х норм (індекс де Рітиса > 1), у 4 з них супроводжувалося підвищенням рівня ЛФ та ГГТП, фоні лікування коронавірусної хвороби. У 8 (50%) пацієнтів зміни біохімічних маркерів враження печінки зберігалися і у період реконвалісценсії.

Висновки: у пацієнтів, які перенесли COVID-19 спостерігаються зміни функціонального стану печінки, що може бути пов'язано з безпосереднім впливом вірусу на гепатоцити, з прийомом лікарських засобів та розвитком гіперімунної відповіді при COVID-19.

ВПЛИВ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМУ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ НА СИСТЕМУ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З МОРБИДНИМ ОЖИРІННЯМ

Проценко О., Омельченко В., Тіманова Ю

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: лапароскопічна хірургія здобула свою популярність завдяки багатьом перевагам, таким як мала травматичність і короткі терміни перебування пацієнта в стаціонарі, швидке відновлення після операції, відсутність виражених больових відчуттів, відсутність післяопераційних рубців, які спостерігаються, наприклад, при лапаротомії. Не зважаючи на те, що у пацієнтів з ожирінням ризик післяопераційної венозної тромбоемболії (ВТЕ) дуже високий, епізоди емболії рідше зустрічаються при лапароскопічних втручаннях, порівняно з лапаротомічними.

Мета дослідження: визначити та порівняти стан системи гемокоагуляції у пацієнтів під час лапароскопічних хірургічних втручання з різними рівнями тиску пневмоперитонеуму.

Матеріали та методи дослідження. Хворі у віці 25-60 років з індексом маси тіла (ІМТ)>35, які підлягають лапароскопічній хірургії (n = 50). Даних хворих поділили на дві групи: група I (n = 33) пацієнти оперовані лапароскопічно зі стандартною передустановкою тиску

пневмоперитонеуму (12–15 мм рт. ст.); група II (n = 17) пацієнти оперовані лапароскопічно з цифрами тиску пневмоперитонеуму вище стандартних (>16 мм.рт.ст.) через проблеми із візуалізацією. У середньому тривалість хірургічного втручання становила 60-80 хв; час пневмоперитонеуму становив 45-60 хв. Пацієнтам проводилась тромбоеластографія (ТЕГ) під час якої досліджувались наступні показники: інтенсивність контактного згортання (ІКК), інтенсивність коагуляційного драйву (ІКД), максимальна щільність згустку (МЩЗ) та фібринолітична активність – індекс ретракції та лізису згустку (ІРЛЗ).

Результати дослідження. Ми отримали незначне відхилення від норми у групі I – ІКК на 23,57 %, ІКД на 34,57 %, МЩЗ на 74,52 %, ІРЛЗ на 91,18 %, в групі II – виявили більш значне відхилення від норми: ІКК на 38,71 %, ІКД на 69,03 %, МЩЗ на 98,93 %, ІРЛЗ на 118,73 %.

Висновок. Надмірний тиск пневмоперитонеуму (>16 мм рт.ст.) значно підвищує гемокоагуляційні властивості крові під час лапароскопічних хірургічних втручань та суттєво збільшує ризик периоперативних ВТЕ.

ПОРУШЕННЯ УРОТЕЛІАЛЬНОГО БАР'ЄРУ В РОЗВИТКУ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА НА ФОНІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Реут В., Кордельський І., Рогов В.

Науковий керівник: проф. Саричев Л., ас. Савченко Р.

Кафедра урології з судовою медициною

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Як відомо, уротелій протистоїть агресивному впливу сечі на сечовий міхур (СМ). Порушення уротеліального бар'єру може призвести до просякнення сечею усіх шарів СМ.

Мета дослідження. Вивчити роль порушення уротеліального бар'єру в розвитку декомпенсації СМ у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. Відібрано 70 хворих на ДГПЗ. Середній вік – $67,94 \pm 7,42$ років. За клінічними проявами розподілені на три групи: I група відповідала стадії компенсації СМ (20 хворих); II група – стадії субкомпенсації СМ (20 хворих); III група – стадії декомпенсації СМ (30 хворих).

Усім хворим проводилась біопсія СМ з наступним патоморфологічним дослідженням

Результати та обговорення. Стадія компенсації СМ характеризувалась тривалістю захворювання – $4 \pm 1,8$ роки, I-PSS – $16 \pm 4,5$ балів, Q_{\max} – $15,8 \pm 2,4$ мл/с, Q_{ave} – $12,8 \pm 2,8$ мл/с, відсутність ЗС.

Морфологічна характеристика: уротелій з помірними дистрофічними змінами окремих епітеліоцитів, інколи з формуванням навколоядерних зон «спустошення», в поодиноких ділянках наявні десквамація поверхневих шарів. В субуротелії спостерігаються поодинокі вогнища лімфоплазмочитарної інфільтрації. Детрузор представлений гіпертрофованими гладком'язовими клітинами, з явищами помірної гідропічної дистрофії в окремих лейоміоцитах, візуалізуються поодинокі вогнища сполучної тканини.

Стадія субкомпенсації СМ характеризувалась тривалістю захворювання – $5,8 \pm 3,5$ років, I-PSS – $26 \pm 3,9$ балів, Q_{\max} – $10,8 \pm 2,5$ мл/с, Q_{ave} – $4,4 \pm 1,4$ мл/с, ЗС – $150,1 \pm 80,8$ мл.

Морфологічна характеристика: уротелій гіпертрофований і лише на обмежених ділянках зберігає характер перехідного. Ділянки атрофії поєднуються з вогнищами гіперплазії епітеліоцитів із стратифікацією епітелію (до 14 - 18 шарів і більше). У багатьох ділянках візуалізується виражена десквамація поверхневих шарів уротелію, відзначаються дистрофічні зміни епітеліоцитів. Субуротелій в більшості випадків набряклий, відмічається формування лакуноподібних щілин. Часто зустрічаються вогнища лімфоплазмочитарної інфільтрації, субепітеліальні крововиливи. Детрузор у більшості представлений гіпертрофованими гладком'язовими клітинами, значна кількість яких із ознаками гідропічної дистрофії.

Стадія декомпенсації СМ характеризувалась тривалістю захворювання – $10,6 \pm 3,3$ років, перед накладенням цистостоми: I-PSS – $33,1 \pm 1,88$ балів, ЗС – $1093,3 \pm 458,8$ мл.

Морфологічна характеристика: уротелій значно витончений і складається з 1-2 шарів епітеліоцитів неправильної форми, з вогнищами тотальної десквамації усіх шарів. Ерозивні зміни слизової оболонки СМ супроводжуються вираженим склерозом субуротелію, атиповою васкуляризацією та наявністю великої кількості тучних клітин. У місцях десквамації уротелію спостерігаються підслизові вогнища склерозу, які проникають в детрузор. В усіх шарах СМ спостерігається дифузна лімфоплазмочитарна інфільтрація, часто яскраво виражена. Детрузор представлений гіпотрофованими гладком'язовими клітинами, із ознаками гідропічної дистрофії.

Висновки. Хронічна затримка сечі обумовлює порушення уротеліального бар'єру, просякнення сечею всіх шарів СМ, розвитку асептичного запалення, прогресивного збільшенням питомої ваги сполучної тканини, дистрофічних змін міоцитів та нервових волокон і може стати причиною декомпенсації СМ з порушенням скорочувальної здатності детрузора.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

*Різняк Я., Тесленко Т., Сидоренко А., Ерміла Важді, Голод В., Пулін О.
Науковий керівник: доц. Кітура О.*

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ), за даними різних авторів, зустрічаються у 20-30% населення земної кулі. У жінок захворювання зустрічається у 3-4 рази частіше, ніж у чоловіків. Ефективність лікування функціональної патології великою мірою залежить від комплаєнсу лікаря і пацієнта. Відомо, що на формування терапевтичної співпраці між лікарем і пацієнтом значно впливає психоемоційний статус хворих.

Мета роботи: оцінити якість життя (ЯЖ) та ступінь вираженості тривожних розладів у хворих на ФРБТ.

Матеріали та методи дослідження: в дослідження було включено 22 хворих на ФРБТ, з них 14 жінок та 8 чоловіків. Середній вік склав $32,4 \pm 3,2$ роки, тривалість захворювання – $5,5 \pm 0,3$ роки. Контрольну групу склали 20 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю. Діагноз ФРБТ встановлений згідно до Римських критеріїв IV (2016). Інтенсивність больового синдрому оцінювалася за 10 бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Вивчення ЯЖ хворих проводилося за допомогою спеціалізованого опитувальника гастроентерологічного хворого GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Вивчення рівня тривожних розладів проводилося за допомогою опитувальника Спілбергера-Ханіна.

Отримані результати: при аналізі результатів оцінки ЯЖ за опитувальником GSRS, у хворих на ФРБТ відмічалось достовірне збільшення показників по двом з п'яти шкал: абдомінальний біль, та диспептичний синдром (у порівнянні з контрольною групою). У пацієнтів

на ФРБТ показник ЯЖ за шкалою оцінки абдомінального болю склав $8,7 \pm 2,8$ бали, в контрольній групі – $1,5 \pm 0,7$ бали ($p < 0,05$), за шкалою «диспепсичний синдром» – $18,4 \pm 2,6$ бали у хворих на ФРБТ, у контрольній групі – $4,2 \pm 1,8$ бали ($p < 0,05$). У пацієнтів із вираженим больовим синдромом (більше 7 балів за шкалою ВАШ) відмічалось найбільш виражене погіршення ЯЖ.

У хворих на ФРБТ спостерігається достовірно вищий рівень реактивної та особистісної тривожності в порівнянні з контрольною групою. Так, рівень реактивної тривожності у пацієнтів на ФРБТ становив $4,46 \pm 0,54$ бали, у контрольній групі – $1,70 \pm 0,24$ бали ($p < 0,05$), рівень особистісної тривожності у хворих на ФРБТ склав $3,2 \pm 0,26$ бали, в контрольній групі – $1,60 \pm 0,12$ балів ($p < 0,001$).

Висновки:

1. У пацієнтів на ФРБТ відмічалось зниження ЯЖ та зміни в психоемоційному статусі, що проявлялися підвищеним рівнем особистісної та реактивної тривожності.

2. У пацієнтів вираженим з больовим синдромом спостерігається найбільш виражене погіршення ЯЖ.

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЇ ПАЦІЄНТА ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ

Синенко В., Прудіус В., Романцева Т.

Науковий керівник: проф. Безкоровайна І.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією
Полтавський державний медичний університет

У фізіологічних умовах внутрішньоочний тиск (ВОТ) контролюється вегетативною та центральною нервовими системами. Відповідно, нервові волокна та нейромедіатори присутні в циліарному тілі та трабекулярній сітці. ВОТ реагує як на фізичні, так і на психологічні подразники у здорових людей. У пацієнтів із порушенням регуляції ВОТ, наприклад, у пацієнтів із первинною відкритокутовою глаукомою, може бути виявлена емоційна нестабільність без специфічного характеру особистості. Принаймні ймовірно, що психічний стрес може впливати на ВОТ. Тому здається значущим – на додаток до стандартної терапії глаукоми – спробувати покращити емоційний стан пацієнта, як для лікування глаукоми, так і для загальної якості життя пацієнта.

Мета: Дослідити психологічний стан глаукомного пацієнта та його залежність від стадії глаукоми і отримуваного лікування.

Метод: для отримання наукових даних щодо внеску психології в розуміння глаукоми, було проведено бесіди з пацієнтами офтальмологічного відділення ПОКЛ ім. М. В. Скліфософського та бібліографічний огляд трьох баз даних (Psicodoc, PsycInfo та Medline), які охоплюють період між 1940 і 2016 роками.

Результати. Цей огляд дав загалом 66 досліджень, опублікованих за проаналізований період та за результатами обговорення з 10 пацієнтами визначено три сфери, де психологія здоров'я внесла істотний внесок у скринінг, моніторинг та лікування глаукоми: емоційний вплив на пацієнтів, які страждають на глаукому, прихильність до лікування та наслідки стресу на ВОТ. Дані багатоцентрових досліджень, проведених в останні роки в різних країнах світу, а також проведені нами бесіди з пацієнтами переконливо показують, що пацієнти з глаукомою відчують фізіологічні та психологічні проблеми. На якість їхнього життя найбільше впливає стадія хвороби, насамперед – характеристики полів зору, попередня гіпотензивна хірургія та вік (пацієнти молодшого віку виявляють великий ступінь тривожності). Найбільш значущими причинами недотримання пацієнтами рекомендацій лікаря є: невіра пацієнтів у сприятливий результат свого захворювання, недовіра до лікаря, низький рівень освіти та матеріального достатку, наявність побічних ефектів місцевої гіпотензивної терапії та кількість застосовуваних препаратів (зі збільшенням кількості препаратів знижується комплаєнс пацієнта та лікаря). Пацієнти з глаукомою потребують корекції психологічного статусу та лікувально-консультативної психологічної допомоги.

Висновки: високий рівень тривоги зумовлює клінічно значуще підвищення ВОТ тому психологічний підхід до дослідження та лікування глаукоми має бути зосереджений на управлінні негативним впливом, пов'язаним з діагнозом, оптимізації дотримання режиму лікування та контролю стресу при вимірюванні ВОТ.

ЕФЕКТИВІСТЬ ОРТЕЗУВАННЯ ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Соколенко Д.

Науковий керівник: проф. Ксьонз І.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: Корекція сколіозу є однією з найбільш актуальних проблем сучасної ортопедії. Ортезування при сколіозі є одним з провідних методів в системі надання спеціалізованої ортопедичної допомоги.

Мета дослідження – визначення ефективності ортезування дітей зі сколів.

Матеріали та методи. Проведене обстеження 305 дітей (250 дівчаток та 55 хлопчиків) віком від 5 до 17 років з показником деформацій хребта 7°-41°.

Корсетотерапія використовувалась у дітей з II-IV ступенем деформації (при IV ступені корсетотерапія включалась в комплекс перед- та післяопераційного лікування). За тяжкістю патології у 250 дітей визначена II ступінь, у 50 – III ступінь і у 5 – IV ступінь. Збереження відкритих зон росту хребців було обов'язковою умовою для проведення корсетотерапії. Всім пацієнтам до виготовлення корсета було проведено рентгенологічне обстеження хребта з визначенням параметрів деформації. Для корсетотерапії використовувався ортезний виріб «Корсет коригуючий типу Шено».

Результати. Після виготовлення ортезу лікарем-ортопедом встановлювався режим корсетної корекції, що передбачав наступні періоди. Період адаптації до корсету протягом від 2 до 8 тижнів в залежності від вихідної тяжкості сколіотичної деформації, віку пацієнта та його особливостей психоемоційного сприйняття умов лікування. Період первинної корекції тривалістю 2-6 місяців, після чого проводилася рентгенографія хребта в корсеті; отримані дані порівнювалися з вихідними параметрами деформації. Подальше перебування в суворому корсетному режимі становило період корсетного утримання, з контрольними оглядами пацієнтів через 3-6 місяців та рентгенологічним контролем в умовах корсетного режиму із середнім інтервалом 1 рік від попереднього. Період корсетного утримання тривав до настання періоду завершення окостеніння хребців, тобто до тестової стадії S-V за тестом Ріссера, за цей період кожному з пацієнтів було виготовлено від 2 до 8 ортезів. Період скасування корсета полягав в поступовому збільшенні часу перебування без ортезу. У ході скасування корсета

пацієнтам, провідним методом лікування було ЛФК. На контрольному огляді виконувалася рентгенографія хребта без корсета в положенні стоячи в прямій і бічній проекції. З цього моменту починався період подальшого спостереження після завершеного корсетного лікування.

За період первинної корекції відзначено зменшення показника деформації хребта від 2 до 15°. Коригуюча деротація вершинних хребців основних дуг склала 2-10°. На бічних рентгенограмах відзначено поліпшення форми сагітального профілю хребта. За період корсетного утримання стабілізація первинного ефекту корекції спостерігалася у 264 пацієнтів, додаткове збільшення корекції з подальшою стабілізацією – у 37 пацієнтів, зниження або втрата досягнутої корекції з подальшим прогресуванням деформації різного ступеня – 4 пацієнтів.

Висновок. Коригуюча корсетотерапія за методом Шено є «золотим стандартом» лікування ідіопатичних сколіозів і кіфосколіозів II-III ступеня у дітей і підлітків.

СЕКСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Соколова Д., Сенька Д.

Науковий керівник: доц. Кітура О.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: у зв'язку з нестабільною ситуацією в економічній, соціальній та політичній сферах рівень невротизації населення має тенденцію до невинного зростання. Таке становище значно мірою впливає на якість життя хворих з межовими станами, які є пацієнтами лікарів різноманітних спеціальностей. З огляду на це, комплексний підхід до лікування невротичних розладів є найбільш оптимальним для досягнення позитивної динаміки та покращення якості життя пацієнтів в цілому. Сексуальна дисфункція (СД), що є невід'ємною частиною клінічної картини у хворих з невротичними розладами, суттєвим чином впливає на психосоціальне функціонування, а відповідно і на якість життя пацієнта. На теперішній час питання діагностики та лікування СД у хворих з будь-якими невротичними розладами залишається відкритим. Тому дане питання потребує більш детального та всебічного вивчення.

Мета роботи: оцінити вираженість СД у хворих з невротичними розладами та її вплив на якість життя.

Матеріали та методи: під нашим наглядом знаходилося 39 осіб, з них чоловіків – 16, жінок – 23, що проходили лікування у спеціалізованому відділенні КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» за період з серпня по грудень 2021 року. Для оцінки психосексуальних проявів та соціального функціонування використані шкали:

1) рівень невротизації (автори: Б. В. Іовлев, Е. Б. Карпова, А. Я. Вукс, 1999);

2) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF, 2009);

3) International Index of Erectile Function (IIEF) для чоловіків (автори: R.C. Rosen, J.C. Cappelleri, N. Gendrano 3rd, 2002);

4) The McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ) для жінок (Norma L. McCoy, 2000).

Результати: згідно отриманих результатів у вибірці підвищений рівень невротизації виявлено у 5 хворих (12,8% від загальної кількості), високий – у 31 (79,5%), найвищий – у 3 (7,7%). СД виявлена на високому рівні у 17 осіб (43,6%), помірний – у 11 (28,2%), низький – 7 (17,9%), рівень сексуального благополуччя – у 4 (10,3%), при цьому відзначалися суттєві гендерні відмінності. При оцінці якості життя було встановлено, що у 8 осіб (20,5%) – середній рівень, у 19 (48,7%) – знижений, у 12 (30,8%) – низький.

Висновки: отримані результати свідчать про наявність прямої залежності між рівнем невротизації та ступенем вираженості СД. Ці два показники суттєвим чином впливають на зниження рівня якості життя. Таким чином, на нашу думку, в комплексному лікуванні хворих з невротичними розладами необхідно достатню увагу приділяти сексологічному обстеженню та корекції СД для досягнення більш ефективних і стійких результатів терапії.

АКНЕ У ЖІНОК МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Стеценко Н.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Вугрова хвороба (вульгарні вугрі, акне) посідає одне з провідних місць у структурі хронічних рецидивуючих дерматозів. Зокрема, у віці 12-24 роки популяційна частота цієї патології становить 70-90%.

Акне – це хронічне, генетично зумовлене захворювання шкіри, при якому є чутливість сальних залоз до дії статевих гормонів. Сальні залози виробляють шкірне сало (себіум) і чутливі до статевих гормонів – андрогенів (тестостерону і його похідних). Андрогени виробляються корою наднирників і статевими залозами – сім'яниками у чоловіків і яєчниками у жінок. Якщо стався гормональний збій, і рівень андрогенів у крові підвищився, або чутливість до них рецепторів у сальній залозі висока, то відбувається посилене виділення шкірного сала.

Мета роботи: виявити особливості патогенезу та тяжкість клінічного перебігу акне у жінок молодого репродуктивного віку з урахуванням гінекологічного статусу організму.

Матеріали та методи. Обстежено 58 жінок, хворих на запальну форму вугрової хвороби різного ступеню тяжкості у віці від 19 до 37 років. В дослідженнях виявлено підтипи перебігу вугрової хвороби і ступінь тяжкості шкірного запального процесу, а також рівень шкірного саловиділення.

У 46(79,3%) досліджених хворих з вугровою хворобою діагностовано персистуючий підтип дерматозу, у 11(19%) жінок – пізній, в 4(6,9%) – рецидивуючий; у 47(81%) пацієнток виявлені патологічні зміни структури яєчників і в 35(60,3%) хворих порушення менструальної функції.

Висновки. На нашу думку, існуючий взаємозв'язок між тяжкістю клінічного перебігу вугрової хвороби жінок молодого репродуктивного віку і гінекологічною патологією указує на доцільність поглибленого клініко-лабораторного дослідження цієї категорії хворих під час розробки тактики індивідуальної терапії, що дасть можливість підвищити ефективність лікування, в тому числі досягти повного одужання або довготривалої ремісії.

ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗІВ ВІТЧИЗНЯНИМИ АНТИМІКОТИКАМИ МІСЦЕВОЇ ДІЇ У ХВОРИХ З ПРОТИПОКАЗАННЯМ ДО СИСТЕМНОЇ АНТИФУНГАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Тацій Т.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Грибкові ураження нігтів (оніхомікози) – одна з поширених причин патологічних змін нігтів і порушення їхніх функцій. Оніхомікоз представляє собою довгостроково існуюче вогнище грибкової інфекції, що сприяє її поширенню і сенсibiliзації організму. Актуальність теми обумовлена зростанням рівня захворюваності даного дерматозу, підвищенням звернення хворих на оніхомікози різних вікових груп, збільшенням частоти рецидивів даного захворювання. При цьому в певних групах ризику цей показник може бути вищим (наприклад, у спортсменів 69%, у військових вище 92%). Окрім того, їх поширеність збільшується з віком: у людей старших за 60 років оніхомікози спостерігаються у 20%, старших за 70 років – у 50%. Ризик розвитку оніхомікозів у хворих на цукровий діабет у 1,9-2,8 рази більший.

Мета: оцінити терапевтичну ефективність і переносимість 1% водно-спиртового розчину нафтифіну гідрохлориду та 1% крему нафтифіну гідрохлориду (Естезифін) в терапії оніхомікозів у хворих з протипоказанням до системної антифунгальної терапії.

Матеріали та методи: Під наглядом перебувало 22 хворих віком від 38 до 68 років, з тривалістю захворювання від 2 міс до 3 років на різні клінічні форми оніхомікозу. Хворі в комплексному лікуванні використовували розчин нафтифіну гідрохлориду по 1-2 краплі у фронтальну площину нігтьової пластинки двічі на добу в поєднанні з кремом нафтифіну гідрохлориду шляхом втирання в нігтьові валики 1 раз на добу. Оцінка терапевтичної ефективності проводилась з урахуванням динаміки клінічних і мікологічних ознак.

Результати: після проведеного комплексного лікування встановлено, що дуже ефективним розроблений метод лікування був у 16 (72,7%) хворого, ефективним – у 4 (18,2%), неефективним – у 2 (9%).

Висновки. Препарати Естезифін розчин і Естезифін крем (ПАО «Фармак», Україна) мають достатньо високу антифунгальну активність. Використання їх поєднання є достатньо ефективним у 90,9% хворих на оніхомікози з протипоказанням до системної терапії.

МОЖЛИВОСТІ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ДОНАЦІЇ ФОЛАТІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ВИНИКНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Турлакова У., Джумеля С., Гецько М., Устенко Є., Остапчук В.

Науковий керівник: доц. Тарановська О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У сучасній акушерській практиці дефіцит фолатів у раціоні жінки на етапі настання вагітності, а також порушенням їх метаболізму, розглядається як фактор, що створює передумови для порушень інвазії трофобласта в спіральні артерії матки та розвитку преекламписії.

Мета дослідження: провести аналіз впливу прекоцепційної донації фолатів на частоту виникнення преекламписії.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізований перебіг прекоцепційного періоду у 1000 вагітних. 500 з них мали преекламписію з помірними проявами (I група), 200 – тяжку (II група). Контрольну групу (КГ) склали 300 вагітних з фізіологічною гестацією. В анамнезі жінок, що були включені в дослідження, відмічали проведення прекоцепційної підготовки з призначенням фолієвої кислоти у вигляді метилфолату у дозі 400 мкг.

Результати роботи. Більшість вагітностей в обстежених групах були незапланованими, однак серед пацієнок з преекламписією таких було більше, ніж в КГ. Непланових вагітностей в I групі було 330 (66,0%), а в II – 140 (70,0%). У КГ цей показник становив лише 40,0% (120 випадків ($p < 0,05$)).

Підготовка до вагітності, яка включала прегравідарне призначення фолієвої кислоти з послідуєчим прийомом препарату після запліднення протягом щонайменше 12 тижнів, проводилася лише у 56% жінок, що були включені до дослідження ($p < 0,05$).

При цьому, якщо в КГ кількість жінок, що отримала дотацію фолатів, становила 26,6%, то у групах з преекламписією таких було значно менше. Так, серед пацієнок з преекламписією, що супроводжувалася помірними проявами, фолатопрофілактику отримали лише 14% жінок ($p < 0,05$), а у групі з тяжкою преекламписією – лише 3% ($p < 0,05$).

Висновки. Дослідження показує, що прекоцепційне призначення фолієвої кислоти та прийом її протягом ранніх термінів вагітності є обернено пропорційним до частоти та тяжкості преекламписії, і є фактором, що сприяє профілактиці цієї патології ще на прегравідарно-му етапі.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМБІНАЦІЇ З ІМУНОСТИМУЛЯТОРАМИ В ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОПЕРІЗУЮЧИЙ ГЕРПЕС

Умрихина А.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Оперізуючий герпес (ОГ) – інфекційне захворювання шкіри, яке виникає внаслідок реактивації вірусу varicella-zoster у черепно-спинно-мозкових гангліях.

Вірус поширюється по ходу нервів на шкірі грудної клітини, шиї, обличчя, попереку, кінцівок. Характерний сильний пекучий біль та поява дрібних згрупованих везикул, міхурів, кірочок на гіперемованій шкірі. Характер уражень однобічний охоплює один-два сусідніх дерматоми. Практично у всіх хворих розвивається регіональна лімфаденопатія.

Згідно з загальносвітовою практикою, препаратами вибору при лікуванні ОЛ є фамцикловір, ацикловір, валацикловір у дозі 500 мг 3 рази на добу. Останніми роками почали з'являтися дослідження, присвячені вивченню ефективності використання інтерферонів у терапії ОЛ.

Метою дослідження була оцінка ефективності застосування противірусних препаратів у комбінації з імуностимуляторами в фармакотерапії хворих на оперізуючий герпес.

У дослідження було залучено 11 пацієнтів, які звернулися в КП «ПОКШВД ПОР». Хворі в комплексному лікуванні одержували Interferon alfa-2b в/м по 1 млн МО 1 раз на добу через день курсом 5 ін'єкцій, а також Валацикловір 500 мг 3 рази на добу – 7 днів. Терапевтичну ефективність оцінювали за динамікою клінічних проявів та самопочуттям пацієнтів.

Результати. Всі пацієнти відмітили добру переносимість препаратів. У 8 пацієнтів (72,7%) вже на 3-4 добу спостерігалось значне клінічне покращення, а у 10 (90,9%) вже через тиждень наступив повний регрес елементів висипки. В одного з пацієнтів основної групи (9,1%) відзначалося небажане явище легкого ступеня тяжкості у вигляді запаморочення.

Дане дослідження показує високу ефективність застосування противірусних препаратів у комбінації з імуностимуляторами в фарма-

котерапії хворих на оперізуючий герпес, що дає змогу рекомендувати їх використання у практиці дерматовенерологів.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА СТРУКТУРА СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ

Филенко Д., Глушко А.

Наукові керівник: проф. Крючко Т.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Харчова алергія – є першим проявом atopічної конституції дитини, а за відсутності своєчасних та адекватних лікувально-профілактичних заходів може бути першим кроком так званого atopічного маршу, який з віком може трансформуватися в серйозні захворювання. Її перебіг характеризується коморбідністю клінічних проявів і у кожній другій дитини проявляється гастроінтестинальними, а у кожній третьої – ьреспіраторними симптомами. Характер проявів суттєво відрізняється в залежності від профілю сенсibilізації.

Мета. Визначити основні фактори ризику та дослідити особливості клінічного перебігу харчової алергії в залежності від структури сенсibilізації.

Матеріали та методи. З 2019 по 2021 р. до дослідження були залучені 120 дітей віком від 6 до 18 років із клінічними проявами харчової гіперчутливості, яким було проведене анкетування з використанням онлайн тестування пацієнтів-atopіків «AllergoScore», шкірне прик-тестування з харчовими алергенами (ТОВ «Імунолог») відповідно до загальноприйнятої методики. Обов'язковим для участі у дослідженні була письмова згода батьків та дитини.

Результати. Згідно анамнестичних даних, дебют харчової алергії серед обстежених дітей прослідковувався на першому році життя, і в більшості обстежених був пов'язаний з початком введення прикорму. Аналіз генеалогічних зв'язків показав, що серед обстежених дітей більше половини (54,6%) мали обтяжену по atopії спадковість, причому обтяженість по алергопатології з боку матері була вищою, ніж зі сторони інших родичів. Крім того, за результатами досліджень встановлено, що значимий вплив на розвиток харчової алергії мали раннє змішане й штучне вигодовування (37,5% та 44,2% відповідно), порушення введення прикорму (34,2%), медикаментозне лікування під час вагітності (32,5%) та ускладнені шляхом кесаревого розтину пологи

(25,8%). Крім того, на основі вивчення харчового анамнезу за даними анкетування та шкірного алерготестування, нами встановлено, що розвиток харчової алергії частіше за все, спостерігався при вживанні молока (42,5%), більше, ніж у третини – при вживанні яєць (38,3%) та риби (34,2%), у кожної четвертої дитини – у разі появи в раціоні бобових (25%). Розвиток алергічних реакцій по негайному типу (з моменту прийому їжі до 1 год) прослідковувався у 15 (60%) пацієнтів при вживанні бобових (насамперед арахісу) та у 12 (80%) при вживанні риби та морепродуктів, що потребувало ретельного моніторингу за станом здоров'я таких дітей.

Висновок. Проведені дослідження дозволили ідентифікувати пріоритетні фактори ризику формування харчової гіперчутливості у дітей та виявити найбільш етіологічно-значимі продукти харчування, вживання яких може відобразитися у вигляді гастроінтестинальних та шкірних алергічних реакцій на їжу.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Цebro A., Безоточний M., Іщук Я., Петренко O., Груздева M., Федоренко C.

Науковий керівник: доц. Настрога Т.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

На сьогоднішній день, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування ХОЗЛ гр. В, GOLD II із застосуванням в комплексній терапії комбінованого муколітика пульмобриз та курсу сеансів галотерапії.

Методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 30 хворих на ХОЗЛ групи В, GOLD II. Середній вік пацієнтів становив $48,5 \pm 2,4$ р. Діагноз виставлявся відповідно до наказу МОЗ України 555 від 27.06.2013 р. Хворі ХОЗЛ були розподілені на дві групи: перша – основна (n=15) отримували базисну терапію кларитроміцин, тіотропія бромід, будесонід 0,5 мг через небулайзер протягом 5 діб, та додатково муколітичну терапію – пульмобриз 200/30 по 1 табл. 2 рази на добу, з 3-ї доби, сеанси галотерапії 1 раз на добу №10. Друга група – контрольна (n=15) не дотримувалась комплаєнсу і приймала лише базисну

терапію. Ефективність лікування оцінювалася за динамікою клінічних симптомів ХОЗЛ, позитивної динаміки лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження. Дані клінічних та лабораторних досліджень статистично обробляли з урахуванням критерію Стьюдента.

Результати: до початку лікування всі пацієнти відзначали посилення кашлю з виділенням гнійного мокротиння, задишки при фізичному навантаженні, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, загальну слабкість. У процесі терапії проводилась оцінка клінічних симптомів у хворих основної і контрольної групи. Відмічено достовірні розбіжності в термінах зникнення задишки, кашлю ($p < 0,05$). Середні терміни зникнення кашлю у хворих основної групи становили $4,8 \pm 0,3$ доби, тоді як у хворих контрольної групи – $6,1 \pm 0,21$ діб ($p < 0,05$). Середні терміни зникнення задишки у хворих основної групи становили $3,2 \pm 0,17$ діб, тоді як у хворих контрольної групи – $4,6 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). При вивченні показників ФЗД відмічено, що у хворих основної групи, які отримували окрім базисної терапії муколітик пульмобриз та сеанси галотерапії, спостерігалось суттєве зростання ОФВ1 на 8,3%; зростання індексу Тіффно на 7,2% ($p < 0,05$), тоді як у пацієнтів контрольної групи відмічено не суттєве покращення відповідних показників – ОФВ1 на 5,5%; індексу Тіффно на 4,6% ($p > 0,05$). Після проведеного лікування, відмічено суттєве зниження рівня реактивної тривожності (РТ) та прояву вегетативної дисфункції у хворих основної групи. Так, середній рівень РТ у хворих основної групи знизився на 32,1% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи – на 17,2% ($p > 0,05$).

Висновки: запропонована комплексна терапія хворих ХОЗЛ, з включенням муколітика пульмобриз та сеансів галотерапії, сприяла покращенню якості життя пацієнтів, скороченню термінів лікування хворих.

ВИКОРИСТАННЯ ЕМОЛЕНТІВ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ У ЖІНОК В ПЕРІМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ТА МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ

Цимбал Ю.

Науковий керівник: доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Наприкінці ХХ століття кількість людей віком від 55 років і старше в розвинених країнах світу збільшилась приблизно з 4 до 13%. Саме цей демографічний стрибок обумовив підвищення уваги до питань дослідження в галузі старіння шкіри, особливо в відношенні її потенційно оборотних змін. З віком, приблизно з 35 років, кількість естрогенних рецепторів в шкірі та продукція естрогенів поступово знижується, відбувається дегенерація еластичних волокон. Також з віком у жінок визначається значна різниця в складі сфінголіпідів рогового шару. Оскільки кераміди відіграють важливу роль в формуванні шкірного бар'єру, що здійснює контроль за трансепідермальною втраченою води (ТЕВВ). Таким чином, можна виділити основні актуальні проблеми у жінок перименопаузального та менопаузального періодів: сухість шкіри, як наслідок її злущування, нееластичність та наявність зморшок.

Метою нашого дослідження довести необхідність використання емоментів для догляду за шкірою у жінок в перименопаузальному та менопаузальному періодах.

У якості доповнення гормональної терапії та догляду за шкірою жінок у перименопаузальному та менопаузальному періодах в косметичних цілях нами використовувались емоменти. Емоменти – косметичні продукти, що поєднують у собі ефективні пом'якшувальні, зволожуючі, регенеруючі та антиоксидантні компоненти. В якості емоментів застосовувались засоби відомих виробників (La Roche-Posay, Eucerin, ГлаксоСмітКляйн).

У нашому дослідженні брали участь 27 жінок віком від 50 до 65 років, які мали проблеми зі шкірою, у яких для догляду за шкірою застосовували емоменти. У всіх жінок спостерігались надмірна сухість, злущування шкіри, відчуття дискомфорту. Емоменти використовували для нанесення на вологу шкіру після гігієнічних процедур. Оцінку ефективності дії препарату здійснювали за динамікою поліпшення стану шкірних покривів та нормалізації загального стану жінок.

Застосування емоментів дало відчутний ефект вже на 2-3-й день, на 6-7-й день застосування препарату у 24 (88,9%) жінок практично зникли всі прояви сухості шкірних покривів, відчуття дискомфорту, стягнення, що значно покращило якість життя жінок, а у 2 (7,4%) залишилися ділянки злущення в місцях більш глибоких уражень епідермісу.

Таким чином, в актуальній проблемі догляду за шкірою жінок перименопаузального віку емоменти є оптимальними засобами, що дає можливість рекомендувати їх в якості ефективних пом'якшувальних, зволожуючих засобів без будь-яких обмежень.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Шапка В.

Науковий керівник: Соловйова Г.

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією
Полтавський державний медичний університет

На сьогодні метод кенгуру є важливою складовою частиною ранньої реабілітації недоношених і важко хворих новонароджених. Його використання прискорює адаптацію дітей до навколишнього середовища, вони краще розвиваються й набирають вагу.

Мета дослідження: вивчити особливості дихальних патернів й серцевого ритму недоношених дітей, використовуючи різні методи виходжування.

Методи дослідження: обстежено 52 недоношених новонароджених в ранньому неонатальному періоді, які знаходилися на лікуванні у Перинатальному центрі КП «Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Гестаційний вік дітей склав від 30 тижнів до 36 тижнів. Маса тіла при народженні коливалася від 1400 до 2800 грамів. Серед новонароджених хлопчиків було 35 дівчинок – 17, у тому числі 5 двійнят. Критерієм відбору стала відсутність у дітей вроджених вад розвитку й асфіксії при народженні, виключалися діти, які на момент проведення добового ЕКГ-моніторингу отримували респіраторну терапію. Передчасно народжені діти були поділені на дві групи. I група – 30 новонароджених, матері яких при виходжуванні використовували метод кенгуру, середня тривалість котрого впродовж доби складала $9,06 \pm 0,85$ годин. II

група – 22 недоношених новонароджених, які виходжувалися у ліжечку з підігрівом (метод кенгуру не використовувався за станом матері). Для аналізу серцевого ритму та дихальних патернів проводилося добове моніторування за Холтером на апаратно-програмному комплексі "Кардіотехніка 04-8 М". Реєстрували 3 канали ЕКГ із системою відведення – V4M, Y, V6M, а також канал реопневмограми в одному відведенні.

Основні результати: періодичне дихання та апное під час сну є характерними респіраторними патернами у передчасно народжених дітей. Їх потрібно розглядати як транзиторне явище, що відображає незрілість дихального центру. Кількість респіраторних пауз впродовж доби достовірно переважала у недоношених новонароджених дітей, в догляді за якими не використовувався метод кенгуру. Аналіз залежності між серцевим ритмом та респіраторними паузами у обстежених недоношених дітей, матері яких використовували метод кенгуру, виявив відсутність клінічно значущих дизритмій. Діти, котрі виходжувалися без використання методу кенгуру, мали більш виражену електричну нестабільність міокарду у вигляді номотопних порушень ритму. При цьому відновлення синусового ритму у всіх випадках відбувалося самостійно після поновлення дихання.

Висновки. Метод кенгуру шляхом стабілізації серцевого ритму та патернів дихання новонародженого сприяє більш ранній фізичній та психологічній адаптації передчасно народженої дитини до позаутробного життя.

НЕМОТОРНІ СИМПТОМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ ЦИРКАДНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Шкодїна А., Білий О., Близнюк Д., Левченко Ю.

Науковий керівник : проф. Дельва М., доц. Таряник К.

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Немоторні симптоми при хворобі Паркінсона (ХП) складають чинять значний вплив на якість життя пацієнтів і включають різноманітні ознаки, серед яких порушення сну та циркадного ритму, вегетативні, сенсорні, гастроінтестинальні та психіатричні розлади. Варіабельність розладів сну та схожість первинних скарг

обумовлює складність їх діагностики. Тому актуальним постає визначення факторів ризику розвитку розладів сну у пацієнтів з ХП.

Мета – розробити прогностичну модель розладу пізньої фази сну (РПФС) за даними оцінки немоторних проявів ХП та особливостей добового функціонування пацієнтів.

Матеріали та методи. Нами було проведено дослідження клінічних показників у пацієнтів з ХП. Було обстежено 64 пацієнта центру ХП та інших нейродегенеративних захворювань з діагнозом ХП. Діагноз ХП встановлювали згідно з критеріями Міжнародного товариства ХП та рухових розладів. Моторний підтип визначали за даними Уніфікованої шкали оцінки ХП та індексом Стебіна. Немоторні прояви вивчали за результатами шкали оцінки немоторних симптомів при ХП (NMSS). Мюнхенський опитувальник хронотипу (MCTQ) використовували для оцінки добового функціонування. Діагностику розладів циркадного ритму проводили відповідно до Міжнародної класифікації розладів сну-3 видання. Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми EZR Statistics 1.3.

Результати. Для визначення ступеню впливу немоторних симптомів ХП та особливостей добового функціонування на вірогідність розвитку РПФС було проведено регресійний аналіз. На виділених факторних ознаках була побудована логістична модель прогнозування $AUC = 0.96$ (95% ДІ 0.92-0.99). Встановлено, що шанс розвитку РПФС пов'язаний з тривалістю перебування в ліжку, часом хронотипу, порушеннями сну/втомою та гастроінтестинальними розладами. Встановлено, що зі зростанням часу перебування у ліжку на 1 годину шанс розвитку РПФС знижується у 4,2 рази, $ВШ = 0.24$ (95% ДІ 0.09-0.60). При цьому зміщення часу хронотипу на 1 годину до вечірнього типу підвищує шанс розвитку РПФС у 259 разів, $ВШ = 2.59$ (95% ДІ 1.19-5.65). Збільшення балу за підшкалами NMSS підвищують шанс розвитку РПФС, а саме зростання значення шкали “сон/втома” на 1 бал збільшує шанси у 1.3 разів, $ВШ = 1.27$ (95% ДІ 1.02-1.59), а шкали “гастроінтестинальні розлади” – у 1.4 рази $ВШ = 1.43$ (95% ДІ 1.06-1.92).

Висновки. Циркадна дизрегуляція пов'язана з особливостями добового функціонування та немоторними симптомами ХП, зокрема шанс розвитку РПФС пов'язаний з тривалістю перебування в ліжку, часом хронотипу, порушеннями сну/втомою та гастроінтестинальними розладами.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТРЕТИНОЇНУ ТА ТІАМІДОЛУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРОЯВАМИ СОНЯЧНОЇ ГЕРОДЕРМІЇ

Шулик Д.

Науковий керівник : доц. Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Сонячна геродермія – стан шкіри, який виникає внаслідок багаторічного впливу сонячного світла та обумовлений кумулятивною здатністю шкіри до ультрафіолетового випромінення. Тривале знаходження людини під прямими ультрафіолетовими променями може призвести до розвитку різних ускладнюючих реакцій в шкірі, внаслідок чого в ній поступово буде відбуватися розростання сполучної тканини і порушується кровопостачання її поверхневих шарів. У результаті у даних осіб спостерігається передчасне старіння шкіри, яке проявляється наявністю надмірної сухості, появою значної кількості зморшок, пігментних плям та атрофією підшкірної клітковини. До захворювання схильні люди із I та II типом світлочутливості, найчастіше з'являється у чоловіків та жінки, які перебувають в гірських і тропічних районах і піддаються в процесі своєї щоденної діяльності тривалому впливу сонячного світла (моряки, будівельники, фермери, спортсмени, рибалки, або любителі засмаги). Значною проблемою даного захворювання є його постійний необоротний розвиток, навіть після припинення дії ультрафіолетового опромінення.

Метою нашої роботи є дослідження ефективності місцевого застосування 0,05% третиноїну та тіамідолу у вигляді мазей та кремів у пацієнтів із проявами сонячної геродермії.

Під нашим спостереженням перебували 12 осіб віком 38-50 років (4 жінки та 8 чоловіків). Всіх осіб розподілено на 2 групи. Перша група 5 пацієнтів (3 жінки та 2 чоловіка), які мали виражені пігментні плями, застосовували крем з тіамідолом кожного дня 1-2 рази на день протягом 30 днів. Друга група 7 пацієнтів (1 жінка та 6 чоловіків) з вираженою сухістю та лущенням шкіри протягом 30 днів використовували креми та мазі із третиноїном. Вже на 10 день на 10-12 добу клінічно спостерігалось зменшення інтенсивності забарвлення пігментних плям на 40-60% у порівнянні з початковим рівнем у 4 осіб (80%) першої групи. Також спостерігалось зменшення сухості та лущення шкіри на 20-30% з попереднім рівнем та значне покращення самопочуття у зв'язку з зменшенням дискомфорту через відчуття стягнення

шкіри у пацієнтів другої групи. На 30 добу взагалі зникали явища дискомфорту у 6 осіб (85,7%) другої групи та пігментації у всіх 5 осіб (100%) першої групи.

Таким чином, місцеве застосування 0,05% третиноїну та тіамідолу у вигляді мазей та кремів показали значну ефективність у лікуванні пацієнтів із сонячною геродермією.

СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ВИСІВКОПОДІБНОГО ЛИШАЮ

Юдицький І.

Науковий керівник: Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Висівкоподібний лишай тривала хронічна інфекція рогового шару епідермісу. Останніми роками кількість хворих на висівкоподібний лишай значно збільшилася, що, вірогідно, пов'язано з підвищенням вірулентності збудника, формуванням стійких грибково-бактеріальних асоціацій, збільшенням стресорних факторів, у зв'язку з несприятливою епідемічною обстановкою.

Мета: оцінити ефективність комбінованого застосування 1% крему Циклопірокс та 1% спрею Тербінафіну в місцевій терапії висівкоподібного лишая.

Методи дослідження. У дослідженні приймало участь 28 пацієнтів, хворих на висівкоподібний лишай, які звернулись у КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР. З них 17 чоловіків і 11 жінок віком від 19 до 65 років, з тривалістю захворювання від 1 міс до 2 років. Хворі в місцевому лікуванні одержували крем Циклопірокс 1% (діюча речовина – циклопірокс оламін), який наносили тонким шаром на ділянки, пошкоджені грибковою інфекцією двічі на добу та спрей Тербінафін 1% (діюча речовина – тербінафін гідрохлорид) 2 рази на добу впродовж 2 тижнів. Терапевтичну ефективність оцінювали за динамікою клінічних проявів захворювання та результатами мікологічних досліджень.

Використовуючи спрей Тербінафін в комбінації з кремом Циклопірокс, пацієнти відмічали зменшення свербіжу вже після першого нанесення препарату, а зникнення свербіжу відзначали на 4-5-й день лікування у 24 хворих (85,7%). Терапевтичний ефект, а саме розрешення еритематозно-сквамозних елементів, виявляли на 4-5-й день після початку лікування у 22 хворих (78,6%). Клінічне видужання відмічали

у 26 пацієнтів (92,9%) на 10-12 день лікування, мікологічну негативізацію – у 100% хворих на 14-16 день лікування. Пацієнти відмічали зручність використання спрею. Шкіра при цьому не пітніла, після нанесення препарату швидко підсихала, препарат не залишав слідів на білизні. У жодного пацієнта не спостерігали місцевоподразнювальної дії та алергічних реакцій.

Висновки. Комбінація препаратів 1% Циклопірокс крем та 1% Тербінафін спрей виявляє виражений терапевтичний ефект у лікуванні висівкоподібного лишая, сприяє швидкому клінічному та мікологічному одужанню пацієнтів. Препарати характеризуються хорошою переносимістю, мають оптимальні споживчі властивості – зручні у використанні. Це дає змогу рекомендувати таку комбінацію препаратів в місцевій терапії висівкоподібного лишая.

КАФЕДРАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА СТРАТЕГІЯ «ЛІКАР У БОРОТБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ – ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ»: РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРУВАННЯ СКЛАДУ ТІЛА У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА 2019-2022 РОКИ

Янковська Д., Плотнікова І., Голіздра Н., Кравченко Я., Джежжєла В., Чирва Ю., Сорока Н.

Наукові керівники: доц. *Невойт Г.*

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Розуміння факту, що здоровий спосіб життя (ЗСЖ) є основою здоров'я людини – одна із важливих професійних компетенцій лікаря. Лікар є інтелектуальним авангардом нації. Усвідомлення та реалізація ним принципів ЗСЖ стає основою його майбутньої санітарно-освітньої активності в роботі із пацієнтами задля профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) (Потяженко М.М. і співавтори 2017-2021). Задля актуалізації зазначених питань з 2016 року на кафедрі розпочата навчально-діагностична стратегія «Лікар у боротьбі із НІЗ – почни із себе», яка стала щорічною. Моніторингування складу тіла – частина стратегії і метод об'єктивного підтвердження ведення ЗСЖ, оскільки тіло формується внаслідок харчування і фізичної активності м'язів.

Мета дослідження: дослідити склад тіла у лікарів-інтернів за 2019-2022 роки як об'єктивний результат ведення ЗСЖ.

Методи дослідження: здійснено аналіз результатів моніторингування складу тіла функціонально здорових осіб молодого віку – студентів.

нтів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів (медіана віку – 24 (19; 34) років, 78% (78/111) – чоловіки), n=111) з наукового архіву кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів як фрагментів ініціативної науково-дослідної роботи кафедри «Розробка алгоритмів і технологій запровадження здорового способу життя у хворих на неінфекційні захворювання на підставі вивчення функціонального статусу» (номер держреєстрації 0121U108237, УДК 613:616-056-06:616.1/9-03). Моніторингування складу тіла виконувалось на приладі Омрон 511BF (Японія) як фрагмент другого етапу розробленого способу визначення напрямку персоніфікованої корекції способу життя пацієнта (Невойт Г.В., Мінцер О.П., Потяженко М.М. Патент на корисну модель 145237 Україна, МПК А61В 5/103).

Результати дослідження: у 47% (52/111) респондентів встановлено розлади складу тіла: за ІМТ дефіцит маси – 5% (7/111), легке передожиріння – 13% (14/111), середнє – 8% (9/111), значне – 2% (2/111), ожиріння – у 6% (6/111); за відсотковим вмістом жиру підвищення у 91% (20/22) жінок, 13% (10/78) чоловіків, ожиріння – 18% (4/22) жінок, 5% (4/78) чоловіків; підвищений рівень вісцерального жиру – 3% (3/111), вісцеральне ожиріння – 2% (2/111); відсотковий дефіцит м'язів за віковою і половою нормами – 83% (92/111). Оскільки такі розлади потребують часу для свого формування, то це може свідчити про невідповідність харчування і рівня фізичних навантажень, тобто тривале недотримання принципів ЗСЖ у значної частини лікарів-інтернів.

Висновок: більшість лікарів-інтернів мають розлади складу тіла як об'єктивний факт підтвердження недотримання ними принципів ЗСЖ як однієї з важливих професійних компетенцій.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЯ

- 1 **МЕТИЛЕНОВИЙ СИНІЙ В СТОМАТОЛОГІЇ:
ЗВІДКИ З'ЯВИВСЯ І ЯКЕ МАЄ ЗАСТОСУВАННЯ
ЗАРАЗ?** 3-4
Андрієнко К., Щедрова О.
- 2 **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРИЙОМУ ДІТЕЙ
У ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В УМОВАХ ВОЄННОГО
ЧАСУ** 4-5
*Валага Н., Валага Я., Зайцева Ю., Строч Є.,
Ягодка Д.*
- 3 **НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ДІТЯМ ПІД СЕДАЦІЄЮ В УМОВАХ СЬОГО-
ДЕННЯ** 6-7
Ватюшенко А., Волошин С., Колєгова Є., Маслов І.,
- 4 **МЕТОДИКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ
У ПАЦІЄНТІВ ОРТОПЕДИЧНОГО ПРОФІЛЮ** 7-8
*Воробйова Ю., Пономаренко К., Синіцький Є.,
Фучко В., Тараненко О.*
- 5 **НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ
ПРИЙОМІ. ПРОФІЛАКТИКА** 8-10
Дмитрієва Т., Борисенко М.
- 6 **ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ, ТАКТИКА
ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА** 10-11
Корнійчук О., Бреславець М., Левченко Т., Шишов М.

7	ЗМІНИ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ ПРИ СЕРЦЕВІЙ НЕДО-СТАТНОСТІ <i>Кривич С., Маслов М., Мнекін Ф., Поляков Г.</i>	12-13
8	ГАЛЬВАНОЗ. ПРОЯВИ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛО- НЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПА- ДОК <i>Кудінов М.</i>	13-15
9	СТОМАТОЛОГІЧНЕ НАВЧАННЯ БАТЬКІВ МАЛЕНЬКИХ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО НЕОБХІД- НОСТІ РЕГУЛЯНОГО ВІДВІДУВАННЯ СТО- МАТОЛОГА ДИТИНОЮ <i>Левченко Т., Гавриленко Я., Шишов М.</i>	15-16
10	ОЦІНКА НЕСПЕЦИФІЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ЯСЕН У ХВОРИХ З ЕНДОКРИННОЮ ПАТОЛО- ГІЄЮ <i>Левченко Т., Шишов М., Кулай Д.</i>	16-17
11	ОБГРУНТОВАННЯ ЗАТОСВАННЯ АУТОТРАН- СПЛАНТАЦІЇ ЗУБІВ <i>Литвин В.</i>	18-19
12	ЗМІНИ ФУНКЦІОНУВАННЯ МАЛИХ СЛИН- НИХ ЗАЛОЗ В ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ПОВ- НИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ <i>Маслов І.</i>	19-20
13	ЛІКУВАННЯ ПУЛЬПІТІВ ТИМЧАСОВИХ ЗУБІВ МЕТОДОМ ВІТАЛЬНОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ ПУЛЬ- ПИ <i>Мелешко О.</i>	21
14	ФЕНОМЕНИ БОЛЮ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА <i>Мисік Я.</i>	22-23

- | | | |
|----|--|-------|
| 15 | ЦЕФАЛОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
СКЕЛЕТНИХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУ-
СУ
<i>Пазинич О.</i> | 23-24 |
| 16 | ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖ-
НИНИ РОТА У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ
<i>Рубан Р., Єрмоленко Є.</i> | 25-26 |
| 17 | ДИСКOLORИТИ ЗУБІВ
<i>Савісько М., Саприкіна М., Стоян Д., Шевченко П.,
Чередниченко І.</i> | 26-28 |
| 18 | АНКЕТУВАННЯ - ПЕРШИЙ КРОК ДО УСПІШ-
НОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА
<i>Ставнича І.</i> | 28-29 |
| 19 | ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНОЇ ГЕРПЕТИЧНОЇ
ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНИ РОТА
<i>Степанія О.</i> | 30 |
| 20 | ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ГІАЛУРОНО-
ВОЇ КИСЛОТИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУ-
ВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ
<i>Ткаченко В.</i> | 31-33 |
| 21 | ГІГІЄНИЧНИЙ АСПЕКТ СТОМАТОЛОГІЧНОГО
ВИХОВАННЯ УЧНІВ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ
<i>Холікова О., Бондаренко Ю., Галич П., Лемешко О.</i> | 34-34 |
| 22 | ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ КОМІРКОВОГО ВІДРО-
СТКУ В ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ
ЗАСТОСУВАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМО-
ГРАФІЇ
<i>Шишов М., Левченко Т.</i> | 34-35 |

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

- 23 **ВІТЛІГО: СУЧАСНІ МЕТОДИ ТЕРАПІЇ** 36-37
Авраменко М.
- 24 **РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ У ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ** 37-38
Артюх В.
- 25 **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИ-ВУЮЧИХ ІНФЕКЦІЙ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ D-МАНОЗИ** 38-39
Борківець Д.
- 26 **ОСТЕОАРТРИТ У ПАЦІЄНТА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ: ОЦІНКА ВПЛИВУ РОЗУВАСТАТИНУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ** 40-41
Бороденко М., Бороденко Ю., Пістек Н., Григоренко А., Кірілова О., Переяславець Н.
- 27 **ПРОФІЛАКТИКА СИНОВІАЛЬНОГО ХОНДРОМАТОЗУ В ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ У СПОРТСМЕНІВ** 42-43
Брикса Д.
- 28 **БЛИСКАВИЧНИЙ ПЕРЕБІГ СИНДРОМУ ГІСНА-БАРРЕ У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК** 43-44
Булишева Н., Шкодїна А., Ющенко Я., Таран В., Рябенко А.
- 29 **ДОБОВИЙ МОНІТОРИНГ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ** 44-45
Бурмінова Н., Вітко В., Івченко І., Момоход С., Чала Ю., Петриченко А.

- 30 **ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАТРІЮ АДЕНОЗИНТРИФОСФАТУ ТА ВЕРАПАМІЛУ В ЛІКУВАННІ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ РЕЦИПРОКНОЇ ТАХІКАРДІЇ** 45-46
Василів І., Дорошенко К.
- 31 **ПСИХІЧНІ ЕПІДЕМІЇ ЯК ВІДОБРАЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ КОЛЕ-КТИВНОГО БЕЗСВІДОМОГО** 47-49
Веклюк В.
- 32 **ДИНАМІКА СУГЛОБОВОГО СИНДРОМУ В АСПЕКТІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ БІОЛОГІЧНИМИ ХВОРОБОМОДИФІКУЮЧИМИ ЗАСОБАМИ** 49-50
Велічко О., Савченко А., Чернецька Ю., Крутько Е., Зінов'єва А.
- 33 **ВПЛИВ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ** 51-52
Войнаш В., Бреславець А., Запара Ю., Місяйло О., Кордельська А.
- 34 **ЕФЕКТИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРОПРАНОЛОЛУ В ЛІКУВАННІ ІНФАНТИЛЬНИХ ГЕМАНГІОМ У ДІТЕЙ** 52-53
Габона А.
- 35 **ОСОБЛИВОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ З ПОМІРНИМИ ПРОЯВАМИ** 53-54
Гавриленко Т., Клименко О., Стрельнікова О., Гончаренко А.
- 36 **ХАРАКТЕР ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ** 54-55
Гакман Є., Шраменко В., Баклан Є.

- 37 **ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ НА РЕЗУЛЬТАТИ СПІРОМЕТРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СИМПТОМИ У ХВОРИХ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ** **ЛЕГЕНЬ** 56-57
Глухова Г., Дяченко В., Карпова А., Опошнян А., Рибалка І., Сидоренко В.
- 38 **ВАРІАНТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ** 57-58
Годуадзе Г.
- 39 **ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ПРИ УРАЖЕННІ ЛОБНОЇ ЧАСТКИ** 58-60
Гольтваниченко В.
- 40 **ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19** 61-62
Горобець В., Нехай Д., Капроненко Є., Крамаренко А.
- 41 **ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ ТА ТУРБУЛЕНТНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ** 62-63
Гречко В., Невмивака І., Одиноченко Д., Сорокіна О., Стягайло Ю., Целованська Л., Кабаєва І.
- 42 **РОЛЬ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ В ПЕРИОПЕРАЦІЙНОМУ ЗНЕБОЛЕННІ У ХВОРИХ УРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ** 63-65
Грищенко Є.
- 44 **ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПРОГНОЗУ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19** 65-66
Даниленко В., Корж О.

- 45 **ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ МЕТОДИКИ РОЗШИРЕНОГО ДРЕНУВАННЯ ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ТИПУ DRAF 2A У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ФРОНТИТОМ** 66-67
Демченко Ю.
- 46 **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНИХ РЕТИНОЇДІВ У ПОСІДНАННІ З БЕНЗОЇЛПЕРОКСИДОМ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАПУЛО-ПУСТУЛЬОЗНОЇ ФОРМИ АКНЕ** 67-68
Дмитрієва А.
- 47 **ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНИХ РОЗЧИНІВ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ** 69-70
Довбня М., Онищенко Ю.
- 48 **ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕПРЯМОЇ ЛАРИНГОСКОПІЇ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ** 70-71
Долик В., Триполка А., Снівак В.
- 49 **ОСОБЛИВОСТІ КОРОТКОГО ЗАПИСУ ВАРІАбельНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ** 72-73
Донченко К., Кукочка В., Маньківська Д., Попова А., Борода О.
- 50 **ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА НЕКОНТРОльОВАНОЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОТРАТИ ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ У ЖІНОК ІЗ РУБЦЕМ НА МАТЦІ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ** 73-74
Дудник Н., Семиз Н, Леверя В, Василенко І., Шамаїлова А., Пархоменко А.
- 51 **ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ КРИТИЧНИХ СТАНІВ В СТРУКТУРІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ М'ЯЗОВОЇ СЛАБКОСТІ У РЕАНІМАЦІЙНИХ ХВОРИХ** 75-76
Дунай М., Піддубна Є.

- 52 **ESP-БЛОК (ERECTOR SPINE PLANE) ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ АНАЛГЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНУ ХОЛЕЦИСТОЕКТОМІЮ** 76-78
Дячук О.
- 53 **РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ КОРОТКОГО ЗАПИСУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ФУНКЦІОНАЛЬНО ЗДОРОВИХ ОСІБ В ДИНАМІЦІ РЕЕСТРАЦІЇ НА ПОЧАТКУ ВОЄННИХ ДІЙ В УКРАЇНІ 2022 РОКУ** 78-79
Сфремова А., Юрченко Б., Невежжін Р., Сливенко М., Третьак А., Буркут О., Безсонова В.
- 54 **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕПІДУРАЛЬНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ** 79-80
Жук М., Бровко С.
- 55 **ВИКОРИСТАННЯ МОДУЛІВ АПАРАТІВ ЗОВНІШНЬОЇ ФІКСАЦІЇ ПРИ ЗАСТАРІЛИХ ТРАВМАХ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ** 81-82
Захаренко В.
- 56 **ПЕРЕВАГИ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ЗАВЕРШЕННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТОМІЇ** 82-83
Зезекало Є.
- 57 **ІНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ВІЛПОЗИТИВНИХ ОСІБ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК** 83-84
Іваненко А., Іщенко О., Романцова Л., Бащеванжи М., Гайдай О.
- 58 **ВИБІР МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ** 85-86
Іванова Г., Шумар К.

- 59 **ОЦІНКА МЕТОДУ СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ З ЕПІДУРАЛЬНИМ ОБ'ЄМНИМ РОЗШИРЕННЯМ З ПОЗИЦІЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ У ПАЦІЄНТОК ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ** 86-87
Ищенко Т., Шумик К.
- 60 **ШИЗОАФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД З ЕПІЗОДАМИ КАТАТОНІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК** 88-89
Качур Р.
- 61 **ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕРТЛЮГОВОЇ ДІЛЯНКИ СТЕГНА У ПАЦІЄНТІВ СТАРЕЧОГО ВІКУ** 89-90
Кирилишен Д., Пілосян А.
- 62 **ВПЛИВ АНТИБІОТИКІВ НА РОЗВИТОК КИШКОВИХ ЗАХВОРИУВАНЬ** 90-92
Кишка О., Засць А., Бутенко Ю., Кіяшко Д.
- 63 **КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРУ КАЛЬЦЕНЕВРИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ** 92-93
Киян С.
- 64 **РЕЗУЛЬТАТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST** 93-94
Коваленко В., Мотієнко Я., Прокопець Т., Реукова І., Цветков О., Мещеряков С.
- 65 **ЗАГРОЗЛИВИЙ ВИКИДЕНЬ, ЩО УСКЛАДНИВСЯ РЕТРОХОРІАЛЬНОЮ ГЕМАТОМОЮ** 94-95
Ковтун О., Денисенко А., Бабич В., Грохольська К., Ярмак М.
- 66 **ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ В УМОВАХ ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ** 95-97
Койнаш С.

- 67 **ІНТРАНАТАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СУЛЬФАТУ МАГНІЮ – АКУШЕРСЬКИЙ ПОГЛЯД НА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ** 97-98
Кузнецова К., Тур О., Головка І., Мовчан Л., Битько Т.
- 68 **ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИЙ ТИСК ЯК КРИТЕРІЙ ВІРОГІДНОСТІ ТЯЖКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ** 98-100
Кузьменко В., Федоренко В., Маринчук А.
- 69 **КАФЕДРАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА СТРАТЕГІЯ «ЛІКАР У БОРОТБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ – ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ»: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА 2019-2022 РОКИ** 100-101
Куряча Д., Кришталь А., Красій О., Ганжа А., Присяжна Н.
- 70 **АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНИМ ЗАПЛІДНЕННЯМ ПОРІВНЯНО З ЖІНКАМИ, ВАГІТНІСТЬ У ЯКИХ НАСТУПИЛА ПРИРОДНИМ ШЛЯХОМ** 102-103
Лаврінець С., Шаповал Р., Рогова О., Сердюк Я., Пасюк А., Саула Н.
- 71 **ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ КОМБІНОВАНИМ ПРЕПАРАТОМ, ЩО МІСТИТЬ ГІДРОКОРТИЗОН, НЕОМІЦИН ТА НАТАМІЦИН** 103-104
Лавронтенко А.
- 72 **БІОІМПЕНДАНСНА ОЦІНКА СКЛАДУ ТІЛА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ** 104-105
Лобас О., Кабаєва І., Розенков Є., Корба А., Хрестова Д., Ахрімець Р.

- 73 **ВПЛИВ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗИ** 105-107
Лугова Ю., Климко В., Лукаш В., Піддубна Є., Власенко І.
- 74 **ЗАСТОВУВАННЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ ПРИ УРОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ** 107-108
Мотієнко А., Василенко О.
- 75 **ВІДТВОРЕННЯ ПРОЯВІВ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У КІНЕМАТОГРАФІ** 108-110
Олійник О., Горбатенко А.
- 76 **МУЛЬТИМОДАЛЬНЕ ЗНЕБОЛЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТОМУ КИШЕЧНИКУ** 111-112
Пазинич З., Пазинич А.
- 77 **КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІДІОПАТИЧНОЮ КРОПИВ'ЯНКОЮ** 113-114
Петрова К.
- 78 **ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ НА ПОКАЗНИКИ ФЗД ТА IgE У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ** 114-115
Плакса В.
- 79 **ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ** 115-116
Рибальченко Є., Савуляк Т., Семонченков А., Швець С.
- 80 **ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПОСТОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ З ЛАПАРОСКОПІЧНОЮ АЛЛОГЕРНІОПЛАСТИКОЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ** 11-118
Попов М.

- 81 **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА COVID -19** 118-119
Прокопець О., Курись Т., Осадча Т., Сіренченко Б., Діхтяренко М., Діхтяренко В.
- 82 **ВПЛИВ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМУ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ НА СИСТЕМУ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ** 119-120
Проценко О., Омельченко В., Тіманова Ю
- 83 **ПОРУШЕННЯ УРОТЕЛІАЛЬНОГО БАР'ЄРУ В РОЗВИТКУ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА НА ФОНІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ** 120-122
Реут В., Кордельський І., Рогов В.
- 84 **ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ БІЛПАРНОГО ТРАКТУ** 122-123
Різник Я., Тесленко Т., Сидоренко А., Ерміла Важді, Голод В., Пулін О.
- 85 **РОЛЬ ПСИХОЛОГІЇ ПАЦІЄНТА ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ** 123-124
Синенко В., Прудіус В., Романцева Т.
- 86 **ЕФЕКТИВІСТЬ ОРТЕЗУВАННЯ ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОЗОМ** 125-126
Соколенко Д.
- 87 **СЕКСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ПАЦІЄНТІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ** 126-127
Соколова Д., Сенька Д.
- 88 **АКНЕ У ЖІНОК МОЛОДОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ** 128
Стеценко Н.

- 89 **ЕФЕКТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОНІХОМІКОЗІВ ВІТЧИЗНЯНИМИ АНТИМІКОТИКАМИ МІСЦЕВОЇ ДІЇ У ХВОРИХ З ПРОТИПОКАЗАННЯМ ДО СИСТЕМНОЇ АНТИФУНГАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ** 129
Тацій Т.
- 90 **МОЖЛИВОСТІ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ДОНАЦІЇ ФОЛАТІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ВИНИКНЕННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ** 130
Турлакова У., Джумеля С., Гецько М., Устенко Є., Остапчук В.
- 91 **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИВІРУСНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМБІНАЦІЇ З ІМУНОСТИМУЛЯТОРАМИ В ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОПЕРІЗУЮЧИЙ ГЕРПЕС** 131-132
Умрихіна А.
- 92 **ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА СТРУКТУРА СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ** 132-133
Филенко Д., Глушко А.
- 93 **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ** 133-134
Цебро А., Безоточний М., Іщук Я., Петренко О., Груздева М., Федоренко С.
- 94 **ВИКОРИСТАННЯ ЕМОЛЕНТІВ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА ШКІРОЮ У ЖІНОК В ПЕРІМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ТА МЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ** 135-136
Цимбал Ю.
- 95 **ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ** 136-137
Шапка В.

- 96 **НЕМОТОРНІ СИМПТОМИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ ЦИРКАДНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА** 137-138
Шкодiна А., Бiлий О., Близнюк Д., Левченко Ю.
- 97 **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТРЕТИНОЇНУ ТА ТІАМІДОЛУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРОЯВАМИ СОНЯЧНОЇ ГЕРОДЕРМІЇ** 139-140
Шулик Д.
- 98 **СУЧАСНЕ ЛІКУВАННЯ ВИСІВКОПОДІБНОГО ЛИШАЮ** 140-141
Юдицький І.
- 99 **КАФЕДРАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА СТРАТЕГІЯ «ЛІКАР У БОРОТБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ – ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ»: РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРУВАННЯ СКЛАДУ ТІЛА У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА 2019-2022 РОКИ** 141-142
Янковська Д., Плотнікова І., Голіздра Н., Кравченко Я., Джемжела В., Чирва Ю., Сорока Н.