

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 2023 р.



Полтава - 2023

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 проводиться відповідно до Плану проведення науково-практичних заходів ПДМУ, зареєстрована в УкрІНТЕІ за №241.

Секція «КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА»

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Беляєв І.

Науковий керівник: доцент Настрога Т.В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. При наданні медичної допомоги хворим на ішемічну хворобу серця (ІХС) суттєве значення має стратифікація ризику.

Мета дослідження. З метою профілактики прогресування ІХС включити до базисної профілактичної терапії комплекс заходів по дотриманню засад здорового способу життя (ЗСЖ).

Методи дослідження. У дослідженні приймали участь 30 хворих на ІХС: стенокардію напруги стабільну ФК I. Середній вік склав (43,6±2,8) років. Групи були співставні за віком та статтю. Діагноз ІХС формулювали згідно з наказом МОЗ України від 23.12. 2021 р. №2857. Біоімпедансна оцінка складу тіла проводилась на моніторі (модель HBF-500-E, Omron, Японія). Толерантність до фізичного навантаження вивчали за допомогою тесту з 6-ти хвилинною ходьбою (6 minute walking distance – 6MWD). Кожному пацієнту давались рекомендації по усуненню виявлених факторів ризику ІХС – паління, висококалорійної дієти, малорухливого способу життя (ходьба 40 хв. протягом доби) і конкретні поради щодо дотримання низькокалорійної дієти з обмеженням вуглеводів. Результати вважались достовірними за t-критерієм надійності Стьюдента ($p < 0,05$).

Основні результати. У хворих на ІХС, що перебували під нашим спостереженням, через 3 місяці, були виділені групи: основна група – пацієнти, що дотримувались рекомендацій по дотриманню ЗСЖ (n=13) і контрольна група, які не дотримувались рекомендацій (n=17). При біоімпедансометричному аналізі тіла відмічено, що ІМТ у пацієнтів

основної групи знизився на 12,2% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи – на 8,9% ($p > 0,05$). Середній рівень систолічного артеріального тиску (САТ) у хворих основної групи знизився на 12,7% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи – на 7,8% ($p > 0,05$). Середні показники діастолічного артеріального тиску (ДАТ) у пацієнтів основної групи знизились на 19,1% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи – на 8,5% ($p > 0,05$); загальний холестерин у хворих основної групи знизився на 26,9% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи на 20,7% ($p > 0,05$). При аналізі результатів вивчення толерантності до фізичного навантаження за допомогою тесту з 6-ти хвилинною ходою відмічено, що у пацієнтів основної групи пройдена відстань збільшилась суттєво – на 11,2% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи – на 5,9% ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані результати свідчать, що здоровий спосіб життя є дієвою стратегією в комплексному лікуванні і профілактиці прогресування ішемічної хвороби серця, покращує якість життя пацієнтів.

ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ МЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТА ПЕРЕЛОМО-ВИВИХІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛА ПЛЕЧА

Бондарчук М., Бичок М., Свячений О., Віхтенко В., Левченко О.

Науковий керівник: асистент Півень Ю.М.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. 13% до 16% від усіх переломів проксимальної частини плечової кістки займають багатофрагментарні переломи та перелоמו-вивихи, 30% у пацієнтів працездатного віку. Існуючі хірургічні методики є занадто об'ємними, травматичними та потребують тривалої реабілітації. Деякі травматологи-ортопеди, остерігаючись ускладнень, взагалі рекомендують пацієнтам консервативне лікування. Строк непрацездатності хворих збільшується – якість життя пацієнтів та функціональність верхньої кінцівки погіршується. Тому існує нагальна потреба у впровадженні в практику ендопротезування плечового суглоба як метода хірургічного лікування.

Мета. Покращення результатів лікування хворих із

багатофрагментарними переломами проксимального відділу плечової кістки шляхом вдосконалення стандартів хірургічного лікування ступеня ураження сегменту.

Методи дослідження. З 2021 року по теперішній час проведено аналіз доопераційної підготовки, метода остеосинтеза, ранніх (1 місяць) та віддалених (2 роки) результатів лікування 65 пацієнтів з багатофрагментарним переломом проксимального відділу плечової кістки (51 хворий з чотирьохфрагментарним переломом, 14 хворих з чотирьохфрагментарним перелоמו-вивихом). У всіх пацієнтів був діастаз між уламками більш ніж 1 см, ротаційний компонент більш ніж 45°. Пошкодження ротаційної манжети плеча виявлено доопераційно (УЗД, в деяких випадках МРТ плечового суглоба та підтверджено інтраопераційно) у 90% випадків. Вік пацієнтів склав від 39 років до 84 років (середній вік 61,5 років). Чоловіків було 28, жінок – 37. У передопераційній підготовці проводили комп'ютерну томографію з 3D реконструкцією та в деяких пацієнтів з ангиографією для отримання повного уявлення про розташування уламків та прогнозування можливого розвитку аваскулярного некроза головки плечової кістки.

Основні результати. Термін спостереження результатів лікування від 1 місяця до 2 років. Шкала Constant-Murley використана в післяопераційному періоді для оцінки відновлення функції верхньої кінцівки. Найкращі результати (відмінні та добрі) отримані у пацієнтів із протезуванням. Добрі результати показала група із застосуванням комбінованого остеосинтезу. До негативних результатів цієї групи віднесено: розвиток аваскулярного некрозу головки плечової кістки; остеолізис фрагментів; нагноєння гематоми; міграція металофіксаторів.

Висновки. Методика ендопротезування переважає у отриманні відмінних та добрих результатів лікування в порівнянні із стандартними методами операцій. Ендопротезування дозволяє скоротити: строки непрацездатності та реабілітації хворих; відсоток інвалідності. Відновлення якості життя пацієнта дає можливість використовувати ендопротезування, як метод вибору в лікуванні багатофрагментарних переломів та перелоמו-вивихів плеча.

ПЕРЕВАГИ ПУНКЦІЙНОЇ ЕПІЦИСТОСТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ ЗАТРИМКОЮ СЕЧІ ЗУМОВЛЕНОЮ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ

Борківець Д.

Науковий керівник: асистент Іващенко Д.М.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози – найбільш часте доброякісне новоутворення у чоловіків, частота варіюється від 8% в 40-річному віці аж до 90% – до віку в 90 років. Одним із поширених (3,0-6,8 випадків на 1000 популяції) ускладнень цього захворювання є розвиток гострої затримки сечі, яка потребує ургентного звернення за медичною допомогою.

Мета. Оцінити вплив надлобкової пункційної епіцистостомії на якість життя пацієнтів з доброякісною гіперплазією передміхурової залози, в комплексі їх передопераційної підготовки та лікування.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 32 чоловіки, у яких було діагностовано гостру затримку сечі обструктивного генезу, зумовлену гіперплазією простати. Пацієнти були поділені на дві групи по 16 пацієнтів: у I групі здійснювали надлобкову пункційну епіцистостомію з постановкою катетеру типу «rigtail», діаметром 12 Fr, у II групі – «класичну» троакарну епіцистостомію з постановкою катетеру типу Foley, діаметром 20 Fr. У післяопераційному періоді впродовж місяця оцінювали шкалу оцінки якості життя (Quality of Life, QoL), досліджували також загальний аналіз сечі (1-й, 2-й, 3-й, 4-й тижні), посів сечі для виявлення збудників інфекційного процесу та визначення його чутливості до антибіотиків (1-й, 4-й тижні). Також у місячний термін виконували цистоскопію для визначення запальних змін стінки сечового міхура, спричинених персистенцією катетера. Усі пацієнти отримували однакове консервативне лікування, що включало в себе антибактеріальну пероральну терапію та тамсулозин 0,4 мг/добу.

Результати. За результатами дослідження було встановлено, що у пацієнтів I групи кількість лейкоцитів та еритроцитів у загальному аналізі сечі була достовірно меншою, починаючи з 2-го тижня. Кількість мікроорганізмів у I групі на 1-му тижні – $3,4 \cdot 10^7 \pm 0,62$ у II групі – $3,6 \cdot 10^7 \pm 0,75$; на 4-му тижні у I групі – до $2,5 \cdot 10^4 \pm 0,54$, у II групі – $2,3 \cdot 10^5 \pm 0,7$, при чому у двох пацієнтів I групи бактеріального росту у місячний термін не спостерігали. Згідно опитувальника QoL, якість життя пацієнтів I групи на 37% була

кращою ніж у II групі. При виконанні цистоскопії – в I групі визначалися петехіальні точкові крововиливи на слизовій оболонці сечового міхура, тоді як у II групі, позначалися бульозні гіпертрофічні зміни слизової оболонки та зливні петехіальні плями з контактною кровоточивістю.

Висновки. Аналіз результатів проведеного дослідження показав що виконання пункційної епіцистостомії катетером «pigtail» малого діаметру призводить до меншої травматизації слизової оболонки сечового міхура, меншої вираженості розвитку мікроорганізмів та покращення якості життя пацієнтів, що в подальшому буде призводити до кращих наслідків оперативного лікування аденоми простати.

СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Бурлаков А., Дацька О., Литуха Ю., Криволапова Я.

Наукові керівники: доцент Гринь К.В., доцент Пурденко Т.Й.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Причинами звернення до лікаря-невролога можуть бути не тільки поліморфні неврологічні захворювання, а й наслідки генетичної патології. Синдром Прадера-Віллі – рідкісне генетичне захворювання, яке призводить до ряду фізичних, психічних та неврологічних розладів. Причиною даної патології є делеція імпринтованої області довгого плеча 15-ї хромосоми, успадкованої від батька у локусі 11-13 (15q11-13).

Мета, Продемонструвати на прикладі клінічного випадку діагностування синдрому Прадера-Віллі у дорослому віці та проаналізувати неврологічну симптоматику у пацієнта для попередження розвитку ускладнень.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-неврологічний, клініко-психопатологійний, загальноклінічні, параклінічні, медико-генетичні.

Основні результати. Пацієнт обстежений після отримання від нього письмової усвідомленої інформованої згоди на участь у дослідженні з дотриманням принципів біоетики. Пацієнт А., 28 років, працює охоронцем, звернувся зі скаргами на прогресуючу м'язову слабкість у кінцівках, порушення координації рухів, зниження пам'яті, складнощі із вираженням своїх думок, складність контакту з

оточуючими, відсутність бажання до будь-якої діяльності, розлади сну.

Об'єктивний статус: зріст – 180 см, вага – 125 кг, АТ – 130/85 мм рт.ст., ЧСС – 82 уд/хв. Ожиріння II ст., збіднене оволосіння на обличчі та грудній клітці, гінекомастія, стрії на животі, поперековій ділянці, гіпогонадизм, гіперфагія.

У неврологічному статусі. М'язова гіпотонія, більше в ногах. У позі Ромберга похитування з закритими очима. Дистальний гіпергідроз, гіпотермія. Астенізований. Гіпобулічний. За шкалою Стенфорд-Біне – результат IQ 68 балів.

За даними ЕМНГ верхніх та нижніх кінцівок – патології не виявлено. За даними МРТ головного мозку локальний лейкоареоз в ділянці переднього рога правого бічного шлуночка. Гіпотрофічні зміни кори в ділянці лобних часток мозку.

Результати молекулярно-генетичного дослідження: виявлено делецію за батьківською хромосомою в локусі 15q11-15q13.

Враховуючи дані анамнезу, клінічного, інструментального та молекулярно-генетичного досліджень, аналіз фенотипу – пацієнту було встановлено діагноз: синдром Прадера-Віллі.

Висновки. Представлений клінічний випадок пізнього діагностування генетичного захворювання, а саме синдрому Прадера-Віллі, спричиняє розвиток необоротних ускладнень, зокрема неврологічного спектру. Ураження організму при генетичній патології носить поліорганный характер. Відсутність адекватних діагностичних та лікувальних медико-генетичних заходів на ранньому етапі призводить до розвитку цілого комплексу патологічних змін органів і систем, прогресування яких знижує якість життя пацієнта.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ПЕРВИННИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ ПРИ СТРЕСІ

Василевська А., Балюк Ю., Маньківський Р., Котенко В., Стецюх М., Шуляк К.

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Основним, обов'язковим синдромом в клініці бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є первинний бронхообструктивний синдром (ПБОС). Стрес – універсальний пошкоджуючий фактор, який лежить в основі

психологічної декомпенсації та загостренню хронічних неінфекційних захворювань, до яких належать БА та ХОЗЛ.

Мета. Зазначити зміни в показниках варіабельності серцевого ритму (функціонального стану вегетативної нервової системи), рівня тривожності та результатах спірометричного обстеження у хворих з ПБОС.

Методи дослідження. Для реєстрації короткого запису ВСР використовували програмно-апаратний комплекс Поліспектр (Нейрософт). Аналізувались спектральні показники: сумарна потужність спектра (TP), спектральна потужність в області високих частот (HF) – парасимпатична активність, спектральна потужність в області низьких частот (LF) – симпатична активність, відношення симпатовагального балансу (LH/HF). Рівень тривожності визначали по шкалі тривоги Спілбергера-Ханіна. Спірометричне обстеження проводили апаратом «Кардіо+» із спірометричною складовою.

Обстежено 44 хворих з ПБОС: I група – 20 хворих БА астмою змішаного генезу середньотяжкого перебігу, II група 24 хворі з ХОЗЛ, середньої важкості, група В. Середній вік I групи $46 \pm 7,2$ років, II групи – $52 \pm 6,1$. За статтю групи співставленні. Тривалість хвороби по БА $12 \pm 4,9$, по ХОЗЛ $18 \pm 6,2$ років.

Основні результати. Усі хворі за шкалою Спілбергера-Ханіна мали високий рівень тривожності: $75,8 \pm 8,1$ в I групі та $82 \pm 6,9$ у II групі.

При оцінці параметрів частотних діапазонів серця виявлено зменшення показника TP в обох групах $1722 \pm 159,4$ мс² та $1574 \pm 267,2$ мс², показник (HF) у осіб з ХОЗЛ (330 ± 22 мс² значно вищий ніж у хворих БА (221 ± 25 мс²) на 49% ($p < 0,05$), показник LF достовірно не відрізнявся по групах та мав помірно високий рівень ($535 \pm 62,1$ мс² та $586 \pm 82,2$ мс² відповідно). В обох групах відношення LF/HF зростало, особливо у хворих з БА на 35% більше ніж у хворих з ХОЗЛ, що свідчить про збільшення втрат енергетичного потенціалу. Достовірних змін в спірометричних показниках в групах дослідження не виявлено.

Висновки:

1. Визначення змін у показниках ВСР, особливо при амбулаторному обстеженні більш інформативно в оцінці стресового стану пацієнта, ніж визначення рівня тривожності суб'єктивним методом за шкалою Спілбергера-Ханіна.

2. Метод короткого запису ВСР – є об'єктивним методом визначення рівня здоров'я, особливо його змін в балансі систем регуляції, особливо вегетативній нервовій системі при ПБОС.

3. Визначення змін в вегетативній нервовій системі дає можливість проводити медикаментозну цільову корекцію ПБОС.

ІЗОТРЕТИНОЇН В ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВУЮЧОГО СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ

Відменко М.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Себорейний дерматит (себорея) – хронічне рецидивне захворювання шкіри запального походження з характерним надмірним виробленням сальними залозами секрету та зміною якісного його складу. Вперше було описано близько півтора століття тому, у 1887 р., лікарем з Німеччини Полем Унна. Проте досі багато моментів його розвитку залишаються незрозумілими. У частині випадків ознаки себорейного дерматиту виражені слабо і не завдають значного дискомфорту пацієнтам, в інших ситуаціях прояви хвороби настільки сильні, що помітні неозброєним оком та викликають у пацієнта почуття невдоволення своєю зовнішністю та інші психологічні проблеми.

Актуальність теми обумовлена зростанням захворюваності на себорейний дерматит та випадків резистентності до традиційної терапії, а також рецидивів хвороби. Захворювання часто має торпідний перебіг і важко піддається лікуванню.

Мета. Аналіз ефективності та безпеки прийому перорального ізотретиноїну пацієнтами із себорейним дерматитом середньотяжкого та тяжкого ступеня.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження було залучено 50 пацієнтів, віком від 18 до 40 років з діагнозом себорейний дерматит середньотяжкого та тяжкого ступеня. Терапевтичну ефективність оцінювали за шкалою симптомів себорейного дерматиту (SSSD) та застосуванням опитувальників якості життя (DLQI). Безпеку препаратів оцінювали за наявністю побічних ефектів.

Результати. Пацієнтів розділили на дві групи: перша група отримували ізотретиноїн per os у дозі 20 мг на день, друга група приймала ізотретиноїн per os 10 мг на день протягом 4 місяців. Абсолютні значення SSSD становили $10,06 \pm 1,08$ для всіх 50 пацієнтів; $11,03 \pm 1,15$ і $11,08 \pm 1,11$ для пацієнтів на дозі 20 і 10 мг/добу відповідно. У кінцевій точці не було достовірної різниці у значеннях SSSD між двома групами. Серйозних побічних явищ не спостерігалось в жодній з груп, крім найпоширенішого побічного ефекту – хейліту.

Висновки. Дослідження свідчить про те, що використання низьких доз ізотретиноїну перорально в терапії «off-label» може бути безпечним та ефективним варіантом лікування пацієнтів із рецидивуючим себорейним дерматитом.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРВІТИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ЗУБЦЕМ Q

Ворожко-Дєвочкіна А., Брикаліна М., Гончар А., Зеленська А., Хоруженко І., Хомінський Р.

Науковий керівник: доцент Люлька Н.О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Раннє застосування корвітину в комплексній терапії гострого інфаркту міокарда покращує клінічний перебіг захворювання, зменшує дилатацію порожнини лівого шлуночка і покращує електрофізіологічні властивості міокарда.

Мета дослідження. Дослідити ефективність застосування корвітину в лікуванні хворих з гострим Q інфарктом міокарда в гострий період захворювання.

Матеріали і методи. Для досягнення мети було обстежено 30 хворих віком 45-65 років, госпіталізовані в перші 6 годин з моменту розвитку захворювання, з них 85,6% – у перші 2 години. Лікування хворих включало базисну терапію.

Сформовано 2 групи, в першу групу було включено 15 хворих, яким до базисної терапії після госпіталізації додали корвітин внутрішньовенно крапельно протягом 30-45 хвилин згідно схеми (1 доба – по 0,5 г в 50 мл фізіологічного розчину 3 рази з інтервалом в 2 і 12 годин, 2-3 доба – в тій же дозі з інтервалом 12 годин, 4-5 доба – однократно в дозі 0,25 г). У другу групу включено 15 хворих, яким проводилось тільки базисна терапія.

Результати досліджень: у 1 добу менше виникав ангінозний біль (20% – I група, 33,3% – II група; $p < 0,05$). Знизилась потреба у використанні наркотичних анальгетиків (15% і 27,7% відповідно, $p < 0,05$), антиаритмічних засобів (5% і 16,7% відповідно, $p < 0,05$).

Приріст фракції викиду лівого шлуночка на 8 добу гострого інфаркту міокарду більш значний у I групі (8,3% і 5,2% відповідно, $p < 0,05$).

Висновки. Застосування корвітину на фоні базисної терапії

гострого інфаркту міокарда покращує клінічний перебіг захворювання, зменшує вираженість аритмогенного синдрому, рецидування больового синдрому, підвищує скоротливу здатність міокарда, за рахунок своєї мембраностабілізуючої, антиоксидантної та ендотелій-протекторної дії.

ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ ЗАСОБАМИ БІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Волкова В., Дем'яненко В., Назарова А., Бутенко М., Тімощук А.

Науковий керівник: доцент Волченко Г.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Псоріатичний артрит (ПсА) залишається актуальною клінічною проблемою, багато в чому, через недостатню ефективність традиційних синтетичних базисних засобів (метотрексат, лефлуномід, сульфасалазин) і погану якість життя (ЯЖ). Ми спостерігали за їх впливом на показники ЯЖ у довгостроковій перспективі (6 і більше місяців). У кращому випадку, ЯЖ залишалася стабільно низькою, іноді навіть погіршувалася. При цьому, ЯЖ є важливим орієнтиром і кінцевою точкою якості лікування. Останніми роками, значна частка пацієнтів, по мірі появи такої можливості, відмовляючись від синтетичних засобів, надає перевагу значно ефективнішим та безпечнішим біологічним препаратам.

Метою роботи була оцінка впливу на якість життя пацієнтів із ПсА біологічної терапії.

Ми вивчили динаміку показників ЯЖ у 29 пацієнтів із ПсА, які протягом 6 місяців лікувалися виключно одним із біологічних препаратів: рісанкізумаб (2), голімумаб (20) або адалімумаб (7). 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. Оцінка якості життя здійснювалася за допомогою загальної оцінки асоційованої із станом здоров'я ЯЖ (SF-36), індексу недієздатності пацієнта із ревматичним захворюванням (HAQ-DI), дерматологічний індекс ЯЖ (DLQI) та шкала втомлюваності (FACIT).

Опитувальники	На початку лікування, М (SD)	Через 6 місяців біологічної терапії, М (SD)	t-критерій для пов'язаних вибірок
SF-36	28.3 (12.1)	64.6 (11.8)	p<0.01
HAQ-DI	2.2 (0.5)	0.5 (0.4)	p<0.01
DLQI	12.8 (2.4)	2.9 (2.0)	p<0.01
FACIT	14.4 (3.6)	32.1 (3.8)	p<0.01

Спостереження за відчутною, іноді драматичною, позитивною динамікою суглобового синдрому і псоріатичної висипки обумовило передбачуваність радикального покращення ЯЖ. Ми пов'язуємо отримані результати із високою ефективністю та гарною переносимістю біологічної терапії. Очевидно, що протилежні результати, отримані на фоні терапії традиційними синтетичними засобами, обумовлені їх токсичністю, частими побічними реакціями і недостатньою ефективністю.

ПРОФІЛАКТИКА МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ ПРИ КЕСАРСЬКОМУ РОЗТИНІ У ЖІНОК ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

Гакман Є., Василенко І., Шамілова А., Матвієнко І.

Науковий керівник: доцент Добровольська Л.М.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Передлежання плаценти є однією із основних причин масивних акушерських кровотеч (МАК) як до, так і під час кесарського розтину (КР). Відповідно сучасним стандартам, при високому ризику МАК після вилучення дитини профілактично вводяться утеротоніки (окситоцин або ергометрин, карбетоцин, простагландини E₁ та E₂) та вазоконстриктори – терліпресин. У жінок із гіпертензивними розладами застосування ергометрину, карбетоцину і терліпресину небезпечно, оскільки може призводити до підвищення центрального венозного та артеріального тисків. Інтраопераційне введення окситоцину викликає короткочасний скорочуючий ефект. Поетапна деваскуляризація матки шляхом перев'язки магістральних

судин та накладання компресійних швів на матку є лікувальними методиками зупинки атонічних МАК (Наказ МОЗ України від 24.03.2014 р. №205 «Акушерські кровотечі»).

Мета дослідження. Оцінка ефективності методів профілактики МАК під час КР у жінок із гіпертензивними розладами та передлежанням плаценти.

Методи дослідження. Було вивчено 53 історії вагітності і пологів жінок з передлежанням плаценти та рубцем на матці після попереднього КР, які протягом 2014-2022 рр. розроджувались в перинатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». 18 (33,9%) пацієток (основна група – ОГ) мали гіпертензивні розлади, в групу порівняння (ГП) входили 35 (66,1%) соматично здорових жінок. Під час КР у жінок ОГ проводилась профілактична деваскуляризація матки за методикою, розробленою Ліхачовим В.К. та співавт. (Патент України на корисну модель №140134, МПК А61В 17/42). У ГП з метою профілактики інтраопераційної кровотечі вводився карбетоцин.

Основні результати. Достовірної різниці у величині крововтрати між жінками обох груп не було, як при ургентному ($712,3 \pm 81,4$ мл та $720,6 \pm 95,1$ мл відповідно; $p > 0,5$), так і при плановому ($570,6 \pm 90,6$ мл та $582,4 \pm 96,0$ мл відповідно; $p > 0,5$) КР. На 5 добу післяпологового періоду показники кольорового доплерівського картування матки та імпульсно-хвильової доплерографії в маткових артеріях після в обох групах не відрізнялись.

Висновки. Ефективність розробленої методики профілактики МАК при КР прирівнюється до ефективності профілактики інтраопераційної кровотечі шляхом введення карбетоцину.

МУКОЗАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ І ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ

Головатюк Я., Клестова Ю., Гнізділова М., Оляновська С.

Науковий керівник: асистент Бубир Л.М.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Згідно з останніми даними ВООЗ щорічно у світі реєструється понад 1 млрд. гострих респіраторних вірусних вірусних інфекцій (ГРВІ), причому близько 70% випадків приходить на дитячий вік. В Україні, за даними центру громадського здоров'я, з

жовтня 2022 р. по квітень 2023 р. на ГРВІ переохворіли більше 3 млн осіб, з них 1,5 млн – діти, причому найбільшою (60,5%) є частка дітей дошкільного віку (4-6 років). Особливе місце в їх структурі займають рекурентні респіраторні захворювання (РРЗ), частота яких серед дітей становить від 10 до 15%. У Швейцарії та Італії майже 50% педіатричних консультацій викликані РРЗ (Schaad U., 2016). У розвинутих країнах Європи та США дана патологія є основною причиною госпіталізацій, а в країнах що розвиваються – летальних випадків, цифри яких можуть досягати до 2 млн на рік (Lynne Eldridge, 2023).

Мета. Визначити показники мукозального імунітету у дітей з рекурентними респіраторними інфекціями.

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на клініко-статистичному аналізі карт 276 дітей з рецидивуючими респіраторними захворюваннями віком від 4 до 15 років, які проходили обстеження та лікування в дитячих поліклінічних закладах охорони здоров'я м. Полтави. Проведено оцінку мукозального статусу ротової порожнини за даними імунологічних досліджень, а саме визначення секреторного імуноглобуліну А (IgA) в букальному епітелії. Статистичний аналіз результатів дослідження проведений з використанням програми *statistica 6.0*.

Основні результати. Аналіз частоти рекурентних респіраторних інфекцій у дітей не виявив залежності від гендерних показників. Середній вік обстежених склав $7,4 \pm 0,72$ роки. Встановлено, що частка дітей з рецидивуючими респіраторними інфекціями була статистично вищою в групі дітей дошкільного віку (4-6 років) і складала 64,1% (177дітей) на відміну від дітей шкільного віку – 42,6%. Найбільшу частку в структурі РРЗ склали риносинусити та фарингіти. Майже в кожній п'ятій дитині дошкільного віку (18,1%) РРЗ супроводжувалося госпіталізацією та прийомом антибактеріальних препаратів. Аналіз рівня імуноглобулінів дозволив виявити значне зниження рівня IgA в порівнянні з референтними значеннями у 86,2% обстежених.

Висновок. Таким чином, зниження рівня такого показника мукозального імунітету як секреторний IgA у дітей, може слугувати критерієм резистентності до респіраторних інфекцій. Тому, з метою попередження розвитку та поширення захворювань респіраторної системи серед дитячого населення важливою залишається профілактична спрямованість санітарно-епідемічних заходів та проведення активної імунізації проти вакцинованих інфекцій.

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ШЛУНКУ АБО ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Головка К.

Науковий керівник: доцент М. Кравців, асистент Є. Зезекало

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ускладнення гастродуоденальних виразок – одна з актуальних проблем в ургентній хірургії. Порушення харчування, вживання неякісних продуктів, інфекції *H. Pylori*, шкідливі звички, обтяжена спадковість, вільний доступ та неконтрольований прийом ульцерогенних препаратів зумовили зростання частоти виникнення виразкової хвороби і, відповідно, її ускладнень, одним з яких є перфорації виразки. Переважно, перфорація виразки виникає у хворих із тривалим виразковим анамнезом і, як правило, в період загострення виразкової хвороби (приблизно 80% хворих). Близько у 20% людей виразкова хвороба може протікати повністю безсимптомно – так звані «німі виразки». Частота захворюваності перфоративною виразкою в Україні становить 16 на 100 000 населення в залежності від регіону проживання.

Метою роботи. Покращення якості лікування хворих із перфоративною виразкою шлунку або дванадцятипалої кишки шляхом впровадження лапароскопічного лікування.

Матеріали та методи. На базі КП «2-а міська клінічна лікарня ПМР» було оцінено результати лікування 18 хворих з перфоративною виразкою передньої стінки шлунку та ДПК у період з 2022 р. по 31.03.2023 р. Середній вік пацієнтів склав 40,2 роки. Чоловіків – 12 (66,6%), жінок – 6 (33,4%). Хворі були розподілені на 2 групи: в основну групу увійшло 5 пацієнтів, яким було проведене лапароскопічне усунення перфорації, у контрольну – 13, де було виконано класичний варіант оперативного втручання. Серед усіх випадків перфорацій передньої стінки шлунку – 7, де малоінвазивно прооперовано 2 пацієнти, перфорацій ДПК – 11, з яких в основну групу увійшло 3 пацієнти. Критерії дослідження: час з моменту перфорації (до 6 годин), локалізація перфорації, анамнез оперативних втручань у минулому.

Результати. Післяопераційних ускладнень у жодного з пацієнтів обох груп не визначалося. У контрольній групі ліжко день склав у середньому 8-9 днів у порівнянні з основою групою – 5 днів; функціонування кишечника (відходження газів) в основній групі – не

пізніше 2-ої доби після операції; ступінь виразності больового синдрому за шкалою «ВАШ» в основній групі 2-3, у порівнянні з контрольною – 5-7.

Висновок. Результати лікування показали перевагу малоінвазивного методу лікування над класичним варіантом у хворих з перфораціями виразок шлунку/ДПК, при умові ретельного підбору пацієнтів.

ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ТЯЖКОГО ПАНКРЕАТИТУ

Голуб Л.

Наукові керівники: асистент Прихідько Р.А., асистент Зезекало Є.О.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий панкреатит – одне з найбільш розповсюджених хірургічних захворювань органів черевної порожнини, що виникає внаслідок аутолізу тканин підшлункової залози (ПШЗ) спричиненого передчасною активацією ферментів, що продукує сама залоза. Розповсюдженість гострого панкреатиту складає близько 5 чоловік на 100 000 населення. Етіологічними чинниками, що спричинюють тяжке захворювання є: захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів (біліарний панкреатит), алкоголь – більше 75%; ідіопатичний панкреатит – близько 10%; панкреатит внаслідок виконання ендоскопічної холангіопанкреатографії – <3%; травми ПШЗ; аутоімунні захворювання, тощо. За класифікацією розрізняють 2 форми панкреатиту – набрякова та некротична. За клінічним перебігом – гострий панкреатит, больовий синдром якого не купірувався протягом 1 доби лікування у стаціонарі, має тяжкий перебіг. Основним, скринінговим, методом діагностики гострого панкреатиту є ультразвукова діагностика органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), за допомогою якого можна встановити набряк самої залози, збільшення її у розмірах, рідину та її скупчення у сальниковій сумці і у черевній порожнині. Однак, ультразвукова діагностика не зможе показати ступінь ураження паренхіми панкреасу, і не кожен УЗ діагност зможе оцінити розповсюдженість процесу у заочеревинному просторі, що може бути наслідок неправильного вибору методу лікування і призвести до погіршення стану пацієнта, аж до летальних наслідків. Вчасна магнітно-резонансна комп'ютерна томографія (МСКТ) із внутрішньовенним контрастуванням зможе показати повну оцінку гострого

запального процесу (за шкалою Balthazar) та ступінь панкреонекрозу.

Мета. Покращити якість діагностики гострого панкреатиту та як результат, якість його лікування.

Матеріали і методи. Нами було оцінено історії хвороб 42 пацієнтів із гострим панкреатитом, які лікувалися на базі КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» у період з 2019 по 2022 рр. У першу, основну, групу включили 14 пацієнтів (33,3%) з гострим тяжким панкреатитом, яким було виконано МСКТ черевної порожнини із контрастуванням, а у другу контрольну групу – 28 пацієнтів (66,7%), яким виконувалося лише УЗД ОЧП.

Результати. У 8 пацієнтів основної групи дослідження за результатами МСКТ ступінь запального процесу виявлена стадія E за шкалою Balthazar, у 5 з яких ураження паренхіми залози складала більше 20%. Це дозволило вчасно визначити об'єм оперативного втручання, який полягав у розкритті сальникової сумки та накладанні оментобурсостоми. 9 пацієнтам першої групи та 19 пацієнтам другої було проведено лапаротомію за Волковичем-Дьяконовим для дренивання миски малого тазу, у зв'язку із наявністю вільної рідини у черевній порожнині. 8 пацієнтів контрольної групи оперовані повторно через погіршення стану, в об'ємі оментобурсостомії, спричиненого розповсюдженістю процесу в заочеревинному просторі. Летальність серед пацієнтів основної групи – не було, в контрольній групі – 5 пацієнтів, 100% з яких були оперовані повторно.

Висновки. Результати досліджень показали, що комплексна діагностика гострого тяжкого панкреатиту – це вчасне встановлення повного діагнозу, що дає можливість, в ранні строки, визначити правильний об'єм оперативного втручання і покращити якість надання медичної допомоги та зменшити кількість летальних випадків.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МІСЦЕВОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН В ХІРУРГІЇ. ПИТАННЯ ПРО VAS-ТЕРАПІЮ, КЛІНІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ МЕТОДУ

Голуб Л.

Наукові керівники: асистент Прихідько Р.А., асистент Заєць С.М.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хірургічна інфекція, хірургічна рана та рановий процес у сучасних умовах були і є одними з найбільш складних питань

хірургії. У загальній стаціонарній хірургічній практиці відсоткове співвідношення пацієнтів з гнійно-запальними процесами м'яких тканин близько 35%. Актуальність питання гостро висвітлюється в соціально-економічному значенні в масштабах держави в умовах сьогодення, тому лікування гнійних ран повинно ґрунтуватися на мультидисциплінарному підході. Зважаючи на весь спектр можливих стандартних і альтернативних методів лікування ран, прогресу фармакологічної галузі, основними методами лікування є поєднання хірургічної та консервативної терапії. При виборі плану лікування потрібно деталізовано розуміти принципи патогенезу, фаз ранового процесу, а також маючи доступність сучасних методів обрати індивідуальний підхід до лікування, враховуючи всі протипоказання та показання обраного методу, наявність фонових та супутніх захворювань у пацієнта. Цей алгоритм направлений на зменшення термінів перебування пацієнта в умовах хірургічного стаціонару та подальшого прогнозування наслідків у пацієнтів з гнійними ранами.

Активне ведення гнійних ран включає наступні етапи: 1) хірургічну обробку гнійної рани (направлена на зменшення мікробного забруднення рани) або гнійно-запального вогнища з розкриттям карманів та заплівів (скальпелем, лазером, ультразвуковою кавітацією та ін.); 2) контроль місцевого патологічного процесу; 3) застосування дренивання (активне, пасивне, проточно-промивне) для ефективного відтоку ранового ексудату; 4) фармакологічного загального і місцевого антибактеріального супроводу з урахуванням кількісного контролю мікроорганізмів або срібловмісними препаратами; 5) відновлення дефекту тканин за допомогою накладання первинних, вторинних швів, аутодермопластика або місцевими тканинами; 6) усунення факторів, що сповільнюють загоєння ран. На швидкість «повноцінного» загоєння гнійних ран, крім зазначених моментів, великий вплив мають місцеві умови в гнійному вогнищі і загальний стан організму. Аналізуючи способи, які застосовуються протягом багатьох років, для місцевого лікування ран можна виділити дві окремі групи: перша, передбачає відкритий спосіб – з або без застосування пов'язки, другу – закритий спосіб із поєднанням накладання первинного шва і ефективного дренивання. Спосіб «вологого» лікування ран із застосуванням пов'язок має ряд переваг, серед яких: зменшення запальної реакції в рані, збільшення активності ранових протеаз, зменшення больового синдрому та зменшення втрати білків і цитокінів, що характерно відбувається в дегідратійній рані. Але

дотепер залишається відкритим питання пошуку нових та більш ефективних способів місцевого фізичного впливу на перебіг ранового процесу та створення сприятливого клімату рани. Серед існуючих доступних фізичних методів впливу на рану клінічні ефекти показує застосування VAC-терапії. NPWT-терапія (Negative-pressure wound therapy) або VAC-терапія (Vacuum Assisted Clousur) – це альтернативний метод лікування ран, який передбачає використання негативного тиску. У її основі лежить принцип безперервного або дискретного вакуумного розрідження в ділянці рани, що може поєднуватись із переміжним промиванням рани антисептиками чи без нього. Показанням для застосування цього методу є лікування гнійних та в'ялогранулюючих ран. Клінічними ефектами застосування є: зникнення болю, регресія набряку, очищення ран від фібрину та некрозу, зменшення бактеріального забруднення рани, скорочення площі й глибини ран, посилення місцевого кровотоку, підсилення ефекту медикаментозного лікування, формування повноцінних грануляцій та прискорення крайової епітелізації. Варто зазначити щодо абсолютних протипоказань до VAC-терапії: злоякісні захворювання, несанований остеомієліт, нориці в органах або порожнинах тіла, некротичні рани та рани з вираженою рубцевою тканиною, рани, стінками яких є внутрішні органи, судини, зв'язки, нерви. До відносних протипоказань відносять прийом антикоагулянтів або рани, що активно кровоточать.

Мета. Аналіз існуючих методів місцевого лікування гнійних ран з визначенням сучасних перспективних альтернативних підходів у контексті комплексного хірургічного лікування.

Матеріали і методи. Нами було оцінено історії хвороб 24 пацієнтів наявними гнійними ранами м'яких тканин, які лікувалися на базі КП «З-я МКЛ ПМР» у період з 2021 по 2022 роки. Хірургічну патологію склали пацієнти: основну частку – діабетичні виразки стопи II-III ступеня (за Вагнером), абсцеси сідниць та стегон, нагноєна кіста куприка. У першу, основну, групу ми включили 10 пацієнтів (41,6%), лікування яких передбачало використання VAC-терапії, в другу, контрольну, групу – 14 пацієнтів (58,4%), яким проводилося місцеве хірургічне лікування гнійних ран без застосування VAC-терапії. Вакуум-терапія здійснювалася в режимі постійного чи попереминого негативного тиску в діапазоні 75-125 мм рт.ст. Динамічно враховувалися: місцеві процеси, суб'єктивні відчуття пацієнтів та терміни стаціонарного лікування пацієнтів.

Результати. Середня тривалість вакуум-терапії при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин до 3-5 діб у пацієнтів з абсцесами сідниць та стегон, що дорівнювало загальному об'єму ексудату, відповідно до врахування площі дефекту, в діапазоні – 15-50 мл. Під час динамічного спостереження відмічено зменшення локального набряку вже через 2-3 доби. Середня тривалість перебування пацієнтів становила 4,5 ліжко-днів. При лікуванні діабетичних нейропатичних виразок стоп тривалість вакуум-терапії склала до 10 днів із одноразовою заміною пов'язки в середньому через 4-5 діб. За цей час відбулося наповнення ранового дефекту грануляційною тканиною та зменшення площі ураження вдвічі за рахунок ретракції країв рани та початкової крайової епітелізації. Загальний об'єм ексудату становив до 10 мл. Основний ефект у даному випадку здійснювався за рахунок процесів грануляції тканин, процесів макро- та мікродеформації ранового ложа. У порівнянні з контрольною групою, кількість ліжко-днів скоротилася в середньому на 3-5,5 діб. Вакуум-терапія допомагає зменшити загальну кількість перев'язок у порівнянні з контрольною групою у 4 рази. А також, зменшує кількість механічних факторів від місцевих перев'язок, які мають небажані властивості прилипання до ран та додаткової травматизації здорових грануляцій, що також додає болючих відчуттів у пацієнтів. Пацієнти в подальшому були переведені на амбулаторне лікування.

Висновки. Наявність можливостей комплексного підходу в місцевому лікуванні гнійно-запальних ран в сучасній хірургічній практиці, з вибором домінантного методу, ґрунтуються на індивідуалізації відповідно до ретельного врахування патогенезу, фазності ранового процесу, протипоказань та показань обраної терапії для отримання сприятливих результатів лікування. Застосування вакуум-терапії є перспективним методом у місцевому лікуванні гнійно-запальних ран, гострих та хронічних ран м'яких тканин, що прискорює процеси загоєння ран та зменшує терміни перебування пацієнта в стаціонарних умовах.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК З ПЕРВИННОЮ АТОНІЧНОЮ МАТКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, РОЗРОДЖЕНИХ ШЛЯХОМ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

Гончаренко А., Черепашенко Я., Малащук Л., Нікіщенко К.

Науковий керівник: доцент Макаров О.Г.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серед причин акушерських кровотеч провідне місце займають атонічні маткові кровотечі. Найчастіше вони виникають в першу добу після пологів та називаються первинними. При абдомінальному розродженні вірогідність виникнення атонічної маткової кровотечі є в 4 рази вищою, ніж при вагінальних пологах. Аналіз факторів ризику розвитку післяопераційної маткової атонічної кровотечі дозволяє спрогнозувати вірогідність розвитку цієї небезпечної патології та своєчасно провести профілактику.

Мета. Виявлення особливостей перебігу операції та післяопераційного періоду у жінок з первинною атонічною кровотечею після кесаревого розтину.

Методи дослідження. Проведений аналіз 400 історій вагітності та післяпологового періоду у жінок, пологи яких завершилися абдомінальним розродженням протягом 2018-2022 рр. в перинатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У 32 жінок (І група) післяопераційний період ускладнився атонічною кровотечею більше 1000 мл. Інші 368 жінок (контрольна група, КГ) мали фізіологічну крововтрату. Аналізувалися тривалість операції, загальний і біохімічний аналіз крові, коагулограма після операції, стан новонароджених, тривалість перебування в стаціонарі після розродження.

Основні результати. Загальний об'єм крововтрати достовірно відрізнявся: $1180 \pm 2,08$ мл у І групі жінок проти $420 \pm 1,2$ мл у жінок КГ ($p < 0,05$). Тривалість операції становила $68 \pm 1,4$ хв проти $45 \pm 1,1$ хв відповідно ($p < 0,05$). Рівень гемоглобіну після розродження в І групі становив $93,4 \pm 2,4$ г/л проти $109,8 \pm 3,1$ г/л в КГ ($p < 0,05$); кількість еритроцитів відповідно була $3,1 \pm 0,3 \times 10^{12}/л$ та $3,7 \pm 0,5 \times 10^{12}/л$ ($p < 0,05$); кількість сегментоядерних нейтрофілів – $72,5 \pm 2,4\%$ та $65 \pm 2,2\%$ відповідно ($p < 0,05$); моноцитів – $4,9 \pm 0,2\%$ та $7,0 \pm 0,3\%$ відповідно ($p < 0,05$). Загальний білок був $56,7 \pm 2,8$ г/л в І групі жінок, проти $66,8 \pm 2,9$ г/л у КГ ($p < 0,05$). Протромбіновий індекс та активований частковий

тромбопластиновий час у породіль, що мали атонічну кровотечудостовірно відрізнялися від контрольних показників: $95,6 \pm 0,2$ проти $90,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) і $32,2 \pm 0,7$ сек. проти $30,0 \pm 0,5$ сек. відповідно. Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1 хв становила $6 \pm 0,1$ балів у I групі та $6,8 \pm 0,2$ в КГ ($p < 0,05$); на 5 хв відповідно $6,9 \pm 0,2$ і $7,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). Тривалість перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді становила $8,5 \pm 0,5$ ліжко-днів у I групі в порівнянні з $6,4 \pm 0,4$ дів у жінок КГ ($p < 0,05$).

Висновок. Розвиток первинної атонічної післяпологової кровотечі при оперативному абдомінальному розродженні впливає на перебіг самої операції, ускладнює післяопераційний період і сприяє збільшенню часу перебування породіллі та новонародженого у стаціонарі.

МУЛЬТИМОДАЛЬНА МАЛООПІЇДНА ЗАГАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПІД ЧАС УРГЕНТНОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Грицан І.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Мультимодальний малоопіїдний анальгетичний підхід забезпечує ефективне знеболення в післяопераційному періоді та зменшує післяопераційне споживання опіїдних анальгетиків і побічні ефекти, що з ними пов'язані. На сьогодні проведено багато досліджень, які оцінюють стратегії знеболення при плановому кесаревому розтині, та лише в небагатьох вивчаються підходи до знеболення при екстрених пологах шляхом кесаревого розтину під загальною анестезією.

Мета дослідження. Оцінити споживання опіїдних анальгетиків при застосуванні мультимодального малоопіїдного знеболення у пацієнток при проведенні ургентного кесаревого розтину під загальною анестезією.

Методи дослідження. Під спостереженням перебувало 72 жінки віком від 16 до 42 років, яким проводили ургентний кесарів розтин під загальною анестезією до ($n=36$ група контролю) і після ($n=36$ група дослідження) впровадження мультимодального малоопіїдного знеболення. Усі пацієнтки отримували стандартну загальну анестезію. До впровадження цього підходу післяопераційне знеболення обмежувалося переважно парентеральним введенням опіїдів. Нова

мультимодальна схема містила планове приймання парацетамолу та інших нестероїдних протизапальних препаратів, а також класичні блокади площини поперечного м'яза живота (ТАР-блок) під контролем ультразвуку. Опіюїдні анальгетики призначалися в крайніх випадках. Дані, що були отримані з медичної документації, включали демографічні показники, бали за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ), інтраопераційне введення опіюїдних препаратів та їх призначення через 2, 6, 12, 24, 48 і 72 години після операції.

Результати дослідження. Пацієнтки, які отримували мультимодальне малоопіюїдне знеболення, мали набагато нижчий рівень потреби в опіюїдах протягом 72 годин після оперативного втручання. Лише 2 з 36 пацієнток (5,6%) у групі дослідження було призначене парентеральне введення опіюїдних анальгетиків, тоді як у групі контролю число таких пацієнток склало 30 із 36 (83,3%).

Крім того, загальна якість післяопераційної анальгезії була значно кращою в групі дослідження $2,8 \pm 0,3$ бали за ВАШ проти $6,7 \pm 0,5$ в групі контролю.

Висновки. Мультимодальна малоопіюїдна анестезія забезпечує зниження використання опіюїдних анальгетиків та значно покращує якість післяопераційної анальгезії після ургентного кесаревого розтину.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ

Довгопол Д.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Ураження нігтів викликані паразитарними грибами відзначаються приблизно у 20% населення планети. Оніхомікоз – це інфекційне захворювання нігтів грибової етіології, що викликається дерматоміцетами, дріжджовими чи пліснявими грибами. Це досить розповсюджене захворювання складає до 50% випадків ураження нігтів. Найчастіше вражаються нігті на нижніх кінцівках, що пов'язано із їх повільнішим ростом порівняно з нігтями верхніх кінцівок. Найбільш розповсюдженим збудником-дерматофітом на даний час являється *Trichophyton rubrum*, рідше *Trichophyton mentagrophytes* і значно рідше *Trichophyton violaceum*. Окрім дерматофітів частим збудником можуть бути гриби роду *Candida* (превалює при оніхомікозі

кистей у людей із зниженим імунітетом). Патологія найбільш розповсюджена серед осіб чоловічої статі. Існує п'ять основних клінічних варіантів оніхомікозу:

1. Дистальний і латеральний піднігтьовий оніхомікоз (DLSO). Частота прояву – 79.2%.

2. Проксимальний піднігтьовий оніхомікоз (PSO). Частота прояву – 5.8%.

3. Поверхневий білий оніхомікоз (SWO). Частота прояву – 5.9%.

4. Ендонікс (бічний дистальний піднігтьовий оніхомікоз частота). Частота прояву – 5%.

5. Тотальний дистрофічний оніхомікоз (TDO). Частота прояву – 4.1%.

Мета. Вибір тактики лікування хворих на оніхомікоз шляхом виявлення його клінічного варіанту на основі визначення збудника і клініко-епідеміологічних варіантів розвитку.

Матеріали та методи. Проведений клініко-епідеміологічний та бактеріологічний ретроспективний аналіз 75 випадків оніхомікозу підтверджений лабораторними методами дослідження за період 2022-2023 рр. Проаналізовані стать і вік хворих, клінічний тип оніхомікозу, локалізація, ступінь ураження нігтьових пластин стоп і кистей, даних мікробіологічних досліджень (конфокальна мікроскопія і культуральна діагностика).

Основні результати. При епідеміологічному та бактеріологічному ретроспективному аналізі 75 випадків оніхомікозу встановлено, що *Trichophyton rubrum* є основним збудником оніхомікозу у 36 (48%) випадків. *Candida* була виявлена у 26 (34,67%) випадків, а цвілеві гриби – у 13 (17,33%). При ураженні нігтьових пластин стоп найбільш частими ізольованими збудниками оніхомікозу є *T. rubrum*, а при ураженні нігтьових пластин кистей – *C. albicans*. Культуральна ідентифікація мікологічного видоутворення є важливим методом діагностики для подальшого вибору лікування.

Висновки. Для елімінації дерматофітів ефективніший тербінафін, тоді як азоли більш ефективні при дріжджовій та недерматофітній пліснявій інфекції.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ МЕЗОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ВОЛОССЯ ПРИ АЛОПЕЦІЯХ, СЕЗОННОМУ ВИПАДІННІ ВОЛОССЯ, СЕБОРЕЙНОМУ ДЕРМАТИТИ

Дзюба Ю., Кривенко В.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

У наш час на стан придатків шкіри, особливо волосся, впливає дуже багато речей. Це і генетика, і харчування, і шкідливий вплив зовнішнього середовища. Нерідко пацієнти скаржаться, що волосся стає ламким та тьмяним або починає випадати. Такі проблеми знайомі як жінкам, так і чоловікам. Сучасна косметологія дозволяє оздоровити волосся та повернути йому красу та розкішний об'єм. Мезотерапія є однією з методик для відновлення волосся. Така процедура пробуджує «сплячі» фолікули та збагачує волосся, оздоровлюючи його зсередини. Крім того, вона нормалізує стан шкіри голови та дозволяє позбутися лупи, себореї, надмірної сухості або жирності.

Метою нашої роботи було оцінити клінічну ефективність та доцільність застосування комбінованих мезотерапевтичних препаратів для відновлення волосся при алопеціях, сезонному випадінні волосся, себорейному дерматиті.

Під спостереженням знаходилось 34 пацієнта з андрогенною (5) та післяпологовою (5) алопеціями, сезонному випадінні волосся (12), себорейному дерматитом (12) у віці 20-35 років. Яким було проведено мезотерапію коктейлем INCREASE for Hair (TM «PRESSENSA» SPAIN) шкіри голови 1 раз в 7 днів курсом 10 процедур. Речовини у складі мезококтейлю (0,5% гіалуронова кислота – працює як сильний зволожуючий компонент, 15% пантенол відновлює гідроліпідну мантію і стимулює регенерацію клітин волоссяного фолікулу, 0,5% Х-ДНК відновлює сполучну тканину, центела азіатська 1% володіє загоюючою та регенеруючою діями, покращує кровообіг та активно стимулює ріст волосся, 1% органічний кремній клітинний стимулятор, який зменшує прояви себореї, підтримує водний баланс, зміцнює структуру волосся, 1,5% біотин сприяє утворенню кератину зміцнює волосся, 1% ніацинамід бере участь в метаболізмі мікроелементів (літій, кремній, фосфор, кальцій, залізо, мідь, кобальт), 1% рибофлавін регулює секрецію шкірного сала). Завдяки прицільному введенню та ефекту голкотерапії забезпечили високу ефективність.

Після курсу мезотерапії волосяні фолікули отримали необхідне живлення, тому волосся перестало випадати у 3 осіб (60%) з андрогенною та у 4 осіб (80%) післяпологовою алопеціями, у 11 пацієнтів (91,7%) із сезонним випадінням волосся, 9 (75%) із себорейним дерматитом, а нове почало відростати густішим та міцнішим у 28 (82,4%).

Таким чином, що застосування комбінованих мезотерапевтичних препаратів при алопеціях, сезонному випадінні волосся, себорейному дерматиті є необхідним та високоефективним методом відновлення волосся.

ТРИГЕРИ РОЗВИТКУ АТОНІЧНОЇ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КРОВОТЕЧІ

Дудник Н., Алехно О., Леверя В.

Науковий керівник: професор Ліхачов В.К.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Акушерські кровотечі є однією з головних причин материнської смертності у світі. Від них щорічно помирає до 130 000 тис. жінок, що складає 25% від усіх материнських втрат. Особливості акушерських кровотеч є їх раптовість та масивність. Розповсюдженість післяпологових кровотеч, що не перевищують 500 мл складають 6% від всіх вагітностей, а масивні післяпологові кровотечі більш ніж 1000 мл – зустрічаються у 1,9% випадків. При цьому близько 60% післяпологових кровотеч пов'язані з атонією матки в післяпологовому періоді. Аналіз факторів ризику розвитку післяпологових кровотеч дозволяє прогнозувати вірогідність розвитку атонічної кровотечі та провести її своєчасну профілактику.

Мета. Встановлення можливих факторів ризику, що сприяють розвитку атонічної кровотечі в післяпологовому періоді.

Методи дослідження. Проведений аналіз перебігу вагітності та пологів у 420 жінок, розроджених в перинатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» в період з 2018 по 2020 рік. З них 33 пологів ускладнились атонічною кровотечею в післяпологовому періоді (основна група). Інші 387 жінок склали контрольну групу (КГ). Проводився аналіз антропометричних даних, акушерсько-гінекологічного анамнезу, показників загального, біохімічного аналізу крові та коагулограми в 20 тижнів вагітності.

Основні результати. Встановлено, що вік жінок, антропометричні дані, розміри тазу, менструальна функція, акушерсько-гінекологічний анамнез, збільшення ваги достовірно не відрізнялись у жінок, пологи яких ускладнилися атонічною післяпологовою кровотечею і у тих, які цього ускладнення не мали. При аналізі лабораторних показників в терміні 20 тижнів вагітності було виявлено, що у вагітних, пологи яких ускладнилися післяпологовою кровотечею, кількість еритроцитів складала $3,7 \pm 0,9 \cdot 10^{12}/л$; у тих жінок, які не мали післяпологової кровотечі, цей показник був достовірно вищим – $4,1 \pm 0,6 \cdot 10^{12}/л$ ($p < 0,05$). Рівень загального білка становив $66,5 \pm 0,6$ г/л у вагітних основної групи проти $69,7 \pm 0,4$ г/л ($p < 0,05$) в КГ. При аналізі коагулограми виявлено достовірні підвищення рівня протромбінового індексу та показників активовано часткового тромбoplastинового часу у вагітних з пологами, що ускладнились атонічною кровотечею, в порівнянні зі значеннями у жінок КГ: $95,6 \pm 0,2$ проти $90,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) і $32,2 \pm 0,7$ с проти $30,0 \pm 0,5$ с відповідно.

Висновок. На основі проведеного дослідження можна вважати, що низький рівень еритроцитів, загального білка, підвищення рівня протромбінового індексу та показників активовано часткового тромбoplastинового часу можуть бути прогностичними для виявлення ризиків післяпологової атонічної маткової кровотечі. Їх можна використовувати в розробці індивідуального прогнозу щодо розвитку цього важкого ускладнення.

АКНЕ – ПРОБЛЕМА ПІДЛІТКОВОЇ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ В СУЧАСНОМУ СВІТІ

Єрмакова В.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне – це хронічне запальне багатofакторне захворювання, що виявляється відкритими і закритими комедонами, запальними ураженнями шкіри у вигляді папул, пустул, вузлів, в основі якого лежить генетично обумовлена гіперандрогенія та генетично детермінований тип секреції сальних залоз. Акне – один із найпоширеніших дерматозів. За даними американської академії дерматологів, на акне страждають 85% осіб у віці від 12 до 24 років, 8% осіб – у віці від 25 до 34 років і 3% осіб – у віці від 35 до 44 років.

Акне знижує якість життя пацієнтів і значно впливає на їх психологічний стан, знижуючи самооцінку, викликаючи тривогу і депресію. Негативний вплив акне на міжособистісні відносини і соціальні функції виявлено у 45.7% пацієнтів.

Метою дослідження була оцінка ефективності різних поєднань препаратів для лікування хворих на тяжкі та середньотяжкі форми акне.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 69 пацієнтів віком від 16 до 55 років з тяжкою та середньотяжкою формами акне, які завернулися по допомогу в косметологічний кабінет КП "Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради".

Усі пацієнти розподілені на 3 групи по 23 пацієнта в кожній: I група пацієнтів отримала системні ретиноїди та системні антибіотики, II група – системні ретиноїди та топічні антибактеріальні засоби, III група – системні ретиноїди.

Після застосування терапії відмічалось покращення стану шкіри у всіх груп, але у пацієнтів першої групи після першого тижня лікування відмічали зменшення пустул в середньому на 27%, після 4 тижня на 70%, відносно початкового рівня, після 8 тижня на 98%. У пацієнтів II та III груп процес протікав трохи повільніше: перший тиждень зменшення пустул у середньому на 12%, після 4 тижня на 29%, відносно початкового рівня, а після 8 тижня на 69%. У підлітковому віці ефективності лікування була більшою та тривалістю лікування меншим. У дорослих осіб лікування було менш ефективніше та більш триваліше через присутність супутніх захворювань. Нами доказана ефективність різних поєднань препаратів для лікування хворих на тяжкі та середньотяжкі форми акне.

ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МІНІНВАЗИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Єфіменко Д.

Наукові керівники: асистент Засць С.М., асистент Прихідько Р.А.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий панкреатит залишається однією з найскладніших проблем абдомінальної хірургії. Деструктивні форми становлять близько 20% у структурі гострого панкреатиту, причому

саме вони створюють основну «негативну статистику» летальності при даному захворюванні. Запорукою успіху лікування є раціональне та вчасне поєднання інфузійної терапії, спрямованої на корекцію органних дисфункцій та покрокового підходу в ліквідації морфологічних деструктивних ускладнень.

Мета роботи. Порівняти, оцінити та проаналізувати використання традиційних та мініінвазивних технологій в лікуванні некротичного панкреатиту.

Матеріали та методи дослідження. Було розглянуто різні методи хірургічних втручань, що засновані на досягненнях сучасних медичних технологій. Серед них: відкрита некроектомія, транскутанне дренирування, ендоскопічне дренирування, лапароскопічне дренирування, лапароскопічна трансгастральна некроектомія, відеоасистована ретроперитонеальна некроектомія.

За результатами дослідження виявлено наступні переваги і недоліки вище перерахованих методик.

Відкрита некроектомія – до недавнього часу була стандартом лікування. Переваги методу: адекватний доступ до всіх колекторів, максимально повна некроектомія. Недоліки методу: висока смертність, ендокринна та екзокринна недостатність, висока частота нориць.

Транскутанне дренирування – ефективний, досить безпечний, малотравматичний та доступний метод лікування гострого панкреатиту. Переваги методу: мініінвазивність, контроль септичних процесів. Недоліки методу: обмежене використання в напіввідинних колекторах, можливе інфікування вогнищ, необхідність довготривалого використання дренажу.

Ендоскопічне дренирування/некроектомія – альтернатива в лікуванні псевдокісти певної локалізації. Переваги методу: малоінвазивність, попередження утворення панкреатичних нориць. Недоліки методу: необхідність спеціальних інструментів для некроектомії, недостатність самої цистогастротомії для самостійного відходження некрозів.

Лапароскопічне дренирування/некроектомія – Дренирування заочеревинних просторів з додаткових розрізів під контролем лапароскопа. Переваги методу: можливість ревізії черевної порожнини, одномоментний доступ до декількох ділянок перипанкреатичних некрозів, можливість симультанних втручань. Недоліки методу: певна обмеженість лапароскопічного інструментарію у видаленні поширених некрозів, важкий контроль над кровотечами.

Лапароскопічна трансгастральна некроектомія – розглядається,

як більш безпечна стратегія лікування. Переваги методу: профілактика утворення панкреатичних нориць, відсутня потреба в зовнішньому дрениванні, немає необхідності в некректомії (самовідходження секвестрів через отвір у задній стінці шлунка/12-палої кишки), можливість ревізії черевної порожнини, можливість симультанних втручань. Недоліки методу: обмежене використання лише при ретрогастральних колекторах.

Відеоасистована ретроперитонеальна некроектомія. Суть методу полягає в доступі до заочеревинного простору субкостальним розрізом. Переваги методу: можливість повноцінної ревізії черевної порожнини, виконання симультанних оперативних втручань у разі потреби, можливість доступу до декількох анатомічних зон перипанкреатичної деструкції, що дозволяє налагодити адекватне дренивання та лаваж, найбільш пряма некректомія. Недоліки методу: важкий контроль над кровотечами, неможливість виконання симультанних оперативних втручань за показаннями, відсутність візуального контролю за станом кишечника.

Висновок. Останнє десятиліття ознаменоване бурхливим впровадженням мініінвазивних технік у лікуванні гострого некротичного панкреатиту, які дали змогу сміливо говорити про покращення результатів лікування. Отримані результати показують безсумнівні переваги використання покровокого підходу, при застосуванні якого відмічено достовірно нижчі показники розвитку синдрому поліорганної недостатності, інтраабдомінальних кровотеч, розвитку кишкових нориць або перфорацій порожнистих органів, розвитку вентральних кил та панкреатичних нориць та значно зменшують кількість оперативних втручань, кількість днів перебування у стаціонарі та у відділенні інтенсивної терапії, повторних госпіталізацій у відділення інтенсивної терапії. Ізольовані транскутанні та транслюмінальні дренируючі операції та некроектомії можуть бути застосовані як єдиний метод лікування в обмеженій групі пацієнтів та мають максимально застосовуватись, як перший етап лікування в переважній більшості пацієнтів. Лапароскопічні трансабдомінальні та відеоасистовані ретроперитонеоскопічні некрсеквестректомії в ідеалі мають бути заключним етапом у лікуванні гострого некротичного панкреатиту, оскільки володіють всіма перевагами лапароскопічної техніки. Лапаротомія залишає за собою вагому нішу в лікуванні гострого некротичного панкреатиту. Остання має безальтернативне застосування у випадках поширених некрозів та розвитку важких морфологічних ускладнень.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЇДАДЬНОЇ ХВОРОБИ

Єфіменко Д.

Наукові керівники: асистент Засць С.М., асистент Прихідько Р.А.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Частота виникнення геморою серед працездатного населення призводить до тимчасової непрацездатності в періоди загострення, а також до зниження рівня якості життя, що робить лікування геморою важливою загальномедичною і соціально-економічною проблемою.

Мета роботи. Найкраща тактика лікування хронічного геморою, як і раніше, залишається не простою та до кінця не вирішеною проблемою. Невщухаючий інтерес до неї викликаний не цілком задовільними результатами оперативного лікування. Тому, метою цієї статті є порівняльний аналіз технік виконання гемороїдектомії за допомогою використання різних інструментальних методів шляхом вивчення спеціалізованої літератури.

Матеріали та методи дослідження. Було розглянуто різні методи лікування, що засновані на досягненнях сучасних медичних технологій. Серед них класична гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом, високочастотна монополярна електрокоагуляція, електротермічна система (апаратно-контрольовану біполярну коагуляцію Liga Sure), лазерна гемороїдектомія, ультразвукова дисекція, використиння плазмового скальпеля, методика трансанальної дезартеризації внутрішніх гемороїдальних вузлів під контролем ультразвукової доплерометрії.

Результати дослідження. За результатами дослідження виявлено як переваги, так і недоліки вище перерахованих методик:

Класична гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом полягає у висіченні зовні всередину трьох груп внутрішніх і зовнішніх гемороїдальних вузлів із прошивкою і перев'язкою їх судинних ніжок біля основи. При цьому в анальному каналі утворюється три рани, що не зашиваються, а залишаються відкритими, тому операцію Міллігана-Моргана часто називають відкритою гемороїдектомією.

Високочастотна монополярна електрокоагуляція дає можливість коагулювати судини діаметром не більше 1 мм. При виконанні гемороїдектомії як основа використовується принцип операції Міллігана-Моргана з лігуванням судинної ніжки гемороїдального

вузла, кавернозні тільця висікаються в режимі електрокоагуляції. Але недоліком є велика глибина термічного впливу на оточуючі тканини, більш тривалі терміни загоєння ран, ненадійність гемостазу при коагуляції судин більше 1 мм, необхідність у зв'язку з цим додатково лігувати судинну ніжку.

Електротермічна система (апаратно-контрольована біполярна коагуляція Liga Sure), яка дозволяє диференціювати тканини, забезпечує точне дозування енергії, що подається, і тиску електрода на тканину протягом необхідного часу з метою повного і надійного заварювання судин. При цьому не виникає звичного опіку тканини, а відбувається її зварювання за рахунок полімеризації власного колагену, і замість звичайного струпа рана покривається колагеновою плівкою. До плюсів належить короткотривалість операції, відмова від шовного матеріалу, зменшення післяопераційних ускладнень.

Лазерна гемороїдектомія із застосуванням діодних високоенергетичних імпульсних лазерів, у яких розширився діапазон довжин хвиль лазерного випромінювання, підвищилася їх надійність. Перевагами даного методу є уникнення опікових реакцій, зменшення глибини коагуляційного некрозу оточуючих тканин, зменшення тривалості операції, робота в умовах мінімальної кровоточивості розсічених тканин, зниження рівня післяопераційних ускладнень, зменшення інтенсивності післяопераційного больового синдрому.

Ультразвукова дисекція. Принцип дії ультразвукового гармонійного скальпеля Harmonic заснований на коливанні робочої насадки, що призводить до руйнування водневих з'єднань у білкових структурах колагену та їх склеювання. Знижується інтенсивність післяопераційного больового синдрому після гемороїдектомії ультразвуковим скальпелем порівняно з традиційною операцією. Але в аноректальній зоні залишаються рани (при хронічному геморої III-IV стадії – великі), і проблема їх інфікування і вторинного загоєння багато в чому нівелює унікальні властивості ультразвукового впливу.

Методика трансанальної дезартеризації внутрішніх гемороїдальних вузлів під контролем ультразвукової доплерометрії поєднує комбінацію перев'язки гемороїдальних артерій і трансанальної мукопексії пролабууючої тканини. Потребує певного оснащення: доплера для трансанальної дезартеризації, спеціальний аноскоп з ультразвуковим датчиком і вікном для прошивання і перев'язки виявленої артерії. Стационарне лікування в середньому становить 2-3 доби, а до 5-ї доби більшість пацієнтів повертається до звичної трудової діяльності. Ускладнення раннього післяопераційного

періоду зустрічаються в 3-5% пацієнтів, а у віддаленому періоді відзначається повне відновлення кровообігу в зоні хірургічного втручання, що свідчить про високу ефективність методики.

Висновок. Таким чином, відмічається велике різноманіття застосованих методик у лікуванні хронічного геморою, як з використанням традиційного висічення гемороїдальних вузлів, так і з використанням різноманітних енергій. Кожна з них має свої переваги і недоліки: від часу і методу втручання до певних післяопераційних ускладнень та періоду загоєння. Численність застосованих методик пояснюється прагненням хірургів досягти радикального лікування пацієнтів у поєднанні з оптимальними функціональними результатами. Ось чому розробка і впровадження в клінічну практику нових методик гемороїдектомії і вдосконалення вже наявних є актуальним завданням сучасної колопроктології.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Єфремова А.

Науковий керівник: доцент Настрога Т.В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Старіння населення стало провідною демографічною рисою України.

Мета дослідження. Підвищити ефективність лікування хворих похилого віку на ХОЗЛ групи Е, які перенесли за останні 3-6 місяців коронавірусну хворобу (COVID-19) з включенням додатково до базисної терапії комбінованого муколітичного препарату – розчину N-ацетилцистеїну і 3% натрію хлориду (Флу-Ацил бронхо) через небулайзер та препарату – гліцину, який є замінною амінокислотою, нейромедіатором гальмвного типу, регулятором метаболічних процесів у ЦНС.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 30 хворих похилого віку на ХОЗЛ групи Е і постковідним синдромом. Середній вік пацієнтів становив 64,2±2,4 роки. Оцінка тяжкості симптомів ХОЗЛ проводилась за допомогою опитувальників – Модифікованої шкали для оцінки тяжкості задишки (mMДР) та Тесту з оцінки ХОЗЛ (ТОХ). Пацієнтам основної (n=15) і контрольної групи (n=15) призначалась базисна терапія (антибактеріальна,

протизапальна, антикоагулянтна, комбінована бронхолітична терапія). Хворим основної групи до базисної терапії призначалась небулайзерна терапія із застосуванням Флу-Ацил бронхо по 5,0 №10. Для лікування астеноневротичних порушень постковідного синдрому призначався гліцин по 100 мг 2 рази на добу протягом 10 діб. Пацієнтам контрольної групи застосовувався ацетилцистеїн (АЦЦ) по 200 мг 3 рази на добу №10.

Основні результати. Після проведеної терапії спостерігали позитивну клінічну динаміку у хворих обох груп, але більш суттєві розбіжності відмічено у хворих основної групи. Середні терміни зникнення кашлю у хворих основної групи – $7,4 \pm 0,51$ діб, тоді як у хворих контрольної групи – $9,2 \pm 0,6$ діб ($p < 0,05$). Середні терміни зникнення задишки у хворих основної групи склали $6,1 \pm 0,7$ діб, тоді як у хворих контрольної групи – $8,3 \pm 0,44$ ($p < 0,05$). ОФВ1 у хворих основної групи збільшився на 20% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної – на 11,4% ($p < 0,05$). При опитуванні за шкалою ММДР середній показник після лікування знизився на 65,6% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи покращився не суттєво, на 53% ($p > 0,05$). При опитуванні за опитувальником ТОХ, у хворих основної групи сумарний показник знизився на 72,3%, тоді як у хворих контрольної групи – на 60,6% ($p < 0,05$). Рівень реактивної тривожності (РТ) знизився, на 27,2% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи знизився не суттєво – на 18,5% ($p > 0,05$). Нормалізацію сну після лікування відмічали 82% хворих основної групи, 25% хворих контрольної групи ($p < 0,05$).

Висновки. Застосування в комплексному лікуванні хворих похилого віку на ХОЗЛ групи Е і постковідним синдромом, небулайзерної терапії Флу-Ацил бронхо та гліцину, сприяє покращенню якості життя пацієнтів, скороченню термінів лікування.

ПОРУШЕННЯ КОГНІЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

Жаза О., Анісовець К., Лаврик В., Шаповал А.

Науковий керівник: доцент Таряник К.А.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) – це аутоімунне демієлінізуючо-інвалідизуюче захворювання нервової системи, що проявляється багатоглибовим ураженням головного та спинного мозку. Розлади когнітивної сфери діагностують як на ранніх, так і на

пізніх стадіях захворювання у 35-90% пацієнтів. Одним із ускладнень Covid-інфекції є вплив на нейрокогнітивні функції пацієнтів, особливо виразно це проявляється при демієлінізуючих розладах.

Мета. Оцінити когнітивний статус пацієнтів із вторинно-прогресуючим перебігом розсіяного склерозу в постковідному періоді.

Методи дослідження. Було проведено обстеження 70 пацієнтів, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Серед всіх пацієнтів виділено групу із вторинно-прогресуючим типом перебігу (ВПП) РС – 25 жінок та 25 чоловіків. Проводився збір та аналіз анамнестичних даних, оцінка історій хвороб пацієнтів, проведено комплексне неврологічне обстеження з використанням розширеної шкали інвалідизації EDSS, короткої шкали оцінки психічного статусу MMSE, госпітальної шкали тривоги та депресії HADS. Середній вік пацієнтів варіював від 26 до 45 років, пацієнти були з різною тривалістю перебігу захворювання – до 10 років та більше.

Результати. У процесі дослідження, враховуючи ступінь інвалідизації пацієнтів та перенесеній Covid 19 в анамнезі, нами було виділено 2 групи з балом EDSS 4,5-5,5 та EDSS 6,0-8,0. Серед пацієнтів до 35 років з балом EDSS 4,5-5,5, тривалістю захворювання до 10 років, що мали Covid 19 в анамнезі та субклінічні прояви депресії або тривоги за шкалою MMSE виявлено когнітивні порушення у 47% пацієнтів та із клінічно вираженою депресією або тривогою у 56% пацієнтів. У пацієнтів до 35 років з балом EDSS 4,5-5,5, тривалістю захворювання до 10 років, що не мали Covid 19 в анамнезі та субклінічні прояви депресії або тривоги за шкалою MMSE виявлено когнітивні порушення у 32% пацієнтів та із клінічно вираженою депресією або тривогою у 43%; у пацієнтів віком старше 35 років, балом EDSS 6,0-8,0, тривалістю захворювання більше 10 років, з Covid 19 в анамнезі та субклінічно вираженою депресією або тривогою за шкалою MMSE виявлено когнітивні порушення у 67% пацієнтів та із клінічно вираженою депресією або тривогою у 75%; у пацієнтів віком старше 35 років, балом EDSS 6,0-8,0, тривалістю захворювання більше 10 років, без Covid 19 в анамнезі та субклінічно вираженою депресією або тривогою за шкалою MMSE виявлено когнітивні порушення у 54% пацієнтів та із клінічно вираженою депресією або тривогою у 63%.

Висновки. Встановлено, що найбільш суттєво рівень когнітивних розладів у пацієнтів із розсіяним склерозом залежить від балу EDSS 6,0-8,0, перенесеної Covid 19 хвороби в анамнезі,

тривалості перебігу захворювання більше 10 років та, в меншій мірі, від віку пацієнтів.

ІНСУЛЬТОПОДІБНИЙ ПЕРЕБІГ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Жага О., Біріна А., Червоняк С., Старченко В., Василенко В., Муха Н.

Науковий керівник: доцент Силенко Г.Я.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Важливою проблемою невідкладної неврології та нейрохірургії є диференційна діагностика пухлин головного мозку з гострими порушеннями мозкового кровообігу.

Мета: на прикладі клінічного випадку надати особливості перебігу, діагностики пухлини головного мозку.

Хвора К., 69 років, надійшла у неврологічне відділення зі скаргами на звисання правої кисті. З анамнезу відомо, що 16.06.2022 р. впала на праву руку, лікувалася у травматолога, стан не покращувався. Хвора звернулась до невролога, рекомендовано стаціонарне лікування в неврологічному відділенні. При первинному огляді в неврологічному статусі: черепно-мозкові нерви без особливостей, глибокі рефлекси без чіткої різниці, м'язова сила знижена у розгиначах та пальцях правої кисті до 3-х балів, патологічні симптоми відсутні, чутливість збережена.

Встановлено попередній діагноз: нейропатія правого променевого нерву з глибоким парезом розгиначів правої кисті, рекомендовано електронейроміографія (ЕНМГ). Результати ЕНМГ свідчили про відсутність ураження периферичних нервів. У процесі лікування стан погіршився, з'явилась моторна афазія, центральний парез мимічних м'язів, правобічна рефлекторна пірамідна недостатність. У зв'язку з наростанням вогнищевої симптоматики хворій призначено МРТ головного мозку, де діагностовано ознаки ішемічного інфаркту у басейні лівої середньої мозкової артерії, підгострої/хронічної стадії, з геморагічною трансформацією, церебральної мікроангіопатії. На основі клініко-нейровізуалізаційних даних встановлений діагноз: ГПМК за ішемічним типом у басейні лівої середньої мозкової артерії, підгострої/хронічної стадії, з геморагічною трансформацією. На фоні лікування стан покращився, виписана на амбулаторне лікування. Через 10 днів хвора повторно госпіталізована з приводу погіршення стану у вигляді наростання слабкості в правих кінцівках, порушення мови,

значного погіршення пам'яті, зміни поведінки. Хворій проведена МРТ з контрастуванням, де знайдена ділянка патологічної зміни інтенсивності сигналів у лівій скронево-тім'яній ділянці, яка більше свідчила за об'ємне утворення. Консультована нейрохірургом, рекомендоване оперативне лікування.

Висновки. На прикладі клінічного випадку слід зазначити, що в деяких випадках розпізнати пухлину головного мозку можна лише на основі проведення клініко-інструментальних співставлень результатів обстеження та спостереження за хворим у динаміці.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ

Жижченко А., Болюбаи Є., Івасенко В., Лицук Б., Піченко Т., Федорук К., Чорнобай Ю.

Науковий керівник: доцент Кігура О.Є.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У теперішній час відмічається зростання захворюваності на хронічний панкреатит (ХП) не тільки в Україні, а і в усьому світі. За останні 30 років кількість хворих збільшилась у двічі. Це пов'язують не тільки з покращенням діагностики захворювання, а також з негативним впливом факторів зовнішнього середовища та недотримання здорового способу життя.

Мета дослідження. Визначити вплив факторів ризику розвитку ХП на перебіг захворювання.

Методи дослідження. У дослідження включено 22 хворих на ХП, серед них 12 жінок (середній вік $54,7 \pm 2,6$ роки) та 10 чоловіків (середній вік $57,2 \pm 3,3$ роки). Діагноз ХП встановлений згідно до Наказу МОЗ України від 10.09.2014 №638 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті». У залежності від ступеня тяжкості зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози (ЗСН ПЗ) всі пацієнти були розподілені на дві клінічні групи: I група – 12 пацієнтів без наявності ЗСН ПЗ, II група – 10 пацієнтів із наявною ЗСН ПЗ різних ступеней тяжкості. При обстеженні у всіх пацієнтів визначали фактори ризику виникнення ХП за класифікацією M-ANNHEIM. Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistica for Windows 10,0 версії.

Основні результати. Проведений аналіз факторів ризику виникнення ХП показав, що 12 (51,5%) пацієнтів зловживало алкоголем (>20 г на добу), 10 (45,4%) пацієнтів були курцями (з них 3 – «колишні» курці), у 14 (63,6%) пацієнтів спостерігалось несбалансоване харчування з перевагою жирної їжі, у 8 (36,3%) пацієнтів діагностовано порушення ліпідного обміну, у 7 (31,8%) пацієнтів – дисфункцію сфінктера Одді, 1 (4,5%) пацієнт пов'язує захворювання з прийомом лікарських засобів. Аналізуючи наявність факторів ризику у пацієнтів окремих клінічних груп виявлено, що в I клінічній групі 6 (50,0%) пацієнтів мають 1 фактор ризику розвитку ХП, 5 (46,6%) пацієнтів – 2 фактори ризику, 1 (8,4%) – 3 фактори ризику розвитку ХП. У II клінічній групі у 2 (20,0%) пацієнтів виявлено 2 фактори ризику розвитку ХП, у 4 (40,0%) пацієнтів – 3 фактори ризику, у 4 (40,0%) пацієнтів – 4 фактори ризику. Тобто, у пацієнтів із наявністю ЗСН ПЗ спостерігається одночасно більша кількість факторів ризику виникнення ХП у порівнянні з пацієнтами без наявності ЗСН ПЗ ($p < 0,05$).

Висновки. Результати даної роботи показали, що збільшення кількості факторів ризику розвитку ХП у пацієнта підвищує ймовірність виникнення у нього ЗСН ПЗ.

ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)

Запорожець Д., Кулик Т., Приходько Л., Старченко Н., Тараненко Д., Тімков В.

Науковий керівник: доцент Люлька Н.О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається одним із основних захворювань, що призводять до ранньої інвалідизації, особливо у пацієнтів з ХОЗЛ, які ускладнюються розвитком легеневої гіпертензії та хронічного легеневого серця.

Мета. Метою даного дослідження стало вивчення ефективності застосування амлодипіну як антигіпертензивного засобу у хворих на ХОЗЛ.

Обстежено 64 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні у зв'язку із загостренням ХОЗЛ II-III стадії, що підтверджувалось анамnestичними, клінічними даними, рентгенологічним обстеженням. Хворим на тлі базисної терапії ХОЗЛ призначали

амлодипін по 5 мг на добу. Під впливом амлодипіну 52 (81,2%) пацієнти через 3 місяці відмітили покращення якості життя, що підтверджувалось підвищенням толерантності до фізичних навантажень, зменшенням задишки, нападів серцебиття.

Методи дослідження. При даному дослідженні враховувались такі показники, як: артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, розміри правого шлуночка за даними ЕхоКС (КСО, КДО) та насосна функція міокарда лівого шлуночка (фракція викиду). Тому, окрім об'єктивного та суб'єктивного обстеження пацієнтів, використовувався такий метод діагностики, як ехокардіоскопія.

Основні результати. У 51 (79,6%) хворих спостерігалась нормалізація показників АТ ($143,6 \pm 4,2/92,6 \pm 2,1$ мм рт.ст.). Призначення амлодипіну дозволило зменшити ЧСС на 10% ($68,2 \pm 1,24$; $p < 0,001$). При проведенні ЕХО-КС нами виявлено зменшення розмірів правого шлуночка на 22,9% ($1,62 \pm 0,2$ см/м²; $p < 0,05$), показників КСО на 27,6% ($55,1 \pm 3,9$ мл, $p < 0,01$), КДО – на 10%. Покращення геометричних показників серця дало можливість нормалізувати насосну функцію лівого шлуночка, що підтверджувалось зростанням ФВ на 16,3% ($58,1 \pm 2,6\%$; $p < 0,05$).

Висновки. Виходячи із результатів дослідження, амлодипін виявив себе як високоефективний антигіпертензивний засіб, у пацієнтів з ХОЗЛ, який покращив геометричні показники серця, сприяв збільшенню насосної функції та зменшенню розмірів правого шлуночка.

ОСОБЛИВОСТІ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДОРЗАЛЬНИХ КІСТ КОЛІННОГО СУГЛОБУ (КІСТ БЕЙКЕРА)

Засенко С., Антоненко І.В., Дятел М., Лушин Є., Ярмак В.

Науковий керівник: асистент Кононенко С.В., доцент Пелипенко О.В.
Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Кіста Бейкера – утворення, що виникає в підколінній ямці в результаті накопичення синовіальної рідини в литково-напівперетинчастій сумці та має розповсюдженість в межах 5-38%. Частота рецидивів за умови застосування традиційних методик лікування досить висока і становить від 16,7% до 63,0%. Традиційні методики хірургічного лікування супроводжуються травматизацією м'яких тканин, тривалим періодом загоєння післяопераційної рани та

підвищеним ризиком виникнення контрактури суглоба.

Мета. Оцінити ефективність хірургічного лікування кіст підколінної області під артроскопічним контролем в порівнянні з традиційним методом видалення кіст Бейкера.

Методи дослідження. Досліджено результати лікування 33 пацієнтів з наявністю кіст Бейкера, що було підтверджено результатами МРТ досліджень, віком від 17 до 76 років. Середній вік становив 46,8 років. Розподіл за статтю був наступний: пацієнти жіночої статі – 14 (42,4%), чоловічої – 19 (57,5%).

18 пацієнтів (54,5%) з усієї вибірки мали інтраартикулярну коморбідну патологію: травми менісків (51,5%), ушкодження зв'язок колінного суглобу (9%), екзостози колінного суглобу (3%), вільні хондроматозні тіла колінного суглобу (3%).

Основні результати. Усі пацієнти були поділені на 2 групи в залежності від застосованих методик видалення кісти підколінної ділянки. У основної групи, до якої увійшло 18 (54,5%) пацієнтів застосовували ендоскопічну техніку лікування, яка полягала у ліквідації клапанного механізму воріт кісти. У групі порівняння, що складалась з 15 (45,5%), використовували традиційну техніку видалення кісти відкритим шляхом. Оцінка післяопераційного болю відбулася за шкалою ВАШ.

Середні значення за шкалою ВАШ на першу післяопераційну добу для пацієнтів основної групи склали 3,38 балів, а для групи порівняння – 5,66 балів; на п'яту післяопераційну добу середні значення для основної групи склали – 1,16 балів та 3 бали для групи порівняння.

Середній термін перебування пацієнтів у стаціонарі для групи порівняння склав 9,4 доби, в той час, як для основної групи – 6,5 діб. Використання артроскопічної техніки дозволило скоротити тривалість лікування на 31% без втрати клінічної ефективності.

Висновки. Ефективність малоінвазивного лікування кісти Бейкера визначається точною візуалізацією синовіальної складки та співустя, а також повноцінною їх обробкою. Артроскопічне видалення кіст колінного суглобу дозволяє в більш ранні терміни купірувати больовий синдром, відновити амплітуду активних рухів у колінному суглобі, скоротити терміни стаціонарного лікування.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ХОЗЛ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ

Збанацька В., Єгоріхіна А., Матлах А., Молошина Г., Резвін А., Трибушко А., Шишак О.

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) згідно даним ВООЗ до 2030 року буде займати 2 місце серед причин смертності. Основним етіологічним чинником ХОЗЛ є паління, яке зростає в період військового часу (стресу) в рази. Варіабельність серцевого ритму (ВСР) є об'єктивною оцінкою стану нервової системи та здатності до включення механізмів саморегуляції.

Мета. Проаналізувати показники короткого запису ВСР та функції зовнішнього дихання у хворих на ХОЗЛ в період воєнного часу.

Методи дослідження. Обстежено 30 хворих ХОЗЛ, група В., середньої важкості, ЛНІ – II ст. Діагноз встановлено згідно рекомендацій GOLD 2022 р. Хворі поділені на групи в залежності від збільшення викурених цигарок: I група (8 хворих) + 1-10, II група (22 хворі) + 10 і більше. Загальний стаж паління більше 10 пачко-років. Середній вік I групи 46.2±6.2 років, II групи 50±8.1. За статтю групи співставлені. За 12 годин до обстеження хворі бронхолітичну терапію не приймали.

Запис ВСР здійснювали програмно-апаратним комплексом Поліспектр (Нейрософт). Аналізувались спектральні показники: сумарна потужність спектра (TP), спектральна потужність в області високих частот (HF) – парасимпатична активність, спектральна потужність в області низьких частот (LF) – симпатична активність, відношення симпато-вагального балансу (LH/HF). Спірометричне обстеження проводили апаратом «Кардіо+» з спірометричною складовою. Аналізували показники форсованого видиху ОФВ₁, ПОС, ІТ.

Основні результати. Аналіз дослідження ФЗД виявив порушення за обструктивним типом I ст. у 18 хворих (60%), II ст. у 6 хворих та змішані порушення з перевагою обструкції II ст. – 6 хворих, які палили більше 2 пачок цигарок на добу. Спірометричні показники ОФВ₁: I групи – 66,4±2,7; II групи – 61,9±2,4; ПОС: I групи 70,3±4.0, II групи 63,4±3,6, ІТ в I групі – 69.4±1.8%, у II групі – 64.2±2.1%.

При оцінці параметрів частотних діапазонів серця виявлено зменшення показників ВСР в обох групах: TP 1520±201,4 мс² та 1574±267,2 мс², HF у осіб I групи 394±55 мс², II групи 752±74 мс² (p<0,05),

де високий рівень парасимпатичної активності, особливо при різкому збільшенні кількості викурених цигарок. Показник LF у хворих обох груп достовірно не відрізнявся, знаходився на помірному рівні мобілізуючого потенціалу.

Висновки. У хворих ХОЗЛ під час воєнного часу мають місце зміни в показниках короткого запису ВСР (TP, HF, LF/HF), спірометрії (ОФВ1, ПОС, ІТ), особливо у осіб які багато палять.

Зміни показників HF та ІТ залежать від кількості викурених цигарок.

ПСИХІЧНА ТРАВМА ЯК ФАКТОР ДИСМОРФОФОБІЇ ТА БОДІМОДИФІКАЦІЇ

Золочевський І., Колода А.

Науковий керівник: професор Животовська Л.В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Полтавський державний медичний університет

Зміна зовнішності людини часто є наслідком не тільки моди та культурних особливостей, але й відображенням її психічного стану. Бодімомодифікація – це зміна тіла з метою прикраси методом нанесення тілу тих чи інших художніх ушкоджень. У загальній популяції дисморфофобія (англ. Body Dysmorphic Disorder, BDD за DSM-5 та МКХ-11) зустрічається з частотою 2% і більше (Sarwer D.R., Wadden T.A., 1998). Вона дебютує у 70% випадків у підлітковому віці (Hodgkinson D.J. AesthPlast Surg, 2005). Частота дисморфофобії варіюється від 2,2 до 13,0% серед студентів, 13,0% – у загальній популяції, від 8,0 до 37,0% серед хворих з obsесивно-компульсивним розладом, 11,0-13,0% – у пацієнтів із соціофобією, 26,0% – при трихотіломанії, 14,0-42,0% – при депресії. Серед клієнтів пластичного хірурга синдром є у 6,0-17,4% випадків (Phillips K.A. World Psychiatry 2004). Нерідко тенденції до бодімомодифікації та інших видів самопошкодження пов'язані з травматичними подіями в житті людини. Одним із проявів травми пов'язаною із зовнішністю є дисморфофобія – це психічний розлад, при якому людина надмірно занепокоєна та зайнята незначним дефектом або особливістю свого тіла.

Метою роботи. Висвітлити взаємозв'язок бодімомодифікації та дисморфофобії з наявністю травматичного досвіду, описаних у психіатричній літературі, наукових статтях та автобіографічних джерелах та дати розуміння базових векторів корекції даної проблеми.

Об'єктом вивчення були статті про відомих людей, які мали прояви дисморфофобії та бодімомодифікації, і авторські книги, що

містять автобіографічні дані. Основним методом дослідження був біографічно-анамнестичний.

Майкл Джексон – американський співак, танцюрист, кіноактор, автор пісень, один із найуспішніших сольних артистів в історії. Уже після смерті Майкла з'ясувалося, що він мінімум 13 разів лягав під ніж хірурга. До цього озвучувалася фантастична цифра у 50 пластичних операцій. Зі слів родичів, Майкл був дуже травмований вже з самого дитинства. Його батько піддавав його фізичному насиллю, а також словесно насміхався за великий ніс, і за те, що був слабким та потворним. Діпак Чопра, лікар і друг Джексона протягом 20 років, сказав: «Причиною того, що він піддав себе пластичним операціям, була потяг до самокалічення і повна неповага до самого себе» («Dancing the Dream» – Michael Jackson, 1992).

Марія Хосе Крістерна – прославилась своїми незвичайними бодімодифікаціями, через що отримала прізвисько «Жінки-вампіра». 90% тіла Марії покрито татуюваннями, а крім того, вона має підшкірні імплантати. У 17 років Марія Хосе вийшла заміж за кохану людину, спочатку вона була щаслива у шлюбі. Але потім відносини в родині Марії погіршилися. Чоловік постійно знущався з неї і бив. На знак протесту Марія почала робити пірсинг та тату. Потім вона навіть підпилила собі зуби і вшила під шкіру кулькові імплантати. Марія розповідає, що ставала щасливішою з кожним новим татуюванням.

Рік Дженест – модель та актор з Канади, відомий за прізвиськом «Хлопець-Зомбі» через татуювання всього тіла у вигляді скелета людини. У віці 15 років йому було встановлено діагноз пухлина головного мозку. Він перебував у списку очікування операції протягом 6 місяців, протягом яких розмірковував про своє життя і можливу смерть, перш ніж переніс операцію з мінімальними ускладненнями. Згодом Дженест покрит татуюваннями більшу частину свого тіла та встановив світовий рекорд Гіннеса за кількістю татуювань людських кісток.

Мікі Рурк – американський актор і сценарист, володар «Золотого глобуса». За свідченням самого актора, після занять професійним боксом він пережив безліч травм. Йому потрібно було звернутися до хірурга, але останній невдало провів серію операцій, після чого у Міккі Рурка було дещо спотворене обличчя. Зокрема для відновлення носа йому пересадили вушний хрящ. У 2015 р. Рурк переніс чергову пластичну операцію, яка сильно змінила його зовнішність. «Мене страшно пригнічує думка, що я втратив свою зовнішність. Я засмучуюсь, коли бачу себе у своїх старих фільмах. Я

був набагато привабливішим, це жахливо. Огідно бачити те, як ти стаєш гіршим», – розповідає Міккі.

Родріго Алвес – британець бразильського походження. Його біографія викликає інтерес завдяки безлічі перенесених пластичних операцій та процедур. Чоловік витратив не одну тисячу доларів, щоб стати схожим на бойфренда ляльки Барбі Кена, а потім взявся за підкорення нової вершини – перевтілення в саму Барбі. У дитинстві Родріго зовні був звичайною дитиною. Але, як розповідає Алвес, однолітки часто над ним знущалися. Якось хлопчика навіть занурили головою в туалет через його широкий ніс. Згодом, після багаточисленних операцій лікар діагностував у Алвеса тривожний розлад та дисморфобію. Він пройшов курс лікування, і психіатри погодилися з тим, що чоловікові стало значно краще, але залишилася проблема, пов'язана із негативним сприйняттям себе в дзеркалі.

Надзвичайна стійкість дисморфобій, досить значна частота виникнення коморбідних захворювань, так само як і наявність у багатьох хворих на дисморфобію виражених суїцидальних тенденцій роблять необхідним пошук найбільш ефективних шляхів діагностики та методів терапії.

Для лікування тілесного дисморфічного розладу призначають когнітивно-біхевіоральну (можливий експозиційний метод) та фармакотерапію з використанням антидепресантів.

Таким чином, модифікації тіла – це актуальна проблема сучасності, так як призводить до дистресу та соціальної дезадаптації, в тому числі й до проблем із працевлаштуванням. Із проаналізованої інформації можна зробити висновок, що в багатьох випадках дисморфобія та самопошкоджуюча поведінка мають зв'язок з травматичним досвідом. Бодімодифікація часто виступає як прояв самопошкоджуючої поведінки на фоні психічної травми, як фактор селфхарму або як бажання до прийняття соціумом. Досягнути клінічно значущої редукції симптомів даного розладу можливо за умови проведення комплексної терапії. Наведені вище дані дають змогу краще зрозуміти дану проблему і попередити негативні наслідки бодімодифікації за допомогою психоедукації.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРАРЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЬ

Іванова Г.

Науковий керівник: доцент Кравців М.І.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Параректальна нориця – це патологічний канал, який утворюється між просвітом прямої кишки та параректальною клітковиною. Єдиним методом лікування даного захворювання є хірургічний, тому вибір оптимального варіанту оперативного лікування є надзвичайно актуальним.

Мета. Порівняти ефективність операції Габрієля та РЧА норицевого ходу й визначити пріоритетну методику оперативного лікування прямокишкових нориць.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні прийняло участь 39 пацієнтів, які були розподілені на дві групи: I група – 20 хворих, які були прооперовані методом РЧА норицевого ходу, II група – 19 хворих, яким проведена операція Габрієля. Було досліджено вплив симптомів на якість та життя пацієнтів (QoL) до та після операції, оцінено рівень післяопераційного болю згідно візуально – аналогової шкали, визначено ступінь анальної інконтиненції за шкалою Векснер, частоту ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, кількість випадків рецидиву та порівняли результати обох груп між собою.

Результати. При проведенні опитування про вплив симптомів хронічного парапроктиту на якість та життя пацієнтів (QoL), середній бал хворих, що оперовані методом РЧА був значно нижчим у порівнянні з середнім балом хворих, оперованих методом Габрієля. Також хворі, що були прооперовані методом Габрієля, пред'являли скарги на сильний біль у післяопераційному періоді й потребували додаткового знеболення, що не спостерігалось серед пацієнтів першої досліджуваної групи. У 3 (15%) пацієнтів, яким була проведена операція Габрієля, через 6 місяців спостерігали прояви анальної інконтиненції I-II ступеня, в той час, як після виконання радіочастотної абляції 100% пацієнтів помічають лише рідкі епізоди нетримання газів. При подальшому спостереженні за прооперованими хворими, рецидив хронічного парапроктиту був значно нижчий серед хворих першої досліджуваної групи та становив 2 (10%), порівняно із другою групою дослідження, де рецидив становив 4 (21%).

Висновки. Метод РЧА норицевого ходу є простим у виконанні для хірургів, менше травматичним, характеризується незначним рівнем післяопераційного болю, низькою частотою ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень та рецидиву, не потребує додаткових медикаментозних призначень та характеризується коротким періодом реабілітації.

ПРИЧИНИ ТА ЧАСТОТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ У ВІДДІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Ігнатенко А.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Пацієнти відділень анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) перебувають у важкому стані, що зазвичай супроводжується зниженою стійкістю організму до інфекцій. Під час перебування у ВАІТ пацієнтам проводиться безліч лікувальних та діагностичних процедур. Використання високих доз гормонів та антибіотиків широкого спектра дії збільшує частоту внутрішньолікарняної інфекції у ВАІТ. Штучна вентиляція легень, інвазивні обстеження та оперативні втручання призводять до пошкодження фізіологічних захисних бар'єрів пацієнтів, що призводить до збільшення ризику інфікування пацієнтів ВАІТ у порівнянні з іншими відділеннями. Тому актуальним є дослідження причин внутрішньолікарняної інфекції пацієнтів ВАІТ та створити основу для її профілактики.

Мета дослідження. Дослідити основні патогени внутрішньолікарняної інфекції пацієнтів ВАІТ та визначити тенденції антибіотикорезистентності.

Методи дослідження. Проаналізовано 56 історій хвороб пацієнтів, віком від 28 до 67 років, що знаходились на тривалому лікуванні у ВАІТ КП “Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського” ПОР, з них 20 пацієнтів були із загальнохірургічною патологією (жінок – 8, чоловіків – 12). Спектр збудників, що викликали внутрішньолікарняну інфекцію: *S. aureus* – 23,4%, *P. aeruginosa* – 8,0%, *E. coli* – 4,7%. Серед 26 пацієнтів з гнійною інфекцією м'яких тканин (жінок – 12, чоловіків – 14): *S. aureus* –

22,2%, *P. aeruginosa* – 15,0%, *A. baumannii* – 9,8%, *E. coli* – 9,2%. У 10 пацієнтів з інтраабдомінальною інфекцією (перитоніт) (жінок – 2, чоловіків – 8): *E. coli* висівалася у 60,6%. У 12,1% випадків виявлено асоціації з *Pseudomonas aeruginosa*, у 8,7% – із *Proteus vulgaris*, у 5,6% – із *Klebsiella mobilis* та у 1,9% – із *Citrobacter freundii*. Усі пацієнти проходили через постановку центрального венозного катетера, сечового катетера, інтубацію трахеї чи трахеостомію з наступною штучною вентиляцією легень. Аналізувались результати бактеріологічних досліджень матеріалу з операційної рани, мокротиння, крові та сечі.

Результати дослідження. Виявлено в загальній кількості 26 штамів основних патогенів, включаючи *Acinetobacter baumannii* – 35% (8/26), *Escherichia coli* – 22% (6/26), *Pseudomonas aeruginosa* – 25% (7/26), *Klebsiella pneumoniae* – 8% (2/26) і *Staphylococcus aureus* 10% (3/26). Більшість цих штамів були стійкими до антибіотиків. *Pseudomonas aeruginosa*, показала низьку чутливість до більшості антибіотиків. *K. pneumoniae* зазвичай була стійкою до декількох антибактеріальних препаратів широкого спектра дії, зокрема, меропенему у 78% випадків та 22% резистентності до іміпенему. У *A. baumannii* рівень резистентності до меропенему становив 83,3%, а до іміпенему – 57,9%. Для *S. aureus* частота метицилінрезистентності склала 24,7%. Логістичний аналіз показав, що механічна вентиляція легень, катетеризація центральних вен та сечового міхура є факторами ризику бактеріальних інфекцій з резистентністю до антибактеріальних препаратів.

Це означає, що перед виконанням вищевказаних процедур лікар повинен впевнитись в їх абсолютній необхідності.

Висновки. Хоча бактерії мають свій власний механізм антибіотикорезистентності, основною причиною високої частоти мультирезистентних інфекцій у відділеннях інтенсивної терапії є недоцільне використання антибіотиків, особливо зловживання цефалоспоринами третього покоління. Дослідження показали, що внутрішньолікарняна інфекція у пацієнтів відділень інтенсивної терапії є основним фактором смертності. Прийняття чітких доказових методів профілактики та контролю для значного зниження частоти внутрішньолікарняних інфекцій є важливим заходом для підвищення ефективності лікування пацієнтів ВАІТ.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СЛІЗНОЇ ПЛІВКИ З РЕФРАКЦІЄЮ ОКА

Иценко В., Тимошенко А.

Науковий керівник: професор Безкоровайна І.М.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Слізна плівка є важливим компонентом поверхні ока, який відіграє значну роль у підтримці цілісності та оптимального функціонування всього ока [Koh S, Tung CI, Inoue Y, et al (2018)]. В останні роки зростає інтерес до розуміння зв'язку між слізною плівкою та рефракцією ока, бо нестабільність слізної плівки, підвищене випаровування та зміна складу сльози можуть значно вплинути на рефракцію ока [Szczołka-Flynn LB, Maguire MG, Ying GS, et al (2019)].

Мета роботи. Встановити зв'язок параметрів слізної плівки із об'єктивною рефракцією ока.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 31 доброволець (62 ока) у віці від 18 до 25 років – до та після відновлення слізної плівки. Особи з будь-якими запальними чи дегенеративними захворюваннями переднього відрізка ока в дослідження не задіяні. Усім обстежуваним виконано: візіометрія, рефрактометрія, інтерферометрія, вимірювання висоти слізного меніску, визначення неінвазивного часу розриву слізної плівки (NIBUT) на апараті SBM ICP Tearscope (Італія) та iPad Pro (США), кератотопографія на апараті Nuvitz. Усім особам, після первинного обстеження, було інстильовано очні краплі гіалуронової кислоти 0,1% впродовж двох тижнів 4 рази на добу, з повторним проведенням обстеження. У ході дослідження дотримувалися етичних та юридичних принципів відповідно до Гельсінкської декларації Всесвітньої медичної асоціації. Статистичний аналіз було проведено з обчисленням середнього арифметичного, похибки середнього арифметичного та з кореляційним аналізом методом Пірсона.

Результати. Обстежувані були розділені на 2 групи. До першої віднесли 17 осіб – 54,8% (34 ока) з низькою ймовірністю синдрому сухого ока. Середнє значення NIBUT склало $9,6 \pm 1,7$ с, середній показник інтерферометрії – 80 ± 5 мм, середня висота слізного меніска – $0,3 \pm 0,05$ мм.

До другої групи віднесли 14 осіб – 45,2% (28 очей), у яких встановлено ознаки погіршення якості слізної плівки. Середнє значення NIBUT – $6,4 \pm 1,4$ с., середній показник інтерферометрії – 40 ± 10 мм, середня

висота слізного меніска – $0,15 \pm 0,03$ мм.

Кератотопографічне обстеження продемонструвало абераційні зміни, які переважають у осіб другої групи. Закапування очних крапель у осіб другої групи значно покращило показники стану слізної плівки: середні значення NIBUT – на 60% ($p < 0,05$), інтерферометрії – на 85% ($p < 0,05$), висоти слізного меніска – на 10% ($p < 0,01$), порівняно з вихідним рівнем. При дослідженні карти роги́вки, виявлено вирівнювання поверхні та зменшення аберацій вищого порядку.

Висновки. Пошкодження слізної плівки викликає виникнення оптичних аберацій. Застосування очних крапель 0,1% гіалуронату натрію сприяє відновленню сферичності поверхні роги́вки та стабільності слізної плівки.

ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Ковальська А.-І.

Науковий керівник: професор Бичков М.А.

Кафедра терапії №1, медичної діагностики та гематології і трансфузіології ФПДО

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Одним із частих та патогенетично пов'язаних поєднань хронічних неінфекційних захворювань є артеріальна гіпертензія та кислотозалежні захворювання, а саме, пептична виразка та гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ). Артеріальна гіпертензія – широко розповсюджена серцево-судинна патологія, яка є однією з основних причин захворюваності і смертності населення. Печія – один із найпоширеніших симптомів у гастроентерологічній практиці, що найчастіше свідчить про захворювання стравоходу, зокрема ГЕРХ. Доволі часто даний симптом зустрічається у пацієнтів із артеріальною гіпертензією.

Метою дослідження було оцінити частоту виявлення ГЕРХ серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 22 пацієнтів з артеріальною гіпертензією I-II ступеня, які знаходились на амбулаторному лікуванні в КНП «Глинянська міська лікарня». Серед обстежених хворих було 6 чоловіків (27%) і 16 жінок (73%), віком від 30 до 70 років. Діагноз артеріальної гіпертензії встановлювали згідно Наказу МОЗ України від 24.05.2012 №384 "Про

затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії". Усім хворим проводили анкетування за допомогою спеціалізованої анкети для визначення наявності/відсутності гастроентерологічних скарг. Проаналізовано результати загального аналізу крові і сечі, біохімічних показників крові. Проведена статична обробка даних.

Результати. Ожиріння за абдомінальним типом виявлено у 91% пацієнтів: у 46% – I ступеня, у 18% – II ступеня, 27% хворих мали передожиріння. Серед кардіологічних хворих гіперхолестеринемія відмічалася у 73% пацієнтів. Комбіновану терапію гіпотензивними препаратами отримували 82% хворих, лише один препарат (еналаприл або бісопролол) приймали 18% обстежених.

З'ясовано, що щоденні скарги на постійну печію висловлювали 83% пацієнтів. Цим хворим додатково проведено езофагогастроуденоскопію, де було виявлено поєднання ГЕРХ з поверхневою гастропатією – 40%, ГЕРХ і ерозивний гастрит – 40% та ГЕРХ і пептична виразка дванадцятипалої кишки – 20%.

Висновки. ГЕРХ діагностовано серед 83% пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Отже, при обстеженні та лікуванні хворих із артеріальною гіпертензією завжди слід ретельно збирати анамнез на наявність гастроентерологічних скарг, для вчасної діагностики та лікування ГЕРХ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ КОМБІНОВАНИМ ПРЕПАРАТОМ, ЩО МІСТИТЬ ГЕНТАМІЦИН, БЕТАМЕТАЗОН

Колотило О.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедри шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Екзема – це хронічне рецидивне запальне захворювання шкіри, що представлене поліморфізмом морфологічних елементів з гострозапальними симптомами, сформоване в результаті складного комплексу етіологічних та патогенетичних чинників. На сьогоднішній день це одне з найпоширеніших шкірних захворювань (становить близько 20% звернень пацієнтів з хронічними дерматозами). Діти значно частіше хворіють на екзему, ніж дорослі.

Мета. Оцінити ефективність та безпеку місцевого застосування

комбінованого препарату, що містить гентаміцину 1 мг/г та бетаметазону 0,5 мг/г у комплексному лікуванні мікробної екземи різних форм.

Із 44 пацієнтів, які звернулися за допомогою в КП «Полтавський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер Полтавської обласної ради» (серед яких 25 чоловіки та 19 жінки) віком від 35 до 84 років. У всіх хворих діагностували мікробну екзему. Поширеність та тяжкість екземи, а також ефективність лікування було оцінено згідно індексу EASI (Eczema Area and Severity Index). Результати терапії оцінювали протягом трьох тижнів на 7-ий, 14-ий та 21-ий дні. Усім хворим, окрім загального комплексного лікування, місцево застосовували розчин барвника та комбінований препарат, що містить гентаміцину – 1 мг/г, бетаметазону – 0,5 м г/г. Переваги препарату: мікронізований бетаметазон у складі препарату має швидкий протизапальний ефект, низька резистентність до гентаміцину.

Результати дослідження. Більшість пацієнтів відзначили значне зменшення свербіжу, набряку, мокнуща в осередках запалення. Через тиждень після початку терапії відзначалось зникнення більшості морфологічних елементів висипу та сповільнення розповсюдження патологічного процесу. До другого тижня повністю регресували прояви піодермії у вогнищах, значно зменшилися прояви місцевої запальної реакції. До моменту завершення терапії (21 доба), Eczema Area and Severity Index зменшився в 3.9 рази порівняно з вихідним показником. Під час використання комбінованого препарату не було жодного випадку побічної дії.

Висновки. Місцеве застосування комбінованого препарату, що містить поєднання гентаміцину та бетаметазону, є високоефективним, має виражену топічну активність та безпечний у використанні при лікуванні мікробної екземи.

НАСЛІДКИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У КОМБАТАНТІВ

Корякіна О., Прочухан К., Дробишинець Л.

Науковий керівник: професор Скрипніков А.М.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології
Полтавський державний медичний університет

За даними сучасних досліджень, поширеність посттравматичного стресового розладу серед осіб, які перенесли надзвичайні ситуації, коливається від 10% (у свідків подій) до 95% (серед тяжко постраждалих осіб). Останнім часом актуальною є тема бойової

психічної травми, під якою розуміють переживання значної сили, викликані короткочасним або тривалим впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки, що призводять до розладів психіки різного ступеня тяжкості. До клінічних варіантів бойових стресових розладів відносять розлади адаптації (РА) з емоційними та поведінковими порушеннями та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (М.В. Маркова, П.В. Козира, 2015). Для осіб з ПТСР характерним є повторні переживання травматичної ситуації та уникання у вигляді спроб заховатися від усього, що може нагадувати про неї, розлади сну з нічними жахами, зниження пам'яті та концентрації уваги. Їм складно знаходитися з рідними внаслідок роздратування та періодичних немотивованих нападів агресії. Часто вони проявляють тривогу, глибоку пригніченість з почуттям провини, думками про самогубство та нав'язливими спогадами про шокуючу травматичну подію (М.М. Матяш, Л.І. Худенко, 2014).

Мета дослідження. Визначення клініко-психопатологічних особливостей наслідків бойової психічної травми у комбатантів.

Матеріали та методи дослідження. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 48 комбатантів, усі чоловіки, віком від 25 до 45 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні ветеранів війни КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» у період з 2022 по 2023 роки. Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів. З метою визначення ступеню, наскільки стресовим людина вважає своє життя протягом останнього місяця, обрано шкалу сприйнятого стресу (The Perceived Stress Scale-10, PSS-10), для оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги використовувалась Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), для дослідження порушень сну використано Пітсбурзький опитувальник якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI).

Усі обстежені пацієнти були розподілені на 2 клінічні групи. У I групу включено 24 пацієнта, у яких за МКХ-10 було діагностовано розлад адаптації (F43.2) з тривалістю перебігу психопатологічної симптоматики до 1 місяця, у II групу – 24 пацієнта з посттравматичним стресовим розладом (F43.1) тривалістю від 2 до 9 місяців. Для всіх пацієнтів були характерні прояви немотивованої тривоги з болісними переживаннями, відчуттям внутрішньої напруги, епізодичними нападами страху до панічних станів з сомато-вегетативними проявами у вигляді серцебиття, підвищення артеріального тиску, відчуття

нестачі повітря, дратівливість, спалахи агресії, неможливість контролювати свої емоції, відчуття внутрішнього дискомфорту. У всіх досліджуваних виявлено високий рівень дистресу за шкалою PSS-10. Загальний показник рівня дистресу у пацієнтів з РА становив $28,2 \pm 0,14$, з ПТСП – $31,6 \pm 0,58$, $p < 0,001$. Середній показник за шкалою «перенапруження» при РА склав $18,2 \pm 0,33$, при ПТСП – $21,0 \pm 0,43$ ($p < 0,001$), за шкалою «протидія дистресу» – $10,0 \pm 0,28$ та $10,6 \pm 0,27$ відповідно.

За шкалою HADS, середній показник тривоги склав $17,0 \pm 0,17$ у пацієнтів з РА та $10,4 \pm 0,44$ – у пацієнтів з ПТСП, $p < 0,001$. Субклінічно виражена тривога відмічалась у 9 (37,5%) осіб з ПТСП, клінічно виражена тривога – у 12 (50%) осіб з ПТСП та у всіх пацієнтів з розладами адаптації ($\chi^2 = 16,000$, $p < 0,001$). Середній показник депресії при РА склав $11,2 \pm 0,15$, при ПТСП – $17,6 \pm 0,5$, $p < 0,001$. Клінічно виражена депресія спостерігалась у всіх пацієнтів з ПТСП ($\chi^2 = 4,364$, $p < 0,05$), субклінічно виражена депресія була у 4 (16,7%) осіб з РА, клінічно виражена депресія – у 20 (83,3%). Клінічно виражена тривога переважала у пацієнтів з розладами адаптації ($p < 0,001$), клінічно виражена депресія – при ПТСП ($p < 0,05$).

За шкалою PSQI, середній показник суб'єктивної якості сну у пацієнтів I групи становив $2,2 \pm 0,08$, II групи – $2,5 \pm 0,11$ ($p = 0,03$); латентність сну – $2,5 \pm 0,11$ та $2,8 \pm 0,08$ ($p = 0,03$), показник тривалості сну – $2,2 \pm 0,09$ та $2,5 \pm 0,16$ ($p = 0,03$), ефективності сну $1,08 \pm 0,19$ та $2,75 \pm 0,09$ ($p < 0,001$), порушення сну – $1,0 \pm 0,0$ та $2,0 \pm 0,0$ ($p < 0,001$), використання снодійних – $2,7 \pm 0,1$ та $2,4 \pm 0,11$, денної дисфункції – $2,3 \pm 0,1$ та $2,9 \pm 0,06$ ($p < 0,001$) відповідно. Середній загальний показник PSQI у пацієнтів з РА – $13,9 \pm 0,21$, при ПТСП – $17,9 \pm 0,22$ ($p < 0,001$).

Висновки. Таким чином, у результаті проведеного дослідження пацієнтів із бойовою психічною травмою виявлено високий рівень дистресу, який був більш виражений в групі з ПТСП ($p < 0,001$). При розладах адаптації констатовано значуще вищий рівень клінічно вираженої тривоги, а при ПТСП домінувала клінічно виражена депресія. При порівнянні двох клінічних груп встановлено, що у пацієнтів з ПТСП усі показники якості сну були значно гірше, ніж при РА, значущу різницю виявлено за показником ефективності сну, порушення сну та денної дисфункції ($p < 0,001$). Визначено, що важкий рівень депресії та порушення якості сну залежить від показників ступеня вираженості дистресу та тривалості психопатологічної симптоматики у комбатантів, що слід враховувати при проведенні лікувально-реабілітаційних заходів.

ВПЛИВ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПРОТЕАЗИ-АНТИПРОТЕАЗИ

Крайдашенко О.

Науковий керівник: професор Доценко С.Я.

Кафедра внутрішніх хвороб 3

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. При патологічних станах серця рівень експресії генів і білків матричної металопротеїнази 9 (ММП-9) значно збільшується. Відомі кілька агентів, які підвищують ендогенний серцевий рівень ММП-9 у міокарді при його ішемії: це гіпоксія, активні форми кисню, фактори росту, хемокіни, білки, що активують серцевий позаклітинний матрикс, а також прозапальні цитокіни. ММП та їх тканинні інгібітори (ТІМП) також залучені в патогенез легеневого фіброзу, оскільки були виявлені підвищення рівнів ММП у зразках крові та легень піддослідних тварин.

Мета дослідження. Оцінка клініко-прогностичного значення порушення рівня експресії ММП-9 та ТІМП на тлі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в поєднанні з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Матеріали і методи дослідження. Відповідно до поставленої мети дослідження під спостереженням знаходилися 26 осіб із ХОЗЛ+ІХС та 22 практично здорові людини. Середній вік пацієнтів становив $56,68 \pm 1,21$ років; чоловіків було 76,92%. У групі контролю середній вік $54,37 \pm 1,84$ роки, чоловіків – 72,73%. Вивчалися показники функції зовнішнього дихання, толерантності до фізичних навантажень, імуноферментних методів дослідження концентрацій ММП-9 і ТІМП.

Основні результати. Аналіз співвідношення ММП-9/ТІМП в основній групі та групі контролю демонструє наступну динаміку зрушень: домінування експресії ММП-9 при дефіциті активності ТІМП в умовах патології ІХС на тлі ХОЗЛ. Даний показник співвідношення у пацієнтів становить $4,94 \pm 0,45$ умовних одиниць, а для практично здорових осіб ММП/ТІМП визначено на рівні $0,29 \pm 0,06$ умовних одиниць, тобто в 17,03 разів менше ($p < 0,05$), будучи статистично достовірним результатом.

Проведений аналіз частоти зустрічі з аналізом таблиць спряженості показав, що в осіб при ІХС на тлі ХОЗЛ у верхньому квартилі ММП-9 достовірно частіше реєструвалися прогностично негативні параметри функції зовнішнього дихання – ізольоване зниження індексу Тифно ($\chi^2=5,2$ при $p=0,03$), а також виразність

задишки ≥ 6 балів за шкалою Борга при оцінці переносимості фізичних навантажень під час виконання тесту із 6-хвилинною ходьбою, 6MWT ($\chi^2=7,3$ при $p=0,02$). Це свідчить про патогенетичну асоціацію порушень ензиматичної активності у вигляді підвищення рівня експресії ММП-9 із негативними прогностичними предикторами ІХС/ХОЗЛ (порушення вентиляційних процесів, симпато-вагального балансу та низькою толерантністю до фізичних навантажень).

Висновки. Отримано дані, що вказують на порушення ферментативної активності позаклітинного матриксу при ІХС на тлі ХОЗЛ у порівнянні із практично здоровими особами, яка виявлялася зростанням рівня експресії матриксних металопротеїназ та зниженою активністю тканинного інгібітору металопротеїназ.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ

Кузьменко М., Курінна А., Мешкова О., Луньков О., Науменко С., Цимбал А.

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серед різних клініко-патогенетичних варіантів бронхіальної астми (БА) особливу увагу в період воєнного стану потребують такі як виражений адренергічний дисбаланс, нервово-психічний та вагусіндукований варіанти. Короткий запис варіабельності серцевого ритму (ВСР) дає можливість виявляти дисбаланс в системах регуляції.

Мета. Проаналізувати показники короткого запису ВСР та функції зовнішнього дихання у хворих на БА в період воєнного часу.

Методи дослідження: обстежено 30 хворих БА змішаного генезу середньотяжкого перебігу, які склали 2 групи по 15 хворих: до I групи віднесено хворих з контрольованою БА, а в II групу з неконтрольованою. За статтю групи співставлені. Середній вік хворих I групи – 44 ± 7 років, II групи – 48 ± 8 років. Ступень тяжкості хвороби встановлено у відповідності з критеріями GINA 2022. Базова терапія проводилася фенотерол/будесонід у дозі 4,5/160 мкг 2 рази на добу, хворі II групи отримували додатково до 8 інгаляцій на добу.

Запис ВСР здійснювали програмно-апаратним комплексом Поліспектр (Нейрософт). Аналізувались спектральні показники: сумарна потужність спектра (TP), спектральна потужність в області високих частот (HF) – парасимпатична активність, спектральна

потужність в області низьких частот (LF) – симпатична активність, відношення симпато-вагального балансу (LH/HF). Спірометричне обстеження проводили апаратом «Кардіо+» з спірометричною складовою. Аналізували: показники форсованого видиху: ОФВ₁, ПОС, ІТ.

Основні результати. Аналіз спірометричного дослідження ФЗД виявив різну ступінь порушення ФЗД, особливо у осіб з неконтрольованою БА, в якій у 4 хворих діагностовано змішаний тип порушень з перевагою обструкції. У всіх інших реєструвалася крива потік – об'єм характерна для обструкції. Спірометричні показники ОФВ₁: I групи – 68,4±2,7, II групи – 55,9±2,4; ПОС: I групи – 70,3±4.0, II групи – 57,4±3,6. ІТ в I групі 75±1.8%, у II групі 64.2±3.1.

При оцінці параметрів частотних діапазонів серця виявлено зменшення показників ВСР в обох групах: TP – 1920±201,4 мс² та 1574±267,2 мс², HF у осіб I групи – 364±25 мс², II групі – 269±34 мс^{2*}), що на 35% нижче у хворих з неконтрольованою БА. Показник LF у хворих II групи також був нижчий (601±72.1 мс² та 486±68,2 мс^{2*}; а відношення LF/HF зростало (p<0,05)).

Висновки. У хворих БА під час воєнного часу мають місце зміни в показниках короткого запису ВСР (TP, LF, HF, LF/HF), спірометрії (ОФВ₁, ПОС, ІТ), особливо у осіб з неконтрольованою БА.

Показники короткого запису ВСР (TP, LF, HF, LF/HF) та спірометрії (ОФВ₁, ПОС, ІТ) можуть бути використані для корекції бронхолітичної терапії.

РОЛЬ РЕСПІРАТОРНОЇ ПІДТРИМКИ У ФОРМУВАННІ ІНСОМНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС СИНДРОМОМ

Куйовда Ю.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Здоровий сон життєвоважливий для фізичного та психологічного здоров'я, а поганий сон може призвести до безлічі негативних фізичних та психічних наслідків. Симптоми безсоння часто проявляються в результаті гострих життєвих стресів або змін. COVID-19 може бути одним із таких стресів. Частота інсомнії у хворих на COVID-19 досягає 74,8%. Гострий респіраторний дистрес синдром, викликаний COVID-19 характеризується гострим і

дифузним запальним ураженням альвеолярно-капілярного бар'єра, пов'язаним із підвищенням проникності судин і зниженням комплаєнсу легенів, що порушує газообмін і викликає гіпоксемію, яка своєю чергою призводить до розвитку інсомнії.

Мета роботи. Встановити зв'язок між вираженістю безсоння, гіпоксією та типом респіраторної підтримки у пацієнтів з COVID-19.

Матеріали та методи дослідження. Проведено анкетування 148 хворих, яким було встановлено діагноз: гостра респіраторна вірусна хвороба COVID-19 на основі результатів полімеразної ланцюгової реакції. Хворих було поділено на групи за типом респіраторної підтримки, серед них 68 (46%) отримували кисневу терапію через лицеву маску, 43 (29%) проводилась неінвазивна вентиляція легень (NIV), за контрольну групу було взято 37 (25%) хворих без кисневої підтримки з середнім перебігом тяжкості захворювання. Серед пацієнтів було 70 жінок (47%) та 78 чоловіків (53%). Безсоння оцінювалось за Афіньською шкалою безсоння (AIS). Гіпоксію оцінювали за співвідношенням парціальної напруги кисню в артеріальній крові (PaO_2) до фракції кисню у повітрі, що вдихається (FiO_2).

Результати дослідження. Індекс оксигенації (PaO_2/FiO_2) для групи NIV становило $152,9 \pm 48,0$, для групи кисневої терапії через лицеву маску $196,5 \pm 38,8$ і без кисневої підтримки $409,4 \pm 63,7$. AIS для групи NIV становив $14,2 \pm 5,0$, для групи з кисневою підтримкою – $12,5 \pm 4,2$ та для групи без кисневої підтримки – $8,97 \pm 3,7$ відповідно. Кореляція між AIS та співвідношенням PaO_2/FiO_2 становила – 0,455, між типом респіраторної підтримки та AIS – 0,394.

Висновки. Кореляція між тяжкістю безсоння та співвідношенням SpO_2/FiO_2 вища, ніж кореляція між вираженістю безсоння і типом респіраторної підтримки. Таким чином, можна припустити провідну роль гіпоксії у формуванні безсоння у хворих на COVID-19.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕХРЕСНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ПИЛКОВИХ ТА ХАРЧОВИХ АЛЕРГЕНІВ У ДІТЕЙ

Лисенко В., Кравчук О., Лютко Н., Бутенко А., Аліна Т.

Науковий керівник: професор Крючко Т.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Перехресна харчова алергія (ПХА) є поширеною реакцією, яка виникає через кілька хвилин після вживання овочів та

фруктів у пацієнтів із САР, спричиною пилок дерев, що обумовлено загальними антигенними детермінантами в цих алергенах. За даними вітчизняних та зарубіжних науковців поширеність ПХА серед дитячої популяції варіює від 5% до 48%. При цьому важливо враховувати факт вживання продуктів харчування в залежності від регіональних особливостей, поширеності сенсibilізації до різних груп пилкових алергенів.

Мета. Дослідити частоту сенсibilізації до харчових алергенів у дітей з сезонним алергічним ринітом.

Методи дослідження. З вересня 2021 р. по березень 2023 р. на базі Центру спеціалізованої педіатричної допомоги КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфасовського ПОР» (алергологічні ліжка) було обстежено 56 дітей з САР віком 6-15 років, які мали чутливість до пилку дерев (береза, вільха, ліщина). Усім пацієнтам були проведені загальні, клініко-лабораторні методи дослідження та визначення специфічних IgE методом імуноферментного аналізу ImmunoCAP. Матеріалом дослідження була сироватка крові хворих.

Основні результати. За результатами молекулярної алергодіагностики з'ясовано, що у кожній третій дитині (34%) з САР виявлено перехресно-харчову сенсibilізацію, в той час як клінічна симптоматика безпосередньо відмічалася лише у 5,4% пацієнтів при вживанні фруктів або овочів. Також при аналізі даних пацієнтів із САР виявлено сенсibilізацію до наступних груп харчових алергенів: яблук, моркви, персику, ківі, банану, вишні, дині, селери, помідору. Найбільш часто реєструвалася чутливість до одного (42,1%) та двох (36,8%) видів харчових алергенів, та у кожного четвертого (26,3%) – до декількох алергенів. Найвищою була чутливість до яблука в порівнянні з іншими фруктами, що можна пояснити наявністю сильної клінічно-значимої гомології між основними алергенами берези та яблуні (Bet v 1 і Mal d 1). Також за результатами даного дослідження та співставлення їх з анамнестичними даними, було встановлено зв'язок між появою респіраторних проявів алергії по закінченню періоду палінації дерев та споживанням продуктів харчування у 14 хворих (73,7%).

Висновки. Таким чином, проведене дослідження дозволило визначити частоту харчової сенсibilізації у пацієнтів з САР, ідентифікувати етіологічно значимі продукти харчування, дослідити особливості перехресної сенсibilізації, що надає змогу розширити комплекс превентивних заходів по попередженню тривалості загострення сезонного алергічного риніту у дітей.

СИНДРОМ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНФЕКЦІОНІСТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ляшенко К., Левицька О.

Наукові керівники: доцент Приймєнко Н.О., доцент Ізюмська О.М.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Диференціальна діагностика лімфаденопатій (ЛАП) завжди була актуальною проблемою для лікарів різних спеціальностей, яка набула особливого значення в останні роки, в зв'язку зі зростанням частоти випадків лімфопроліферативних захворювань та інших хвороб, які супроводжуються системним збільшенням лімфатичних вузлів.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок поєднаної патології меланобластоми шкіри волосистої частини голови та токсокарозу (ІФА IgG до *Toxosara canis* титр 1 : 6400) у пацієнта з проявами синдрому лімфаденопатії.

Методи дослідження. Опис власного клінічного випадку поєднання меланобластоми шкіри волосистої частини голови та токсокарозу (ІФА IgG до *Toxosara canis* титр 1 : 6400).

Основні результати. Пацієнт 59 р., житель Полтавської області. Захворів гостро 09.01.2023 р., коли підвищилася температура тіла до 39,0°C, з'явилася слабкість, озноб, збільшення шийних, заушних, надключичних лімфатичних вузлів зліва. Звернувся до сімейного лікаря та був госпіталізований у терапевтичне відділення КП «Полтавська центральна районна клінічна лікарня ПМР», де знаходився з 18.01.2023 р. по 02.02.2023 р. При обстеженні: прискорення ШОЕ – 39 мм/год, підвищення активності АЛТ – 230 Од/л, АСТ – 131 Од/л, СРБ ≥ 24 мг/л, в ІФА IgG до *Toxosara canis* в титрі 1 : 6400. На УЗД ОЧП: метастази в печінку? Оглянутий онкологом: патології не виявлено. Пацієнт переведений у КП «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня ПОР» з діагнозом: токсокароз, вісцеральна форма. При госпіталізації додатково з'ясовано, що влітку 2022 р. хворий травмував утворення в лівій заушній ділянці (невус), після чого відмітив його збільшення та зміну кольору. При обстеженні в заушній ділянці волосистої частини голови зліва виявлено об'ємне утворення $\approx 1-1,5$ см в діаметрі темного кольору, збільшені лімфовузли заушні, надключичні, передньошийні, задньошийні, потиличні також зліва – кам'янистої щільності, безболісні, рухливі, не спаяні. Підвищені Д-димер (>10 мг/л), активність АЛТ – 316 Од/л, АСТ – 244,

Од/л, СРБ ≥ 24 мг/л. Повторно оглянутий онкологом, встановлено діагноз: Melanoblastoma cutis волосистої частини голови. T₄N₃M₁. MTS в лімфовузлі шиї, надключичну ділянку зліва, печінку, селезінку, кістки скелета. St IV, кл. гр IV. Діагноз підтверджений цитологічним дослідженням пунктату лімфовузла. Пацієнт переведений для подальшого обстеження та лікування в КП «Полтавський онкологічний диспансер ПОР».

Висновки. Пацієнти з ЛАП потребують комплексної оцінки із залученням різних спеціалістів-клініцистів, що дозволяє своєчасно встановити нозологічну форму захворювання. Наведений клінічний випадок і узагальнення результатів сучасних наукових досліджень допоможуть лікарям різних спеціальностей у проведенні диференціальної діагностики захворювань, що перебігають з синдромом лімфаденопатії.

МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЕМФІЗЕМАТОЗНОМУ ПІСЛОНЕФРИТІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК *Максименко О.*

Науковий керівник: асистент Савченко Р.Б.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Емфізематозний пієлонефрит – це рідкісна, тяжка, некротизуюча форма гострого множинно-вогнищового бактеріального нефриту, яка супроводжується утворенням інтратенальних абсцесів з утвором газу та поширенням процесу в паранефральну клітковину. Згідно літературних даних у 80-90% пацієнтів, дана патологія розвивається на фоні цукрового діабету, особливо з декомпенсованим цукровим діабетом. Збудником інфекції найчастіше є грамнегативна анаеробна мікрофлора. Основним методом лікування емфізематозного пієлонефриту залишається активна хірургічна тактика – люмботомія, декапсуляція нирки, нефростомія, дренажування заочеревинної клітковини.

Наводимо наш клінічний випадок ефективного мінімально-інвазивного лікування емфізематозного пієлонефриту пацієнтки М., яка перебувала на лікуванні в обласному урологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

Клінічний випадок. Пацієнтка М., 40 років, звернулась зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, спрагу, біль в поперековій ділянці з правого боку, ниючий біль у животі та підвищення

температури тіла до 38°C. Місяць тому отримувала курс лікування гнійного періодонтиту.

При обстеженні: вперше виявлений цукровий діабет I типу, глюкоза крові 19 ммоль/л, глікозильований гемоглобін 12,0%. Клінічний аналіз крові: лейкоцити 19×10^3 . Коагулограма: фібриноген 6,33 г/л. Загальний аналіз сечі: лейкоцити на $\frac{1}{2}$ п/з. За даними УЗД: права та ліва нирки збільшені, паренхіма потовщена, двобічна пієлоектазія, у середньо-верхньому сегменті правої нирки неоднорідне утворення до 55 мм. За даними комп'ютерної томографії: обидві нирки збільшені, паренхіма потовщена, порушення уродинаміки з правого боку, вогнище деструкції з газоутворенням у середньо-верхньому сегменті, вогнище газу до 10 мм у верхньому сегменті правої нирки та серповидне вогнище газу у нижньому полюсі правої нирки.

Лікування: проведено двобічне дренивання нирок сечовідними катетерами, перкутанне дренивання вогнища деструкції правої нирки, отримано 40 мл гнійного вмісту. Призначено внутрішньовенна антибактеріальна, дезінтоксикаційна та антикоагулянтна терапія. Із гнійного вогнища виділена *Candida alb.* 10^4 КУО, а з сечі *E. coli* 10^3 КУО. Сечовідні катетери видалено з лівого боку на 5 добу, з правого боку на 7 добу. Дренаж із вогнища деструкції правої нирки видалено після припинення виділення гною.

При контрольному обстеженні через 1 місяць: стан задовільний, клініко-лабораторні показники в межах норми, глюкоза крові нормалізувалась на інсуліні. За даними УЗД порушення уродинаміки не виявлено.

Висновок. Високоєфективні методи візуалізації в комплексному поєднанні дозволяють своєчасно встановити діагноз та забезпечують ефективний моніторинг патологічного процесу, а мінімально-інвазивне лікування за умови ефективною антибактеріальною терапією дозволяє зберегти нирку і життя хворого.

КІНЕЗИОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ДІЛЯНКИ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБУ

Маценко М., Іванченко О., Пілюсян А., Литвиненко З., Брикса А.

Науковий керівник: асистент Ковальов О.С., доцент Пелипенко О.В.
Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Внутрішньосуглобові переломи дистального відділу плечової кістки у дорослих складають до 5% від усіх переломів

скелету та понад третину переломів у ділянці ліктьового суглоба (ЛС). Сучасний стабільний металоостеосинтез кісткових фрагментів забезпечує та дозволяє проводити раннє функціональне навантаження у ЛС. Недооцінка ступеню пошкодження зв'язково-капсульного апарату у ділянці ЛС та невідновлення цього апарату часто призводять до нестабільності у суглобі з швидким розвитком остеоартриту.

Мета. Визначити ефективність кінезіотейпування у комплексі з оперативним відновленням зв'язок при свіжих їх розривах у ділянці ЛС серед хворих з переломами дистального метаепіфізу плечової кістки.

Методи дослідження. До групи дослідження увійшли 19 пацієнтів зі свіжими розривами зв'язок у ділянці ЛС на фоні переломів дистального метаепіфізу плечової кістки. Серед травмованих переважали жінки (67,3%) працездатного віку. Метод гіпсової іммобілізації застосували до усіх хворих як передопераційна підготовка протягом доби після травми. Цілеспрямоване дослідження зв'язкового апарату виконувалось під час ультразвукової діагностики у 15 (78,9%) із 19 пацієнтів на передопераційному етапі та за допомогою клінічних тестів серед усіх пацієнтів інтраопераційно. Під час передопераційного планування у 100% випадків використовували рентгенографію, комп'ютерну томографію. Усім хворим виконали відкриту репозицію та металоостеосинтез переломів дистального метаепіфізу плечової кістки за показаннями. Тяжкість переломів визначена за класифікацією АО. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група – з оперативним відновленням зв'язкового апарату у ділянці ЛС (n = 9); II група – із застосуванням кінезіотейпування у комплексі з оперативним відновленням зв'язок ЛС (n = 10). Іммобілізація застосовувалась тільки у пацієнтів I групи. Для прискорення початку фізичних вправ застосовували ангіопротектори, капіляростабілізуючі та нестероїдні протизапальні препарати.

Основні результати. Серед усіх хворих ускладнення, що пов'язані із загоєнням рани, не спостерігалися. У порівнянні з I групою у пацієнтів II групи на 26,3 години раніше вдалося досягти зниження больового й набрякового синдромів та відмовитися від застосування іммобілізаційних пристроїв. За шкалою MEPS у 78% пацієнтів I групи отримано задовільні та добрі результати, у 90% пацієнтів II групи отримано добрі та відмінні результати, відновлення функції відмічено у термін від 2 до 2,5 місяців.

Висновки. Кінезіотейпування за розробленою методикою у комплексі з оперативним відновленням зв'язок у ділянці ЛС при

свіжих їх розривах у хворих з переломами дистального метаепіфізу плечової кістки стабілізує ліктьовий суглоб, швидше усуває больовий та набряковий синдроми, у більшості пацієнтів забезпечує позитивні функціональні результати, знижує термін непрацездатності, може застосовуватись у комплексі функціонального лікування пошкоджень цієї ділянки.

ПОЄДНАННЯ 5-ФТОРУРАЦИЛУ І МІКРОНІДЛІНГУ У ЛІКУВАННІ ВІТІЛІГО

Михайленко М.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Вітіліго – хронічне захворювання, що проявляється депігментованими плямистими висипами на шкірі з чіткими контурами, облямованими зонами гіперпігментації різної вираженості. У виникненні й розвитку хвороби мають значення стресові ситуації, синдром мальабсорбції, зниження в крові концентрації міді, цинку і заліза, пригнічення функції ферментів, які беруть участь у меланогенезі. У її розвитку мають значення спадкові і провокуючі чинники: стреси, травма, тяжкі хвороби, сонячні опіки.

Мета дослідження полягала в тому, щоб порівняти ефективність мікронідліngu в поєднанні з місцевим застосуванням 5-фторурацилу між монотерапією мазі з такролімусом для лікування плям вітіліго.

Матеріали та методи дослідження. Спостерігалось 19 людей, серед них 8 жінок та 11 чоловіків, яким підтвердили діагноз «Vitiligo» за допомогою ультрафіолетової лампи Вуда та зібравши їх дані.

Мікронідлінг – колагеноіндукційна терапія, що використовує тонкі голки для створення поверхневих отворів на шкірі. Поверхневі подряпи викликають незначну кровотечу та ініціюють відновлення та вивільнення фактору росту, таких як тромбоцитарний фактор росту (PGF), трансформуючи фактор росту альфа та бета, а також фактор росту фібробластів (FGF). Голкопроколення викликає запалення шкіри за рахунок травматизації, стимулюючи міграцію кератиноцитів і меланоцитів з волосяного фолікула та здорового краю. Прокол полегшує проникність інших препаратів у шкіру, створюючи своєрідну дермабразію, підсилюючи ефект місцевих препаратів.

5-фторурацил – антимітотичний агент, який сприяє проліферації

та міграції меланоцитів. Основний ефект при лікуванні вітиліго – локальна гіперпігментація.

В учасників дослідженням рандомним методом вибрали дві різні ділянки ураження. Першу ділянку шкіри змащували місцевим розчином 5-фторурацилом через день та кожного тижня робили процедуру мікронідлінгу. Другу ділянку шкіри місцево змащували два рази на день 0,1% мазь такролімусу.

Результати. Після 3-х місяців у обстежених осіб був виражений клінічний ефект на нижніх кінцівках і тулубі, ніж на верхніх кінцівках і стопах, що дає змогу вважати комбіноване лікування кращим ніж застосування мазі з такролімусом.

ДЕМОДЕКС-АСОЦІЙОВАНІ ДЕРМАТОЗИ

Михайліченко О.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Справжньою проблемою дерматології залишаються папуло - пустульозні дерматози, які локалізуються переважно на шкірі обличчя (акне, розацеа, періоральний дерматит, себорейний дерматит). Серед причин цих захворювань певну роль відіграє паразитарна теорія, згідно з якою кліщі *Demodex* сприяють утворенню папул і пустул на шкірі обличчя.

Мета дослідження. Вивчення клінічних особливостей демодекс-асоційованого дерматозу обличчя, визначення зв'язку демодекс-асоційованого дерматозу зі статтю, віком та фототипу шкіри.

Методи дослідження. Обстежено 60 пацієнтів (19 чоловіків і 41 жінка) віком від 16 до 66 років з діагнозами: розацеа (16), себорейний дерматит (20), періоральний дерматит (12), акне (12). Пацієнтів віком від 16 до 20 років було 12 (12%), 21-30 років – 12 (20%), 31-40 років – 12 (20%), 41-60 років – 13(22%), понад 60 років – 3 (13%). Фототип шкіри за Фіцпатріком: I – 6 (10%) пацієнтів, II – 35 (58%), III – 18 (30%), IV – 1 (2%). Усі пацієнти отримували системну терапію за загальноприйнятими стандартами лікування розацеа, акне, періорального дерматиту та себорейного дерматиту з урахуванням супутньої патології. Місцево застосовували метронідазол та азелаїнову кислоту у формі гелю або крему в залежно від форми захворювання та локалізації висипки.

Результати досліджень. У всіх 60 пацієнтів із хронічними

захворюваннями шкіри (розацеа, себореїний дерматит, періоральний дерматит, акне) лабораторно виявлено кількість кліщів Demodex понад 5/1 см². Розподіл хворих за локалізацією висипань: повіки – 17 (28%), вії – 11 (18%), брови – 8 (13%), щоки – 32 (53%), підборіддя – 22 (42%), привушна область – 10 (19%), носогубні складки – 10 (19%), ніс – 17 (37%), лоб – 24 (40%), перенісся – 18 (30%), шия – 3 (5%), волосяна частина голови – 8 (13%), грудей – 5 (8%), спини – 5 (8%). Висипання у вигляді еритематозних лускатих плям – у 40 (67%) хворих, папул – у 50 (76%), пустул – у 42 (70%), інфільтратів – у 6 (10%), елементів абсцесу – у 3 (5%), телеангіектазій – 17 (28%), акне – 2 (3%). Залежно від переважання морфологічних елементів у клінічній картині у хворих виявлено такі клінічні картини: еритемно-сквамозна – 10 (17%) хворих, розацеаподібна – 14 (23%), папуло-пустульозна – 15 (25%), вулгрова – 9 (15%), комбінована – 12 (20 %).

Визначено, що папуло-пустульозні та розацеаподібні висипання є основними клінічними особливостями демодек-асоційованих захворювань (у всіх пацієнтів лабораторно виявлено кількість кліщів Demodex понад 5/1 см²). Захворюваність переважає в осіб жіночої статі 41 особа (68,33%). У 10 осіб (88,33%) віком від 16 до 21 років переважали акнеформні прояви, себореїний дерматит був більш притаманний віковим групам від 21 до 40 років 19 осіб (79,2%) з 24 хворих цієї категорії, періоральний дерматит був частіше у жінок 8 осіб (66,67%) всіх хворих на цю патологію.

ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНО-СКАЛКОВИХ ПОРАНЕННЯХ ІЗ М'ЯКОТКАНИННИМИ ТА КІСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК

Михайлина А., Шибіка О., Свириденко Р., Стребков Є., Покотило О.

Науковий керівник: доцент Пелипенко О.В.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В основі методу лікування системами ВАК-терапії лежить застосування слабого від'ємного тиску на всю площу рани, внаслідок чого поліпшується екскреція ранового ексудату, набагато швидше з'являється грануляційна тканина, звужуються краї рани, покращується мікроциркуляція. В Україні методика набула більш широкого розповсюдження з початком військових дій і стала більш

доступною на різних ланках надання медичної допомоги при вогнепальних та мінно-вибухових травмах кінцівок.

Мета роботи. Аналіз використання ВАК-терапії в клінічній практиці травматолога при вогнепально-осколкових пораненнях верхніх та нижніх кінцівок при ранньому закритті тканинного дефекту.

Матеріали та методики. Проаналізовано результати лікування 54 військових з вогнепальними пораненнями кінцівок різної локалізації. У 28 (51,9%) з них були вогнепальні поранення нижніх кінцівок, у 26 (48,1%) – вогнепальні поранення верхніх кінцівок з дефектами кісток та м'яких тканин. Вік поранених складав 21-58 років, серед них переважали молоді люди до 30 років. Термін лікування складав від 5 до 20 днів.

Результати та їх обговорення. Перед встановленням системи ВАК виконувалась первинна чи вторинна хірургічна обробка поранень, некректомії. Негативний тиск встановлювали на рівні 125 мм рт.ст. у режимі non stop для дефектів м'яких тканин нижніх кінцівок та змінний тиск в режимі 70-100 мм рт.ст. для ран верхньої кінцівки та кисті. Аргументація вибору різних режимів базувалась на попередженні компартмент-синдрому та компресійно-ішемічних ускладнень ушкоджень кінцівки з врахуванням анатомічних особливостей розташування нервово-судинних утворень. Заміна систем проводилась не рідше одного разу на кожні 3 доби. Критеріями для припинення терапії були: очищення рани від некротизованих тканин та фібрину, покращення клінічних показників, виповнення ранового дефекту грануляційною тканиною.

Застосування зазначеного методу лікування дозволило провести закриття ранових дефектів шляхом аутодермопластики у 13 (24%) пацієнтів, вторинних швів – у 27 (50%) та пластики місцевими тканинами – у 14 (25,9%). Ускладнення після терапії у вигляді повторного нагноєння рани, кровотечі з великих судин не спостерігалось.

Висновки. Використання вакуумної терапії дозволяє значно підвищити ефективність комплексного лікування поранених із ушкодженням м'яких тканин верхніх та нижніх кінцівок – швидко очистити ранову поверхню, заповнити рановий дефект грануляційною тканиною і підготувати рану до пластичного закриття.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ, ХІМІЧНИХ ТА ЗМІШАНИХ ФІЛЬТРІВ SPF ДЛЯ ЗАХИСТУ ШКІРИ ВІД СОНЯЧНОГО ОПРОМІНЕННЯ

Мурашко І.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Фактор сонцезахисного фільтра (sun protection factor) – це міра захисту шкіри від ультрафіолетового (УФ) випромінювання. УФ-випромінювання може призвести до багатьох проблем шкіри, включаючи опіки, передчасне старіння та навіть злоякісні новоутворення шкіри. Захист від сонячних променів є важливою частиною догляду за шкірою. Сучасні засоби захисту від сонця є 3 типів: фізичні, хімічні, змішані.

Мета даного дослідження – порівняти ефективність застосування фізичних, хімічних та змішаних фільтрів SPF для захисту шкіри від сонячного опромінення

У нашому дослідженні прийняло участь 63 жінки віком від 20 до 60 років, які мали однакову чутливість до УФ-променів. Усі хворі розподілені на 3 групи по 21 особи у кожній. Кожна група використовувала SPF із різними типами фільтрів. I група застосовувала SPF із хімічними фільтрами, II група – SPF із фізичними фільтрами, а III група використовувала SPF із змішаними фільтрами (хімічними та фізичними).

Для вимірювання ефективності SPF було проведено кілька тестів кожної групи. Кожен учасник тестування перебував на сонці протягом однієї години в той самий час дня. Вимірювання проводилися до та після перебування на сонці за допомогою спектрофотометра ULAB 101 (Україна).

Середній час до появи опіку від сонця групи I (SPF з хімічними фільтрами) становило 2 години. У II групі (SPF з фізичними фільтрами) цей час було збільшено до 3 годин, а III групі (SPF зі змішаними фільтрами) – до 4 годин. Відмінності між групами були статистично значущими ($p < 0,05$).

Крім того, рівень УФ-променів на шкірі учасників групи III був значно нижчим, ніж у групах I і II ($p < 0,05$).

У цілому, результати експерименту свідчать про те, що SPF з хімічними фільтрами (I група) має найнижчу ефективність у запобіганні опікам від сонця, а SPF зі змішаними фільтрами (III група) є найбільш ефективним. II група, яка використовувала SPF з

фізичними фільтрами, показала проміжні результати між I та III групами. Також було виявлено, що в III групі рівень УФ-променів на шкірі був нижчим, що може свідчити про більш ефективний захист від шкідливого впливу сонця.

ОПТИМАЛЬНЕ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ

Нека А.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Хірургія одного дня набирає все більшої популярності в нашій державі. Багато факторів, включаючи економічні та фінансові, змушують обирати саме цей метод серед хірургів та анестезіологів. Досягнення в області анестезіології та хірургії, а також доступність нової апаратури відкривають багато можливостей для розвитку хірургії одного дня. Не дивлячись на позитивні аспекти, лікарі все ще стикаються з численними проблемами при проведенні операцій в денних стаціонарах, особливо, в умовах обмежених ресурсів. Перший дієвий крок в успішному наданні хірургічних послуг в денному стаціонарі – це правильний підбір пацієнта. Ретельний огляд пацієнта призначений для того, щоб виділити неодмінні проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Другий – розробка різних планів і стратегій анестезії.

Мета дослідження. Визначити оптимальний метод анестезіологічного забезпечення в амбулаторній хірургії.

Матеріали та методи дослідження. Для дослідження відібрано 20 жінок віком від 25 до 37 років з діагнозом гіперплазія ендометрію. Премедикація – за 10-15 хв до операції: нефопам 20 мг в/м. Проведення преоксигенації протягом 3 хв киснем 8 л/хв через лицеву маску. Індукція загальної анестезії проводилася мікроболусним (протягом 2-3 хв) введенням пропофолу (2,5-3,0 мг/кг) і фентанілу (2-4 мкг/кг) після втрати війкового рефлексу рівень необхідної міорелаксації досягався введенням атракурію (0,4-0,5 мг/кг). При достатньому рівні міорелаксації проводилася установка ларингеальної маски. Адекватність і правильність установки оцінювалися аускультативно та капнографічним моніторингом. Штучна вентиляція легенів проводилася апаратом Гамільтон в режимі PCV з установкою пікового тиску 10-15 см водн.ст.

Результати дослідження. Час післяопераційного пробудження складав від 3 до 7 хв ($5,4 \pm 0,6$ хв), інтенсивність больового синдрому за ВАШ після пробудження в спокої 1-2 ($1,7 \pm 0,2$) бали, після операції при рухах 2-4 ($2,7 \pm 0,3$) бали, через 30 хв. після операції в спокої 2-3 ($2,6 \pm 0,2$) бали, при рухах 2-4 ($2,2 \pm 0,2$) бали. Виконання 10 балів по шкалі Альдрета через 1-7 хв після пробудження. Переведення до палати через 6-10 хв після закінчення операції. Відсутність диспепсичних розладів у всіх пацієнтів.

Висновок. Даний вид анестезії є наближеним до оптимального, але не універсальним, оскільки залежить від багатьох факторів зокрема матеріального забезпечення лікувального закладу.

АНАЛІЗ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Пелипенко Н., Зеленець О., Буленок К., Марченко О., Стратічук Л., Обез Н.

Науковий керівник: доцент Кітура О.Є.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хронічний панкреатит (ХП) одне із найбільш розповсюджених захворювань органів травлення, яке призводить до тимчасової втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. За останні роки спостерігається тенденція до збільшення захворюваності на ХП серед дорослого населення.

Мета дослідження. Вивчити зміни ліпідного профілю у пацієнтів на ХП в залежності від тяжкості його перебігу.

Методи дослідження. У дослідження включено 25 хворих на ХП, серед них 14 жінок (середній вік $53,6 \pm 2,8$ роки) та 11 чоловіків (середній вік $56,4 \pm 3,6$ роки). Діагноз ХП встановлений згідно до Наказу МОЗ України від 10.09.2014 №638 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному панкреатиті». Ступінь порушення зовнішньо секреторної функції підшлункової залози визначали за рівнем фекальної еластази-1 методом імуноферментного аналізу. Ліпідний обмін досліджувався шляхом вимірювання у сироватці крові вмісту загального холестерину (ХС), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) та тригліцеридів (ТГ). У залежності від ступеня тяжкості зовнішньосекреторної недостатності

підшлункової залози (ЗСН ПЗ) усі пацієнти були розділені на три клінічні групи: I група – 9 пацієнтів без ЗСН ПЗ, II група – 8 пацієнтів із ЗСН ПЗ легкого ступеня та III група – 8 пацієнтів із ЗСН ПЗ середнього ступеня. Статистичний аналіз отриманих результатів здійснювали за допомогою комп'ютерної програми Statistica for Windows 10,0 версії. Результати представлені як $M \pm m$, де M – це середня арифметична величина, а m – стандартне відхилення.

Основні результати. Проведене дослідження показало, що у пацієнтів на ХП спостерігається незначне підвищення рівня ХС $5,6 \pm 0,8$ ммоль/л, високий рівень ЛПНЩ $4,43 \pm 0,7$ ммоль/л та ЛПДНЩ $1,4 \pm 0,2$ ммоль/л та ТГ $2,63 \pm 0,6$ ммоль/л, рівень ЛПВЩ був в межах норми. Порівнюючи показники ліпідного обміну між клінічними групами, відмічено, що достовірної різниці між I та II клінічними групами, а також між II та III клінічними групами не виявлено. Порівнюючи показники ліпідограми пацієнтів I та III клінічних груп, встановлено, що у пацієнтів із ЗНПЗ середнього ступеню тяжкості більш високий рівень ТГ ($2,4 \pm 0,3$ ммоль/л проти $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,5$) та ЛПНЩ ($3,8 \pm 0,7$ ммоль/л проти $4,9 \pm 0,7$ ммоль/л, $p < 0,5$).

Висновки. У пацієнтів з ХП спостерігається порушення ліпідного обміну за рахунок підвищення рівня ТГ, ЛПНЩ та ЛПДНЩ. У пацієнтів із ЗСН ПЗ середнього ступеню тяжкості відмічається вищий рівень ТГ та ЛПНЩ у порівнянні з пацієнтами без ЗСН ПЗ.

СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК ТА ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ І ВОРОЖОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ

Подолшвелєва Д., Молодецький М., Криворучко О.

Науковий керівник: доцент Бойко Д.І.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Сучасні дослідження показують, що рівень самогубств протягом життя в осіб з шизофренією становить від 4% до 13%. Поряд з цим для них характерна вища частота проявів агресивної поведінки. Обидва цих фактори становлять загрозу як для благополуччя пацієнтів, так і для їхніх сімей та суспільства в цілому. Суїцидальна поведінка пов'язана з генетичними, соціальними, біологічними та сімейними факторами, проте щодо зв'язку між агресією та самогубством існує лише незначна кількість досліджень.

Мета. Оцінити рівень суїцидального ризику при шизофренії та супутні прояви агресивності і ворожості.

Матеріали та методи. Нами було оглянуто 15 пацієнтів з шизофренією, що перебували на лікуванні в умовах КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР». Нами використано методику виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45) П.І. Юнацкевича та опитувальник агресивності і ворожості Басса-Даркі. Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми SPSS Statistics 26.0 з використанням методів описової статистики, кореляційного критерію Спірмана та критерію Мана-Уїтні.

Результати. Нами визначено, що серед оглянутих пацієнтів 6,7% (1 особа) мали низький рівень суїцидального ризику, 26,7% (4 особи) – нижче середнього, 33,3% (5 осіб) – середній, 13,3% (2 особи) – вище середнього та 20,0% (3 особи) – високий. Рівень фізичної агресії складав $6,27 \pm 0,69$ балів, непрямой агресії – $5,53 \pm 0,56$ балів, роздратування – $5,67 \pm 0,53$ балів, негативізм – $3,27 \pm 0,28$ балів, образа – $6,13 \pm 0,36$ балів, підозрілість – $6,07 \pm 0,78$ балів, вербальна агресія $8,73 \pm 0,47$ балів, почуття провини – $6,13 \pm 0,45$ балів. Не було встановлено статистично значущих кореляційних зв'язків між рівнем суїцидального ризику та вираженістю проявів агресивності і ворожості ($p > 0,05$). При цьому індекс агресивності складав у середньому $20,53 \pm 1,31$ балів, що відповідає нормативним значенням, у той час як індекс ворожості складав $12,20 \pm 1,09$ балів, що відповідало підвищеному рівню. При цьому не виявлено значущих відмінностей за рівнем суїцидального ризику при підвищенні індексу ворожості ($p = 0,594$) або агресивності ($p = 0,405$).

Висновки. Таким чином нами виявлено, що третина обстежених нами пацієнтів мала високий або вище середнього ризик суїцидальної поведінки, що потребує уваги при побудові стратегії лікування. Поряд з цим серед обстежуваної вибірки пацієнтів з шизофренією виявлено значну вираженість проявів ворожості поряд з нормативними значеннями проявів агресивності. Не було визначено асоціативних зв'язків між проявами агресивності, ворожості та суїцидальною поведінкою, що може вказувати на незалежність розвитку даних проявів в структурі клінічної картини шизофренії.

ПОДАГРА І СЕРЦЕВО-СУДИННИЙ РИЗИК: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Постіл Д., Журавель О., Котляренко Р., Макаренко А., Гуціна В.

Науковий керівник: доцент Кігура Є.М.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У теперішній час гіперурикемію розглядають як чинник, що поглиблює негативні зміни вуглеводного та ліпідного обмінів (зважаючи на взаємозв'язок цих видів обміну з пуриновим), і як ще один імовірний фактор ризику серцево-судинних захворювань.

Мета дослідження. Вивчити розповсюдженість основних факторів ризику серед пацієнтів з подагрою.

Методи дослідження. Проведено аналіз 34 історій хвороби пацієнтів із подагрою (24 жінок, 10 чоловіки) віком 45-65 років. У групу порівняння увійшли 12 осіб віком до 60 років. Приводиться клінічний випадок пацієнта з подагрою.

Результати дослідження. У 24 (75%) хворих на подагру (ПО) було зафіксовано артеріальну гіпертензію (АГ). За результатами проведеного УЗД каротидних судин визначено атеросклеротичні зміни у 26 (78,6%) пацієнтів. Серед основних факторів кардіоваскулярного ризику, окрім АГ, одним із найбільш розповсюджених було ожиріння та збільшена маса тіла у 26 (76,4). За результатами аналізу стану показників ліпідного обміну проатерогенні дисліпідемії виявлено у 20 (48,87%) хворих на ПО і у 3 (28,0%) – групи контролю. Для хворих на ПО з порушеннями ліпідного обміну, характерним було значне або помірне збільшення кількості проатерогенних ліпопротеїдів. Так, середня кількість ЗХС у групі хворих на ПО становила $7,44 \pm 0,41$ ммоль/л, ХС ЛПНЩ – $4,68 \pm 0,12$ ммоль/л.

Клінічний випадок. Хворий А., 41 рік, знаходився на лікуванні в ревматологічному центрі.

Клінічний діагноз: подагра, подагричний артрит, активність І ступеня, хронічний перебіг з ураженням гомілково-ступеневих суглобів, Ro стадія І, СФН ІІ ступеня. Гіпертонічна хвороба ІІ стадія, ІІІ ступінь, ризик дуже високий ІV. Гіпертензивне серце, гіпертрофія лівого шлуночка, СН І ст.

Цукровий діабет ІІ тип, вперше діагностований. Жирова хвороба печінки. Неалкогольний стеатогепатит з вираженим ступенем активності.

Терапія. Надані всі необхідні рекомендації по модифікації стилю життя: дієта, обмежити сіль до 3 г на добу, фізичне навантаження – ходьба по 40 хв 4 рази на тиждень. Аденурик – 80 мг

після їжі, постійно; глюкофаж XR – 500 мг по 1 табл. 2 рази до їди, постійно, валодип – 80/5 мг/добу; розувастатин – 20 мг/добу.

Приведений клінічний випадок показує, що подагра – мультиморбідна міждисциплінарна патологія. Вона є одним із компонентів метаболічного синдрому, основне місце у структурі якого займають абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, дисліпідемія та артеріальна гіпертензія.

Таким чином, терапевтична стратегія має включати: зміни способу життя, зниження АТ до цільового рівня, ефективне лікування інших факторів ризику для зменшення резидуального кардіоваскулярного ризику: корекція гіперліпідемії, лікування цукрового діабету.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОГО ВИДАЛЕННЯ СУДИН НА ОБЛИЧЧІ ПРИ РОЗАЦЕА

Овчаренко С.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Розацея є однією з найбільш поширених шкірних хвороб, що впливає на якість життя більшості людей. Серед симптомів розацеї можна виділити розширення капілярів на обличчі, червоні плями, акне. Лазерне видалення судин на обличчі стало популярним методом лікування розширених капілярів та червоних плям на обличчі при розацеї. Лазерне видалення судин на обличчі полягає у використанні лазерної енергії, щоб знищити розширені капіляри на шкірі обличчя. Це можна зробити за допомогою різних типів лазерів, включаючи КТР-лазер, Nd:YAG-лазер та IPL-лазер. Одним з основних переваг лазерного видалення судин на обличчі є його ефективність. Лазерний метод може знищити до 90% розширених капілярів, що робить його ефективнішим за традиційні методи лікування розацеї, такі як кріотерапія або електродесикація.

Метою нашої роботи оцінити переваги та недоліки застосування лазерного видалення судин на обличчі при розацеа.

Дослідження ефективності лазерного видалення судин на обличчі при розацеї було проведене на 54 жінках у віці від 25 до 45 років. Перед процедурою пацієнтам наносили місцевий анестетик амідного типу, що містить лідокаїн та прилокаїн (крем Емла), а, через 60 хвилин після нанесення крему, після досягнення достатньої анестезії, лікар використовував КТР-Nd: YAG-лазер з довжиною хвилі

532 нм для знищення розширених капілярів.

Після проведення процедури в 42 (77,8%) з 54 пацієнтів спостерігалось помітне зменшення кількості червоних судин на обличчі, а в 12 пацієнтів (22,2%) не спостерігалось значущих змін.

Проте, варто зазначити, що у 48 (88,9%) пацієнтів після проведення процедури виникало тимчасове почервоніння та набряк, які зникали протягом кількох днів. Крім того, у 16 (29,6%) випадках процедура була болісною та викликала дискомфорт під час проведення.

Отже, у ході дослідження було встановлено, що лазерне видалення судин на обличчі є ефективним методом лікування розацеї для багатьох пацієнтів, які стикаються з цим недугом. Однак, варто розглянути всі нюанси, побічні ефекти та індивідуальні особливості організму пацієнта, перш ніж приймати рішення про проведення цієї процедури. Але варто враховувати можливі при прийнятті рішення про проведення процедури.

ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Оробей К., Шевченко А.

Науковий керівник: професор Крючко Т.О.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Синдром Россолімо-Мелькерсона-Розенталя – рідкісний неврологічний розлад, який характеризується рецидивуючим паралічем обличчя, набряком обличчя і губ з розвитком складок та борозн на язика. Початок захворювання у дитинстві чи ранній юності. За даними NORD, даний синдром діагностують у дітей у віці від 2-15 років з частотою близько 0,07-0,42 на 100 000 населення.

Мета. Аналіз клінічного випадку даного синдрому у дитини 13 років, яка знаходилась на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні Центру спеціалізованої педіатричної допомоги Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського.

Методи дослідження: клініко-статистичні, загально-клінічні, біохімічні та імунологічні.

Результати. Згідно анамнестичних даних у квітні 2022 р. дитині встановлено діагноз: ангіоневротичний набряк. Проведено протокольне лікування, отримана неповна ремісія. У листопаді 2022 р. дитина знову поступила до педіатричного відділення ЦСПД із значним набряком

нижньої губи. При огляді виявлено складки та борозни на язичку («складчатий язик»). Відомо, що дитина часто хворіє ГРВІ та герпесвірусною інфекціями. Незадовго до дебюту захворювання переніс оперізуючий герпес. Результати проведених досліджень дозволили виключити попередній діагноз ангіоневротичного набряку і верифікувати синдром Россолімо-Мелькерсона-Розенталя. Дитині призначено лікування: преднізолон – 45 мг у 3 прийоми, ацикловір по 400 мг 2 р/добу з 12-ти годинним інтервалом, іммунал – 80 мг 3 р/д, L-цет – 5 мг 1 р/д, бальзам для губ Сісарпласт, вітаміни групи В.

Висновки. Труднощі у постановці діагнозу орфанного захворювання полягають у відсутності якісної інформації та наукових знань про дану патологію. Несвоєчасна постановка правильного діагнозу обумовлена відсутністю доступних методів ранньої діагностики, а винятковість не викликає настороженості у практикуючого лікаря на виявлення синдрому Россолімо. При лікуванні даного синдрому необхідно враховувати не лише важкість клінічних проявів, а й коморбідний фон пацієнта, який може обумовлювати рецидивуючий перебіг захворювання.

ОЦІНКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИХ СИМПТОМІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА GERD-Q

Павленко М., Кріт С., Сербулова Д.

Науковий керівник: доцент Несіна І.М.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У даний час гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) не тільки є найбільш поширеною патологією серед захворювань органів травлення, але і має чітку тенденцію до зростання захворюваності. Поширеність ГЕРХ, особливо в дитячому віці, мало вивчена, що пов'язано із різноманіттям клінічних проявів захворювання і труднощами діагностики.

Мета роботи. Аналіз поширеності гастроєзофагеальних симптомів серед дітей з гастроентерологічною патологією за допомогою опитувальника GERD-Q.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети було проведено анкетування 53 підлітків віком 12-18 років, які вперше були госпіталізовані до гастроентерологічного відділення з симптомами захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Усім дітям

було проведено додаткові обстеження з метою верифікації діагнозу за протоколом. Міжнародний стандартизований опитувальник – Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GERDQ) використовувався для встановлення гастроєзофагеальних симптомів, за добровільної згоди дітей та батьків.

Результати дослідження. Аналіз проведеного опитування показав, що у 79,3% пацієнтів кількість балів становила від 6 до 18 балів, при цьому середній загальний бал за GERDQ становив 11,28. За сумою балів ≥ 8 діагноз ГЕРХ був встановлений у 69,8% госпіталізованих. Зіставляючи дані анкетування та результатів ендоскопії і інтрагастральної рН-метрії нами встановлено, що у половини хворих (54,7%) діагностовано катаральні і деструктивні зміни слизової оболонки стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки на фоні підвищених і високих показників кислотопродукції. У 8 обстежених дітей (15,1%) сума балів становила від 8 до 9, але при езофагогастроскопії патологічних змін не виявлено. Це може свідчити про наявність ендоскопічно негативної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. У 11 хворих (20,7%) сума балів становила менше 8, при цьому ендоскопічні зміни слизової оболонки шлунку та дванадцятипалої кишки були поверхневими з незначним катаральним запаленням та помірним підвищенням кислотопродукції з переважанням дуоденогастрального рефлюксу.

Висновки. Порівняльний аналіз результатів ендоскопічного дослідження і інтрагастральної рН-метрії з даними анкетування за допомогою опитувальника GerdQ показав, що поширеність гастроєзофагеальних симптомів становить 69,8%, що свідчить про вагомий відсоток моторно-евакуаторних розладів, які супроводжують гастродуоденальні захворювання у підлітків.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Писана Б., Склярєвський Б., Штефан О., Андрюценко О., Карась Д., Золотухіна А., Школьна О.

Науковий керівник: доцент Люлька Н.О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Щорічно паліативної допомоги потребує 40 млн хворих, 78% з яких проживають в країнах низького та середнього

рівня доходу. Незважаючи на значну потребу, лише близько 14% серед потребуючих її отримують. Серед пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, що потребують надання паліативної допомоги, «левою» частку складають пацієнти з хронічною серцевою недостатністю (ХСН), що розвивається як ускладнення.

Мета. Оцінити ефективність комплексних індивідуалізованих програм реабілітації для паліативних хворих, необхідність використання шкали HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) у пацієнтів з ХСН, дослідити необхідність залучення психолога до процесу надання паліативної допомоги.

Матеріали і методи. Дослідну групу (ДГ) склали 44 пацієнти з ХСН: середній вік – $72,4 \pm 3,2$ років. Контрольну групу (КГ) склали 35 пацієнтів з ХСН, середній вік – $71,9 \pm 2,6$ років. При наданні паліативної допомоги пацієнтам ДГ використовувався індивідуальний та багатокомпонентний підхід, що включав в себе: знеболення, медикаментозну підтримку, фізичну терапію, медико-психологічну реабілітацію, хірургічне лікування та інші види лікування з доглядом за хворим. Пацієнтам КГ фізична та медико-психологічна реабілітація не проводилася. Оцінка ефективності надання паліативної допомоги пацієнтам КГ та ДГ проводилася за допомогою шкали SF-36 (The Short Form-36), 6 MWT при госпіталізації та на момент виписки.

Результати досліджень. Усім пацієнтам ДГ ($n=44$) на момент госпіталізації проводилось тестування згідно госпітальної шкали HADS, у 34,1% пацієнтів сума балів складала від 0 до 7, у 56,8% ($n=25$) сума балів складала від 8 до 10, у 9,1% ($n=4$) сума балів була 11 та вище. Після проведення психологом спеціалізованої емоційної підтримки всім пацієнтам ДГ повторно проводилося тестування шкалою HADS. За показниками шкали SF-36 встановлено більш високий рівень ЯЖ у пацієнтів ДГ ($n=44$) порівняно з пацієнтами КГ ($n=35$). При первинному тестуванні пацієнти ДГ мали рівень активності згідно 6MWT в межах від 11,4% до 27,8% від прогнозованої дистанції, що в середньому складало $57,8 \pm 5,72$ метрів, при контрольному тестуванні рівень досягнутої активності достовірно ($p < 0,05$) зріс та коливався в межах від 34,5% до 69,8% від прогнозованої, що в середньому складало $189,9 \pm 6,56$ метрів.

Висновки. Використання шкали HADS для оцінки тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з ХСН та залучення психолога у складі мультидисциплінарної команди при наданні паліативної допомоги достовірно підвищувало її якість та збільшувало прихильність пацієнтів до проведення медико-психологічної реабілітації. Використання індивідуалізованих та багатокомпонентних

програм паліативної допомоги дозволило підвищити якість надання паліативної допомоги та покращити якість життя пацієнтів з ХСН.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ STEMI БРИГАДАМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»

Полова А., Дикопаєвченко Ю.

Наукові керівники: доцент Настрога Т.В., асистент Ткач Л.І.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У теперішній час, смертність пацієнтів на гострий коронарний синдром (ГКС) з елевацією сегмента ST (зі STEMI) знижується завдяки своєчасної ранньої реперфузії. Організація надання екстреної медичної допомоги хворим зі STEMI бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», діагностика на догоспітальному етапі та своєчасної госпіталізації пацієнтів бригадами ЕМД в спеціалізовані структурні підрозділи ЗОЗ сприяє своєчасному проведенню перкутанних коронарних втручань (ПКВ).

Мета дослідження. Проаналізувати результати організації надання екстреної медичної допомоги хворим зі STEMI надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим зі STEMI бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2019-2022 роки.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз 430 карт викликів бригад ЕМД (Ф №110/0) та супровідних листів (Ф №114/0) за 2019-2022 р. пацієнтів із STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

Основні результати. Пацієнти із STEMI, згідно наказу МОЗ України №1936 від 14 вересня 2021 р., після надання ЕМД госпіталізувалися у відділення інтервенційної радіології (ВІР) Полтавської обласної клінічної лікарні та КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради», лікарню інтенсивного лікування №3 м. Кременчук. Аналіз результатів свідчить, що кількість ургентних ПКВ постійно збільшується. Так, у 2019 році в ургентному порядку стентовано 734 хворих із STEMI, у 2020 р. – 565 хворих, у 2021 р. – 801 хворий, у

2022 році – 974 хворих. Кількість ургентних перкутанних коронарних втручань у КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр ПОР» становила у 2019 р. – 992, 2020 р. – 1077, 2021 р. – 989, 2022 р. – 1104. Аналіз показників летальності хворих із STEMI після ПКВ свідчить про її зниження. Так, летальність у хворих із STEMI після ПКВ становила у 2017 р. – 7,1%, 2018 р. – 5,9%, 2019 р. – 6,2%, 2020 рік – 4,7%, 2021 р. – 3%, 2022 р. – 3.2%, тоді як летальність від інфаркту міокарда (ІМ) по Полтавській області 14,5%.

Висновки. Аналіз результатів свідчить про високу ефективність організації надання екстреної медичної допомоги хворим із STEMI бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». Своєчасна рання реперфузія сприяє зниженню летальності хворих із STEMI на Полтавщині.

ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ МЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТА ПЕРЕЛОМО-ВИВИХІВ МІНІІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ТАЗУ

Пудлич В., Рагуліна П., Чміля В., Деркач А., Магда Я., Клеймьонова В.

Науковий керівник: асистент Чіп Є.Є.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Переломи кісток тазу складають 5-8% в структурі переломів кісток в Україні. Ступінь тяжкості травми залежить від механізму травмуючих агентів. Як правило це високоенергетичні травми. Пошкодження тазового кільця в 62-87% випадків спостерігається в рамках політравми. Загальна летальність, в залежності від тяжкості травми, досягає 30% і не має тенденції до зниження.

Мета роботи. Доповнити аналітичні дані ефективності мініінвазивних технік оперативного лікування переломів тазу та вертлюгової западини з визначенням їх переваг, недоліків та розвитку можливих ускладнень у порівнянні з класичними.

Матеріали та методи дослідження. Проведено проспективний та ретроспективний аналіз результатів лікування 21 пацієнта з переломами тазу та вертлюгової западини, які знаходились на лікуванні в період з 2020 по 2023 рік. У дослідну групу увійшли 9 хворих, яким було проведено мініінвазивні оперативні втручання (проспективний аналіз). До контрольної групи увійшли пацієнти, які

лікувалися за допомогою традиційних методів оперативного лікування переломів тазу (ретроспективний аналіз). Середній вік пацієнтів склав 49,3 роки. Усім постраждалим виконувалось КТ-дослідження. Ефективність раннього післяопераційного періоду (оцінку післяопераційного болю) оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Віддалені функціональні результати оцінювали через 3 місяці після оперативного лікування за шкалою MAJEED (1989)

Результати дослідження. Больовий синдром спостерігався в ранньому післяопераційному періоді найбільш часто серед пацієнтів яким було виконано традиційний остеосинтез, що склав 7,9 балів за ВАШ. Натомість у пацієнтів дослідної групи середнє значення больового синдрому склало 5,6 балів відповідно.

Тривалість загоєння ран напряму залежала від об'єму травматизації тканин. Пацієнти контрольної групи були виписані на амбулаторне лікування в середньому на 18 добу, а пацієнти дослідної групи – на 13.

Відсоток добрих та відмінних функціональних результатів за шкалою MAJEED в контрольній групі склав 66,6%, а у дослідній – 89,9%.

Висновки. Мініінвазивні техніки оперативного лікування переломів кісток тазу мають певні переваги перед відкритим остеосинтезом, за умов володіння технікою та відповідним обладнанням, і здатні запобігти значній кількості ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді за рахунок зменшення таймінгів самого оперативного втручання, меншої травматизації тканин та зменшення тривалості середнього ліжкодня.

ЛІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З КЕФАЛОГЕМАТОМАМИ

Рибачук В.

Науковий керівник: професор Ксьонз І.В.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пологова травма займає провідне місце в перинатальній патології нервової системи у новонароджених. Найчастіше виникає, так звана, легка форма травми у вигляді кефалогематоми (КГ), джерелом якої є пошкоджені судини підокістного простору, рідше внутрішньокісткові судини в ділянці перелому кісток черепа.

Мета дослідження. Провести аналіз досвіду лікування кефалогематом у новонароджених.

Методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 73 новонароджених з КГ. Усім дітям проводилося комплексне обстеження, що включало огляд невролога, офтальмолога та отоларинголога. Виконувалися нейросонографія та моніторинг лабораторних показників загального аналізу крові та коагулограми.

Основні результати. Виділено три групи КГ: малі – до 5-10 мл крові (20 дітей), середні КГ – від 10 до 50 мл (47 дітей), великі КГ – більше 50 мл (6 дітей). Найбільш частою локалізацією КГ була права (38 випадків) та ліва (25 випадків) тім'яні ділянки, в 10 дітей КГ мали двобічну локалізацію. Відмічалось, що КГ безболісні, не пульсують, мають тенденцію до незначного збільшення в перший тиждень після пологів. Потім розмір КГ може поступово зменшуватись, що було характерно для малих КГ, навіть до повної резорбції (до 4-5 тижня) – 14% від загальної кількості. Пункції КГ проводились на 12-14 добу під контролем показників аналізу крові та коагулограми. Повторні пункції (22 випадки) КГ середнього та великого розміру проводились з інтервалом 2-3 дні і доповнювались місцевим застосуванням засобів з розсмоктуючим ефектом. На фоні КГ середнього та великого розміру у 9 новонароджених були виявлені лінійні переломи кісток черепа, у 3-х випадках у поєднанні із підпапоневротичним крововиливом. Діти не мали проявів тривалого перебігу жовтяничного та анемічного синдромів. У віці один рік більшість дітей (89%) мали задовільний стан, фізичний та нервово-психічний розвиток відповідав віку.

Висновок. Динаміка розвитку малих КГ дає можливість їх консервативного лікування, КГ середнього та великого розміру визначають активну хірургічну тактику з акцентом на їх пункційну аспірацію.

ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ДІАГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Рубан Ю., Коваль Х., Терещенко О., Чепела Л., Верба К.

Науковий керівник: доцент Таняньська С.М.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) на сучасному етапі є досить поширеною патологією у дітей та підлітків. Нерідко, починаючи ще в дитячому віці, АГ швидко призводить до розвитку багатьох

ускладнень в подальшому. Тісний зв'язок підвищеного артеріального тиску (АТ) з розвитком в подальшому гіпертонічної хвороби вимагає уважного ставлення до кожного факту підвищення артеріального тиску у дитини. Підвищення АТ може бути також проявом вегетативної дисфункції у дітей, що вимагає проведення диференційної діагностики за допомогою добового моніторингу АТ (ДМАТ).

Метою даної роботи була оцінка показників ДМАТ у дітей та підлітків, у яких при не однократному вимірюванні АТ методом Короткова виявлено стійке його підвищення.

Методи дослідження. Під спостереженням знаходились 28 дітей віком 12-16 років (24 хлопчиків і 4 дівчаток). Практично половина хворих (52,8%) вказувала скарги на частий головний біль зниження працездатності, загальну слабкість. Усім обстеженим дітям проводилось ДМАТ за допомогою апарату «Ритм-2000».

При цьому оцінювали наступні параметри: середні показники систолічного АТ (САТ) і діастолічного АТ (ДАД) у денний та нічний час. Показники АТ оцінювали по центильним таблицям в залежності від віку, зросту і статі дитини: 90-95 центиля – високий нормальний АТ, більше 95 центиля становить високий АТ. Ступінь нічного зниження АТ проводили по добовому індексу (ДІ).

Основні результати. Аналіз отриманих результатів свідчив, що у 15 дітей (53,6%) середні показники добового денного та нічного САТ і ДАД не виходили за межі 90 центилів. У 21,4% обстежених за показниками середнього денного САТ та середнього ДАД значення знаходились в межах «нормального високого». У 14,3% дітей за середнім нічним САТ і у 10,7% за середнім нічним ДАД показник АТ був вищим 95 центилів, що свідчить про наявність у них високої АГ (переважно у хлопчиків).

Аналіз ДІ свідчив про нормальні або в межах «нормального високого» показники САТ і ДАД в денний час у 75% обстежених. Недостатнє зниження нічного САТ і ДАД відмічене у 7 (25%) хворих.

Висновок. Таким чином, проведений нами добовий моніторинг АТ дозволив отримати інформацію про рівень коливання АТ у дітей протягом доби і виявити у них наявність АГ, що потребує призначення адекватної медикаментозної корекції АГ.

ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОКУ В СПІРАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ МАТКИ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ ЕНДОМЕТРИТОМ В АНАМНЕЗІ

Саула Н., Шаповал Р., Каменська О., Лумеровська В., Зіненко Ю., Зіненко В.

Науковий керівник: доцент Тараноська О.О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хронічний ендометрит (ХЕ), наявний до настання вагітності, пов'язаний з склеротичними змінами в спіральних артеріях матки, інтерстиціальним набряком та порушенням кровотоку. Настання вагітності на фоні таких змін може супроводжуватися порушенням нормальної цитотрофобластичної трансформації стінок спіральних артерій і формуванням високорезистентного кровотоку них.

Мета. Вивчити зміни доплерометричних показників кровотоку в спіральних артеріях на початку вагітності у жінок хронічним ендометритом в анамнезі і з'ясувати ефективність їх перконцепційної корекції.

Методи дослідження. Доплерометрично визначали систолодіастолічне відношення (СДВ), пульсаційний індекс (ПІ) та індекс резистентності (ІР) в спіральних артеріях в 5-6 тижнів вагітності у 20 жінок з ХЕ в анамнезі. 10 з них приймали лікування ХЕ до настання вагітності. Воно включало в себе антибактеріальні засоби широкої дії, замісну гормональну терапію для відновлення ендометрію та препарати аргініну для покращення кровопостачання ендометрію. 10 жінок відмовилися від лікування. Контрольну групу (КГ) склали 10 здорових вагітних без ХЕ в анамнезі.

Основні результати. В підгрупі нелікованих вагітних в терміні 5-6 тижнів гестації СДВ становило $2,18 \pm 0,06$ проти $1,73 \pm 0,04$ в КГ; $p < 0,01$). ПІ становив $0,84 \pm 0,07$ (проти $0,34 \pm 0,06$ в КГ), що в 2 рази перевищує значення у здорових жінок ($p < 0,01$). ІР також був вдвічі вищий, ніж у здорових жінок ($0,62 \pm 0,05$ проти $0,3 \pm 0,07$ в КГ; $p < 0,01$). Таке зростання свідчить про підвищення резистентності і обмеження кровотоку у спіральних артеріях у жінок, чия вагітність настала на фоні нелікованого ХЕ. Натомість пацієнтки, які отримували преконцепційне лікування ХЕ, мали достовірно нижчі показники, які свідчать про більш сприятливі умови кровопостачання плідного яйця. Так, на 5-6 тижні вагітності СДВ було на 10,1% меншим ($1,96 \pm 0,07$ ($p < 0,05$), ніж в КГ). ПІ становив $0,61 \pm 0,08$, що на 27,3% перевищує значення у нелікованих жінок ($p < 0,05$). ІР був меншим за відповідні показники в підгрупі

нелікованих до вагітності жінок на 22,5% і становив $0,48 \pm 0,04$ ($p < 0,05$).

Висновки. У жінок, вагітність яких настала на фоні нелікованого ХЕ, на початкових термінах має місце підвищення опору в спіральних артеріях матки. Застосування комплексного преконцепційного лікування ХЕ поліпшує стан ендометрію на час настання вагітності, покращує його імплантаційний потенціал, створює передумови для поліпшення інвазивних процесів в стінках спіральних артерій під час вагітності і, таким чином, полегшує формування низькорезистентного кровотоку в них. Це, в свою чергу, запобігає виникненню подальших змін, пов'язаних з кровопостачанням плідного яйця.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕГАБАЛІНУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Сидоренко А.

Науковий керівник: асистент Таран О.В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. У зв'язку з наростанням частоти та інтенсивності бойових дій актуалізується потреба медичної допомоги військовослужбовцям, які окрім лікування отриманих соматичних травм внаслідок бойових дій потребують корекції психоемоційного стану, порушення якого проявляються у вигляді нейропатичного болю (НБ), бойової психічної травми (БПТ) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Мета роботи. Оцінка ефективності анксиолітичної та анальгетичної дій прегабаліну.

Матеріали та методи дослідження. Прегабалін є синтетичним аналогом гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), яка виконує функцію гальмівного нейромедіатора в центральній нервовій системі. Фармакодинаміка препарату полягає у зв'язуванні з α_2 -дельта-протеїнами потенціалзалежних кальцієвих каналів в ЦНС, блокуючи виділення збудних медіаторів з пресинаптичної мембрани. Терапевтичний ефект вище зазначених механізмів забезпечує анксиолітичну, анальгетичну та протисудомну дії.

Було обстежено 24 пацієнти ортопедо-травматологічного відділення та відділення судинної хірургії КП "Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського" ПОР, яких було розділено на дві групи по 12 пацієнтів. Група дослідження в складі комплексної терапії отримувала щоденно *per os* по 75 мг прегабаліну 2 рази на добу.

Пацієнти групи контролю прегабалін не отримували. Паралельно всім пацієнтам було призначено декскетопрофен дозою 50 мг через кожні 8 годин. Інтенсивність болю визначалась за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Оцінка анкіолітичного ефекту прегабаліну проводилась за шкалою тривоги Гамільтона (HDRS).

Результати дослідження. Встановлено, що на фоні приймання прегабаліну інтенсивність больового синдрому у пацієнтів протягом 2-го та 3-го дня після оперативного втручання по шкалі ВАШ була вірогідно нижчою і склала $2,6 \pm 0,2$ бали та $2,2 \pm 0,1$ бали проти $3,8 \pm 0,8$ балів, та $3,2 \pm 0,2$ балів у групі контролю ($p < 0,001$). Протягом першого тижня приймання препарату вираженість тривоги у пацієнтів групи дослідження зменшилась на 32% (3-4 бали) проти базового рівня (8-13 балів) за шкалою тривоги Гамільтона. У порівнянні між групами показники тривоги становили: $8,12 \pm 0,4$ в групі дослідження проти $11,34 \pm 0,6$ в групі контролю.

Висновки. Використання прегабаліну в складі комплексної знеболювальної терапії значною мірою забезпечує анкіолітичний та покращує анальгетичний ефект у пацієнтів з післяопераційним больовим синдромом та бойовою психічною травмою.

ЦЕНТРАЛЬНИЙ ПОНТИННИЙ МІЄЛНОЛІЗ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Сингаївський А., Кирилович Р., Панасенко Є., Коваль Д., Гмиря К., Андрющенко С., Семітко К.

Науковий керівник: доцент Пурденко Т.Й.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Епідемічна ситуація ВІЛ інфекції є актуальною проблемою як у світі, так і в Україні. Центральний понтинний мієліноліз (ЦПМ) – це рідкісна форма демієлінізуючого процесу в ділянці мосту мозку, яка виникає як ускладнення швидкої корекції гіпонатріємії у хворих на хронічний алкоголізм та при недостатності харчування.

Мета. Ознайомитись з особливостями клінічного перебігу ЦПМ у ВІЛ-інфікованих осіб.

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

Пацієнтка Л., 42-х років, безробітна, звернулася зі скаргами на двоїння в очах, оніміння та слабкість у лівих кінцівках, виражену хиткість та порушення координації, особливо в темряві, утруднену

мову, зниження пам'яті, зниження ваги, загальну слабкість. З анамнезу: хворіє близько місяця. За два дні до госпіталізації відмітила підсилення вищеперерахованих скарг.

У неврологічному статусі: пацієнтка зниженого живлення. Виражений парез VI пари OS, помірний – OD. Вертикальним ністагм із ротаторним компонентом з двох сторін. Диплопія. Дизартрія. Лівобічний центральний помірний геміпарез. Симптом Марінеску-Радовічі (+) з двох сторін. Елементи насильницького плачу. Координаторні проби виконує з дисметрією та інтенцією з двох сторін, вираженою в лівих кінцівках. У позі Ромберга – виражена хиткість, що посилюється при закриванні очей. Хвора астенозована, тривожна, не критична до власного стану. MMSE – 27 балів.

У біохімічному аналізі крові – гіпоальбумінемія. Сіто тест на наявність антитіла до ВІЛ (взято тричі) – позитивний. За даними МРТ головного мозку: понтинний мієліноліз у ділянці моста мозку. К. інфекціоніста – ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія.

Враховуючи дані анамнезу, клініко-неврологічного та параклінічного досліджень встановлено діагноз: ЦПМ з помірним спастичним геміпарезом, окоруховими розладами з диплопією, легким псевдобульбарним синдромом, вираженим вестибуло-мозочково-атактичним синдромом, легкими когнітивними розладами. Призначено лікування: пульс-терапія солу-медролом, мільгама, фармаліпон, акріптега, ЛФК. Хворій рекомендовано подальше лікування в обласному центрі профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД.

Висновки. Гіпотетично гіпоальбумінемічний стан сприяє розвитку ЦПМ. Однак, це може бути перш за все маркером тяжкого захворювання, ніж причинним фактором. Клінічний випадок розширює знання про клінічні прояви ЦПМ у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією та спонукає обстежувати пацієнтів на наявність ВІЛ-інфекції для призначення антиретровірусного лікування та попередження ускладнень.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ АПЕНДЕКТОМІЇ У ДІТЕЙ

Соколенко Д.

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.М.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема гострого апендициту в педіатричній практиці залишається надзвичайно актуальною, що пов'язано з

високою частотою патології, великою кількістю оперативних втручань у порівнянні з іншими нозологіями. Метод лікування – лапароскопічна чи відкрита апендектомія – залишається питанням вибору, хоча міжнародні рекомендації зазначають що обидва методи є обґрунтованими в хірургічному лікуванні гострого апендициту.

Мета дослідження. Проаналізувати результати лікування при використанні різних способів видалення апендикса.

Методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 127 дітей з різними формами гострого апендициту віком від 2 до 18 років. У 75 дітей апендектомія виконана лапароскопічно за допомогою лапароскопічного обладнання «Richard Wolf», призначеного для дитячого віку. У 52 дітей проведено відкриту апендектомію.

Основні результати. Апендектомія ендоскопічно традиційно виконувалася лігатурним способом. На основу апендикса накладалася петля Редера, занурення куки не проводилося. Ускладнень пов'язаних з таким способом обробки куки апендикса в ранньому та пізньому післяопераційному періоді не спостерігалось. Це дозволило відмовитися від кисетного способу апендектомії та при відкритому методі оперативного втручання. У 20 дітей виконано відкриту апендектомію лігатурним способом, у 27 – кисетним способом. Кількість гнійно-септичних ускладнень в обох групах достовірно не відрізнялась. Також використання лігатурного способу усуває небезпеку деформації баугінієвої заслінки, яка у дітей знаходиться близько до основи апендикса. У 5 дітей при незначних змінах в апендиксі була виконана інвагінаційна апендектомія, перевагою якої є асептичність. Лапароскопічна апендектомія забезпечила значні переваги порівняно з відкритою, включаючи коротшу тривалість перебування в стаціонарі, менший післяопераційний біль, більш раннє післяопераційне відновлення та нижчий рівень ускладнень.

Висновок. Лапароскопічна апендектомія є пріоритетним методом в лікуванні гострого апендициту у дітей. При виконанні відкритої апендектомії кисетний спосіб не має переваг перед лігатурним за частотою виникнення гнійно-септичних ускладнень.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БОРТЕЗОМІБ- ТА ТАЛІДОМІДВІСНИХ СХЕМ У ЯКОСТІ ПЕРШОЇ ТА ДРУГОЇ ЛІНІЇ ХІМІОТЕРАПІЇ СИМПТОМАТИЧНОЇ МНОЖИННОЇ МІЄЛОМИ

Стаднік Є.

Науковий керівник: доцент Маслова Г.С.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Основним методом лікування множинної мієломи (ММ) є хіміотерапія (ХТ). З метою лікування симптоматичної ММ призначають режими, що включають талідомід (СТД – циклофосфамід, талідомід, дексаметазон) та бортезоміб (VRD – бортезоміб, леналідомід, дексаметазон, VCD – бортезоміб, циклофосфамід, дексаметазон).

Мета. Дослідити ефективність талідомід- та бортезомібвмісних схем у якості ХТ I і II лінії у хворих на ММ.

Методи дослідження. Було обстежено 33 хворих на ММ, які проходили специфічну терапію на базі гематологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» за період з 2016 по 2020 роки з ПА-IIIБ стадіями за Durie-Salmon. Пацієнти були розподілені на групи: I група (n=16) – хворі, які отримували ХТ із бортезомібом (VCD, VRD) II група (n=17) – хворі, які отримували ХТ з талідомідом (СТД). Пацієнти були обстежені до ХТ та після 4-х курсів ХТ. Оцінювали відповідь на ХТ, показники загального та біохімічного аналізу крові, рівня моноклонального парапротеїну сироватки крові та сечі.

Основні результати. Проведення ХТ, досягнення дуже доброї часткової відповіді, часткової відповіді та стабілізації захворювання супроводжувалось зниженням рівню М-градієнту крові у хворих I і II груп на 67,5% та 80,6% відповідно ($p<0,05$) без достовірної різниці у групах порівняння. Показник М-протеїну сечі у пацієнтів обох груп зменшився на 97,3% та 94,24% відповідно ($p<0,05$). На фоні застосування бортезомібвмісних програм ХТ (VCD, VRD) у хворих на ММ загальна відповідь склала 80% (12/15), на тлі талідомідвмісної схеми ХТ (СТД) – 81,5% (13/16). Факторами ризику недосягнення відповіді як на схеми VCD, VRD, так і на схему СТД ХТ є IIIA і IIIB стадія ММ за Durie- Salmon. Застосування талідомідвмісних схем у якості терапії II лінії дозволяє отримати загальну відповідь у 25% хворих, а бортезомібвмісних схем – у 83,3% пацієнтів (RR=2,50; 95%

CI 0,48-12,88; $p > 0,05$). Бортезомібвмісні схеми ХТ підвищували ймовірність отримання відповіді на ХТ за умов ММ IgG-лямбда та IgA-каппа (RR=2,00; 95% CI 0,75-5,33; $p > 0,05$), а талідомідвмісні – на фоні ММ IgG-каппа (RR=1,31; 95% CI 0,77-2,23; $p > 0,05$). Бортезоміб- і талідомідвмісні схеми ХТ володіють високим профілем безпеки.

Висновки. Бортезомібвмісні схеми у якості II лінії ХТ ММ володіють більшою ефективністю порівняно із талідомідвмісними схемами.

ЗАГАЛЬНА ЕЛЕКТРОМАГНІТНА ПОТУЖНІСТЬ СЕРЦЯ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ПОКАЗНИК ОЦІНКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Стаднік Є, Коваленко А., Мякота О., Карабут Я., Задорожній О., Радько Д.

Науковий керівник: асистент Корпан А.С.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Раптова кардіальна смерть залишається лідером серед причин смерті, тому своєчасний прогноз електричної нестабільності серця, що лежить в основі аритмогенних механізмів раптової серцевої смерті залишаються безумовно актуальним.

Мета: дослідити загальну електромагнітну потужність серця у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) для оцінки ризику серцевої смерті.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 46 хворих. У відповідності до клінічної класифікації ішемічної хвороби серця (ІХС), пацієнти були розділені на дві групи: I група – гострий інфаркт міокарда (підгостра стадія) – 22 пацієнта (15 (68%) чоловіки; медіана віку – 61(38;80) роки). II група – стенокардія напруги (ФК II-III) – 24 пацієнта (17 (70%) чоловіки; медіана віку – 62(44;86) роки). За допомогою апаратно-програмного комплексу Полі-спектр (Нейрософт) всім хворим було виконано реєстрацію короткого запису варіабельності ритму серця (КЗВРС) з подальшою оцінкою параметру спектрального аналізу: потужність усіх хвиль/Total power (TP, mc^2). Ризик смерті низький за $\text{TP} > 2500 \text{ mc}^2$; ризик смерті помірний за $\text{TP} - 1500-2500 \text{ mc}^2$, ризик смерті високий за $\text{TP} - 1000-1500 \text{ mc}^2$ ризик смерті дуже високий $\text{TP} < 1000 \text{ mc}^2$.

Основні результати. У всіх хворих на ІХС спостерігалось зниження інтегрального показника (TP) від норми, що засвідчило пригнічення енергетичної потужності серцевої діяльності – енергодефіцит

серцевого м'язу: при цьому зареєстровано помірне зниження (TP у межах 700-1500 мс²) – 8 (36%) хворих I групи та у 14 (58%) – II групи; значне зниження (TP у межах 300-700 мс²) реєструвалося у 10 (45%) хворих I групи та у 10 (41%) – II групи; дуже значне (TP<300 мс²) – 3 (13%) пацієнтів I групи та у 1 (4 %) пацієнта II групи.

Висновок. На основі аналізу отриманих результатів загальної електромагнітної потужності серця можна стверджувати, що у всіх хворих на ІХС, відзначались знижені рівні інтегрального показника із підвищеним ризиком смерті, а хворі із дуже низьким рівнем TP повинні розцінюватись як такі, що потребують особливої уваги лікарів на предмет ризику виникнення фатальних порушень ритму.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТАКРОЛІМУСУ ТА ПІМЕКРОЛІМУСУ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСЕМІНОВАНОЇ ФОРМИ КІЛЬЦЕПОДІБНОЇ ГРАНУЛЬОМИ

Стеценко С.

Науковий керівник: доцент Васильєва К. В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Кільцеподібна гранульома – захворювання нез'ясованої етіології. Дане захворювання є поліетіологічним, при цьому певну роль у його розвитку відводять цукровому діабету, туберкульозу, саркоїдозу, ревматизму, а також ендокринним порушення і тривалому прийому лікарських препаратів.

Дисемінована або генералізована кільцевидна гранульома є більш поширеною. Папули можуть зростися, утворюючи кільцевидні ураження кінцівок, тулуба та шиї. Ці ураження можуть зберігатися протягом трьох-чотирьох років або довше.

Метою роботи. Дослідження ефективності лікування при використанні такролімусу та пімекролімусу в лікуванні кільцевидної гранульоми та їх порівняльна характеристика.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 8 пацієнтів віком від 35 до 55 років з дисемінованою формою кільцеподібної гранульоми, з переважною локалізацією висипів на шкірі верхніх та нижніх кінцівок у вигляді поширених дрібних (0,1-0,5 см в діаметрі) щільних, кулеподібних, дещо сплосчених блискучих вузликів рожевого кольору зі схильністю до злиття. Тривалість захворювання становила від 8 місяців до 1,5 року.

У ході дослідження пацієнтів було розподілено на 2 групи порівню, яким призначали місцево такролімус 0,1% у формі мазі (Протопік) та пімекролімус 1% крем (Елідель) відповідно. Протопік застосовували двічі на день протягом восьми тижнів, в той час як Елідель – 2 рази на день протягом 12 тижнів. Обидві групи пацієнтів добре переносили лікування даними препаратами. По завершенню термінів прийому лікарських засобів з групи пацієнтів, що використовували Протопік лише двоє з п'яти отримали позитивний результат, а саме – загоєння запалення. Проте, відмічали побічні реакції: печіння, свербіж.

При оцінці результатів другої групи, що застосовували місцево 1% мазі пімекролімусу результати маємо дещо кращі. У всіх пацієнтів відмічалось часткове одужання з подальшою позитивною динамікою. Зазначимо те, що при цьому побічні реакції були повністю відсутні.

Висновок. За даними досліджень встановлено, що 1% пімекролімус є більш ефективним. Незважаючи на тривалий час використання (12 тижнів) препарат ефективно діє при лікуванні дисемінованої форми кільцеподібної гранульоми на відміну від такролімусу 0,1% у формі мазі.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНСОМНІЇ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ З РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ У ХВОРИХ НА COVID-19

Фам Гуан Ань

Наукові керівники: професор Тарасенко К.В., асистент Бодулев О. Ю.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Гостра респіраторна вірусна хвороба COVID-19 має найрізноманітніші прояви. Захворювання є політропним, вражаючи практично усі органи та системи організму. Одним із синдромів, який потребує негайної корекції у хворих на COVID-19 є гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС), який може мати як класичний перебіг, так і безсимптомний, у вигляді «щасливої гіпоксії».

На фоні ГРДС не слід забувати про супутні патології та ускладнення, особливо враження мозку, про що свідчать когнітивні порушення та розвиток інсомнії, тобто про комбінований характер, а саме вплив самого вірусу на головний мозок, та розвиток гіпоксії. За даними досліджень у Великій Британії, рівень інсомнії зріс у 1,5 рази

під час перебігу COVID-19, що може призводити до погіршення якості життя та стану пацієнтів, особливо у психологічному плані, а також може сприяти розвитку когнітивних порушень.

Мета роботи. Дослідити взаємозв'язок розвитку та ступенів когнітивних порушень з інсомнією та ГРДС у пацієнтів з COVID-19.

Матеріали та методи. Для даного дослідження було проведено анкетування за двома шкалами Athens Insomnia Scale (AIS) та Mini-Mental State Examination (MMSE) серед 167 хворих, яким було поставлено діагноз: гостра респіраторна хвороба COVID-19 на основі ПЛР тесту. Серед пацієнтів було 79 жінок (47,3%), 88 чоловіків (52,7%).

Результати дослідження. Хворих було поділено на групи за типом респіраторної підтримки, серед них 69 (41,3%) на оксигенотерапії зволоженним киснем через лицеву маску та 60 (35,9%) на неінвазивній вентиляції (NIV), за контрольну групу було взято 38 (22,8%) хворих без кисневої підтримки з середнім перебігом тяжкості.

Кореляційний зв'язок між AIS та MMSE становить 0,2 (слабкий позитивний), між AIS та респіраторною підтримкою 0,3 (слабкий позитивний), кореляція між MMSE та респіраторною підтримкою 0,3 (слабкий позитивний).

Висновок. Таким чином, спостерігається слабка кореляція між ступенем тяжкості респіраторних порушень та інсомнією і когнітивною дисфункцією. Крім того, виявляється слабкий зв'язок між порушенням сну та когнітивних процесів, що свідчить про неспецифічне враження мозку.

МОДИФІКОВАНА СХЕМА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ МАСТОЇДИТУ

Франчук А., Чемерис Н.

Науковий керівник: к.мед.н. Безега М.І.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Однією з розповсюджених причин, що може призвести до погіршення слуху, є гостре захворювання середнього вуха, яке складає близько 28-35% серед хвороб ЛОР органів. Основним в етіології виникнення гострого середнього отиту є не тільки віруси, а також приєднання бактеріальної мікрофлори, але саме вірусам належить роль пускового механізму у виникненні запалення.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування пацієнтів на гострий мастоїдит шляхом комплексної консервативної

терапії, короткотермінового тимпанального шунтування та малоінвазивної ендоскопічної тунельної антротомії.

Матеріали і методи дослідження. На базі ЛОР відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» було обстежено та проліковано 42 хворих на гострий середній отит, ускладнений мастоїдитом за період 2022-2023 роки. Досліджуваних хворих було поділено на 2 групи. Пацієнти I групи (n=15) отримували традиційне консервативне лікування з парацентезом барабанної перетинки, у разі неефективності стандартного лікування, що визначалось на 5 добу за даними КТ, їм проводилось антромастоїдотомія. Пацієнтам II групи (n=27) традиційна терапія доповнена протівірусними препаратами та раннім короткотривалим шунтуванням (РКТШ) барабанної порожнини, у разі неефективності якої виконували ендоскопічну тунельну антротомію. Системна антибіотикотерапія призначалась усім пацієнтам згідно існуючих протоколів лікування. У пацієнтів обох груп збирали анамнез, проводили об'єктивне дослідження, що обов'язково включало ендоскопію, комп'ютерну томографію соскоподібних відростків, аудіологічне дослідження.

Основні результати. У ході нашого дослідження було розроблено та впроваджено методика визначення індексу пневматизації клітин соскоподібного відростку та барабанної порожнини. Показником, що свідчить про ефективність лікування є динаміка індексу пневматизації є співвідношення пневматизованих до апневматизованих клітин соскоподібного відростка.

Серед пацієнтів I групи, пролікованих за класичною методикою, після визначення індексу пневматизації соскоподібного відростка за даними контрольної КТ соскоподібного відростка на 5 добу, показання до операції були визначені у 10 осіб та у 7 пацієнтів II групи. Таким чином, раннє призначення протівірусних препаратів в комплексі з РКТШ у пацієнтів II групи статистично достовірно зменшила відсоток хірургічної активності у пацієнтів з гострим середнім отитом ускладненим мастоїдитом з 66,7% до 25,9 %.

Висновки. Основним результуючим підсумком нашого дослідження було визначення стану необхідності переходу до активних хірургічних втручань. Критерієм такого переходу були дані лабораторних методів дослідження, динаміки індексу пневматизації соскоподібних відростків та перебігу клінічної картини.

ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПЕРЕВАГ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ЯК СУЧАСНОЇ ТА ЕФЕКТИВНОЇ МЕТОДИКИ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН В ПОРІВНЯННІ З КЛАСИЧНИМ СТРИПІНГОМ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПАЦІЄНТІВ

Федосова Я.

Науковий керівник: асистент Заєць С.М., асистент Прихідько Р.А.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Варикозна хвороба (ВХ) – це одне з найбільш поширених судинних захворювань на сьогодні. Недостатність венозних клапанів – є основою розвитку ВХ та, за статистикою, наявна у 15-47% жінок і 12-31% чоловіків. До широкого спектру патологічних проявів при ВХ належать: набряк, дискомфорт та важкість при ходьбі та біль у ногах. Також, вчасно нелікована ВХ може призводити до низки ускладнень: тромбофлебиту підшкірних вен та тромбозу глибоких вен, трофічних виразок нижніх кінцівок, дерматосклерозу та інших. У переважній більшості випадків (>70%), причиною вищеописаного стану є клапанна недостатність сафено-фemorального гирла (СФГ), а також дисфункція клапанів та патологічний рефлюкс крові в басейні великої підшкірної вени (ВПВ). На сьогоднішній день, слід надавати перевагу хірургічному методу лікування.

Еталонний метод малоінвазивного лікування – ендовенозна лазерна коагуляція (ЕВЛК), разом із діодними світловодами, яка має характеристики високої результативності та може скласти конкуренцію перед класичним стріпінгом ВПВ.

Мета роботи. Проаналізувати, оцінити переваги ЕВЛК у порівнянні з класичним методом стріпінгу ВПВ у післяопераційному періоді пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. Було проведено аналіз 30 пацієнтів (у віковому діапазоні від 28 до 62 років) з діагнозом «Варикозне розширення підшкірних вен з басейну ВПВ». Контрольну групу склали 15 пацієнтів, яким була проведена класична венектомія, що включала в себе: виконання кросектомії, застосування зонда «Vabsock» та подальший стріпінг ВПВ, видалення комунікантних вен за методом Нарата, перев'язку перфорантних вен. У основній групі 15 пацієнтів проводили лазерну коагуляцію стовбуру ВПВ з використанням діодного світловоду 1470 нм. ЕВЛК проводилось за

допомогою універсального лазерного коагулятора «ЛІКА-ХІРУРГ», частота хвилі 1470 нм, потужність 10 Вт, режими (постійний та імпульсний), світловод – радіальний. З метою захисту навколишніх тканин від пошкодження термічним впливом лазерного випромінювання, проводили під тумесцентною анестезією. Ефективність лікування оцінювали з урахуванням об'єктивних та суб'єктивних даних.

Результати дослідження. Виявлено задовільний результат при кожному з методів операційної тактики лікування ВХ. За результатами дослідження встановлено, що у пацієнтів, яким виконано ендovenозну лазерну коагуляцію (ЕВЛК) з використанням діодного світловоду, больовий синдром триває в середньому на 60% менше, ніж у пацієнтів, які були прооперовані за методикою класичного стріпінгу. Перебування у стаціонарі контрольної групи в середньому більш тривале на 20%, ніж у основної групи. А також, зменшення кількості гематом, кращі естетичні результати, більш короткий період післяопераційного відновлення – спостерігались саме у пацієнтів після ЕВЛК.

Висновок. Проаналізувавши показники, які були вказані вище, ми визначили, що післяопераційний період у пацієнтів, яким була проведена венектомія за методом ЕВЛК, проходив значно краще, ніж у пацієнтів, яким була проведена венектомія за методом класичного стріпінгу.

Дивлячись на вищевказані показники, в сучасних умовах пацієнтам з варикозним розширенням поверхневих вен рекомендована венектомія за методом ЕВЛК.

ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕРОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

Халява В., Кравченко О., Коваленко І., Шеванов Б., Балко О., Ільченко Н.

Науковий керівник: доцент Павленко С.М.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Частота переломів стегнової кістки в усьому світі сягає приблизно 15-45% у структурі всіх зафіксованих переломів. Переломи стегнової кістки, особливо її проксимального відділу, є найбільш складними за медико-соціальними та іншими наслідками серед переломів кісток нижньої кінцівки.

За даними літератури, значення реабілітаційного періоду після оперативного лікування переломів стегнової кістки для отримання позитивного результату складає до 60%. Вирішальну роль має

комплексний підхід до післяопераційного відновлення при врахуванні усіх можливих модифікуючих факторів.

Мета. Дослідити особливості функціонального режиму лікування хворих з переломами проксимального відділу стегна у післяопераційному періоді.

Методи дослідження. Досліджено результати лікування 44 хворих, що оперовані з приводу перелому проксимального відділу стегнової кістки. Середній вік пацієнтів становив 72,4 роки, переважали жінки (77,3%).

До груп порівняння відносили пацієнтів з переломами шийки стегнової кістки, яким було виконано ендопротезування кульшового суглобу – I група (12 пацієнтів) та з переломами вертлюгової ділянки, яким виконано інтрамедулярний блокований остеосинтез стегнової кістки – II група (32 пацієнта). Оцінка післяопераційного болю проводилась за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Ступінь функціональної активності оцінювали за шкалою Fracture Mobility Score.

Основні результати. На фоні адекватного післяопераційного знеболення показники оцінки болю за ВАШ в обох клінічних групах практично не відрізнялись і дорівнювали близько 3 балів. Більшість пацієнтів сідали на 1 добу, вертикалізувались на 3 добу після операції.

У залежності від моделі протезу чи типу блокування при остеосинтезі 91% хворих мали можливість дозованого навантаження на оперовану кінцівку ще в умовах стаціонару. До зняття швів 70% пересувались по палаті за допомогою ходунків. Термін перебування у стаціонарі у першій та другій клінічних групах склав 12,2 та 12,6 ліжкоднів відповідно. На момент виписки результати лікування у 100% хворих були оцінені як добрі та відмінні.

Висновки. Методика функціонального післяопераційного лікування обирається з урахуванням локалізації та типу перелому, виду проведеного хірургічного втручання та соматичного статусу пацієнта. Функціональні можливості пацієнтів після ендопротезування медіальних переломів практично не відрізняються від результатів лікування латеральних переломів методом блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ КЛАСИЧНОЇ ТА ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЙ

Цихацький А.

Науковий керівник: доцент М. Кравців, асистент Є. Зезекало

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий апендицит – гостра хірургічна патологія черевної порожнини, яка характеризується асептичним запаленням червоподібного відростка. Гострий апендицит є найпоширенішою патологією органів черевної порожнини в ургентній хірургії, після гострого холециститу та складає близько 10-15% усіх захворювань. За класифікацією, гострий апендицит поділяється на катаральний, флегмонозний та гангренозний, який ускладнюється перфорацією, абсцедуванням, пілефлебітом тощо. Єдиним способом лікування гострого апендициту є хірургічний. У зв'язку з поширеністю мінінвазивних методів оперативного лікування, більшість хірургів відійшли від класичних способів проведення операції та надають перевагу малоінвазивній хірургії, що обумовлено низкою переваг, таких як – скороченням післяопераційного періоду, менш вираженим больовим синдромом тощо.

Мета. Порівняти ступінь вираженості больового синдрому у хворих, яким виконувалась класична апендектомія та відеолапароскопічна, для покращення якості надання невідкладної хірургічної допомоги.

Матеріали і методи. Нами було оцінено післяопераційний період 54 пацієнтів, які лікувалися на базі хірургічного відділення №2 КП «2 міська клінічна лікарня ПМР» в період з 2021 по 2022 роки з діагнозом гострий флегмонозний апендицит. Пацієнтів було поділено на 2 групи: основна (I група) – в яку входило 27 хворих (50%) виконувалась відеолапароскопічна апендектомія з обробкою брижі апендикса за допомогою біполярного дисектора та контрольна (II група) – 27 хворих (50%), до яких був застосований класичний варіант операції з лігуванням брижі відростка. Ступінь вираженості больового синдрому ми оцінювали використовуючи шкалу болю ВАШ.

Результати дослідження. У ранній післяопераційний період у пацієнтів I групи ступінь вираженості больового синдрому оцінювався в 2-3 бали за шкалою, в той час, як у пацієнтів II групи – 4-5 болів. Післяопераційний період в усіх пацієнтів обстежених груп пройшов без ускладнень. Середня тривалість перебування пацієнтів I групи у

стаціонарі – 3-4 дні, II групи – 5-6.

Висновки. Таким чином, проаналізувавши післяопераційний період пацієнтів обох груп дослідження, встановили, що больовий синдром в основній групі менш виражений, що обумовлює меншою травматизацією тканин у ході оперативного втручання, та некрозом *pervus appendicularis* під дією діатермокоагуляції, у порівнянні з класичним способом, де нерв червоподібного відростка підлягає постійній компресії лігатури, що посилює больові відчуття у пацієнтів.

АНАЛІЗ СПЕКТРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОТКОГО ЗАПИСУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Чайковська Ю., Крамаренко А., Бутиріна І., Матрунич Д., Боряк В., Назаров Н.

Науковий керівник: асистент Корпан А.С.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) високий ризик розвитку ІХС, так як дисфункція ендотелію та ремоделювання судин неухильно прогресують навіть при стабільному перебігу ХОЗЛ, сприяючи розвитку та прогресуванню коронарної патології.

Метою дослідження стало вивчення показників короткого запису варіабельності серцевого ритму в пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень та ішемічною хворобою серця.

Матеріал і методи дослідження. За допомогою апаратно-програмного комплексу Полі-спектр проведено реєстрацію і аналіз короткого запису варіабельності ритму серця було обстежено 47 хворих, які були розділені на дві групи. Перша група складалася з 26 пацієнтів з верифікованим діагнозом ХОЗЛ II-III стадії (основна група) у поєднанні з ІХС. Друга група складалася з 21 пацієнта з діагнозом ХОЗЛ II-III без ІХС. Середній вік склав $49,7 \pm 4,3$ р. Групи були співставні за віком та статтю. Аналізували спектральні показники – сумарна потужність спектра (TP); LF (m^2) – низькочастотний компонент спектра, який характеризує симпатичну активність; VLF (m^2) – дуже низькочастотна складова спектру, що відображає центральний енерготропний внесок; HF (m^2) – 0 високочастотна складова спектра,

що відповідає рівню активності парасимпатичної ланки регуляції; LF/HF – співвідношення низькочастотного спектра до високочастотного спектра (симпато-вагального балансу).

Основні результати. Коморбідний перебіг ХОЗЛ та ІХС супроводжувався більш суттєвим пригніченням ВСР із зменшенням показника загальна електромагнітна потужність серця: $TP = 931,8 \pm 710,4$ проти 1853 ± 310 ms^2 та високочастотних коливань HF = $205,7 \pm 261,8$ ms^2 проти 844 ± 545 ms^2 , збільшення низькочастотних коливань LF = 724 ± 505 ms^2 проти $198,9 \pm 191,7$ ms^2 порівняно з групою хворих на ХОЗЛ без ІХС; вірогідно зростало відношення LF/HF до $3,5 \pm 0,9$ у.о в порівнянні з другою групою хворих.

Висновки. При коморбідному перебігу ХОЗЛ та ІХС з боку показників ВСР спостерігається зниженням загальної електромагнітної потужності серця, вегетативним дисбалансом із суттєвою активацією симпатичної ланки. Таким чином, аналіз спектральні показників ВРС може бути рекомендований для раннього скринінгу захворювань серцево-судинних захворювань у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень.

Секція «СТОМАТОЛОГІЯ»

КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Алфьоров А., Абдельмаджид А.

Наукові керівники: професор Скрипников П.М., асистент Хавалкіна Л.М.
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Значна кількість наукових робіт присвячена питанням ранньої діагностики захворювань тканин пародонту у хворих молодого віку. Для цього існує велика кількість клінічних досліджень, але є методика, що дає можливість бачити тканини у тривимірному зображенні, області яка досліджується, при цьому доза опромінення є мінімальною – це конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ).

Метод заснований на комп'ютерній обробці даних отриманих рентгенологічно і нерівномірного поглинання тканин при застосуванні скануючої методики. Переваги КТ – денситометричне визначення стану пародонтальних тканин (кісток щелеп), об'ємне зображення, а також можливість вивчення показників щільності тканини на вивчаємій ділянці (гістографічне дослідження). Томографія дає можливість визначити ізольовано щільність кісткової речовини (кортикальної пластини). На результати дослідження не впливають оточуючі тканини.

Резорбція альвеолярного відростка щелеп є одним із показників для визначення ступеня патологічних змін у пародонті. Але на панорамному або внутрішньоротовому прицільному знімку виявити зміни у вестибуло-оральному напрямку ускладнено за рахунок того, що відбувається перекривання тінню зубів, що не дає змоги провести точну діагностику змін у тканинах пародонту.

Мета. Рання оцінка резорбції альвеолярного відростка опорного зуба у пацієнтів молодого віку, що користуються конструкціями з металокераміки за даними КПКТ у порівнянні з ортопантомографією.

Методи дослідження. Нами використовувалась програма

EzD2009 і базовий інтерфейс, для роботи в опції MPR (multiplanar reformation) – мультипланарна візуалізація трьохплощинного зображення. Для детального вивчення об'єкту ми застосовували функцію TH-регулювання товщини виділеного шару 0.01 мм-5.0 см. У результаті отримали зонографічне зображення опорних зубів.

У роботі проаналізовано резорбцію в ділянці 60 зубів, на яких тримались металокерамічні протези. Пацієнти користувались конструкціями 3-5 роки, вік досліджуваних становив 35-40 років.

Основні результати. Значення обстежуваного показника з медіальної сторони складало мінімально 0,9 мм та максимумно 9,3 мм, з дистальної – 0,7 та 7,1 мм, з вестибулярної – 0,3 та 7,7 мм, з оральної – 0,6 та 9,2 мм відповідно.

Середнє значення резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка з медіальної сторони складало $1,84 \pm 0,23$ мм, дистальної – $1,49 \pm 0,17$ мм, з вестибулярної – $2,87 \pm 0,20$ мм, з оральної $2,88 \pm 0,22$ мм.

Результати які ми отримали використовуючи КПКТ вказують на суттєву резорбцію кісткової тканини альвеолярного відростка щелепи із різницею показників з медіальної, дистальної та вестибуло-оральної сторін. Подальше детальне вивчення цього показника є достовірним фактором в діагностиці змін у пародонті у пацієнтів із незнімними металокерамічними конструкціями, що дозволяє нам виявити більш виражені зміни на різних поверхнях навколо зуба.

Порівняння даних комп'ютерної томографії (КТ) і ортопантомографії (ОПТГ) показало, що об'ємне зображення значно візуалізує рентгенологічне зображення при захворюваннях пародонту за рахунок визначення стану альвеолярних паростків в будь-якому відділі щелеп. Тільки за даними КТ можлива об'єктивне визначення стану кісткової тканини у всіх ділянках і напрямках.

Висновки. Результати, які ми отримали використовуючи КПКТ, вказують на суттєву резорбцію кісткової тканини альвеолярного відростка щелепи із різницею показників із медіальної, дистальної та вестибуло-оральної сторін. Подальше детальне вивчення цього показника є достовірним фактором у діагностиці змін у пародонті у пацієнтів із незнімними металокерамічними конструкціями, що дозволяє нам виявити більш виражені зміни на різних поверхнях навколо зуба.

СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Велічук А.

Науковий керівник: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У 56-75% хворих спостерігається вовчаковий “метелик” – це ізольовані чи зливні еритематичні плями різних контурів та величини, що різко обмежені від здорової шкіри. Розташовуються на спинці носа, щоках, вилицях. Перші ознаки захворювання хворі часто пов’язують з тривалим перебуванням на сонці в літній період, перепадами температури під час під час купань в річці, озері, морі або з вживанням косметичних кремів, мазей чи медикаментів. Також системний червоний вовчак може проявлятися ураженням слизових оболонок ротової порожнини: енантемою твердого піднебіння, стоматитом, афтами, ангулярним хейлітом.

Системний червоний вовчак (СЧВ) – це системне захворювання сполучної тканини, яке розвивається на основі генетично зумовленої недосконалості імунорегуляторних процесів, що призводить до утворення безлічі антитіл до власних клітин і їх компонентів та виникнення імунотоксичного запалення, наслідком якого є ураження багатьох органів і систем (Коваленко В.М., Шуба Н.М., 2004).

Фактори, що впливають на розвиток СЧВ: генетична схильність, інфекції, статеві гормони і фактори довкілля.

В основі розвитку СЧВ – втрата імунологічної толерантності, поліклональна В-лімфоцитарна активація та продукція антитіл, що реагують із широким спектром аутоантигенів і зумовлюють полісистемний характер патологічного процесу (Дядик А.И., Багрий А.Э., 2003; D’Cruz D.P. et al., 2007). Основними патологічними рисами СЧВ є запалення, аномалії кровоносних судин, зокрема оклюзивна васкулопатія, васкуліт і відкладання імунних комплексів. Найбільш специфічні патогістологічні для СЧВ зміни виникають у нирках і проявляються проліферацією мезангіальних клітин, запаленими аномаліями базальної мембрани, нагромадженням імунних комплексів, до складу яких входять імуноглобуліни та компоненти комплекменту.

Мета дослідження. Дослідження клінічного випадку та підвищення рівня первинної діагностики стоматологічних пацієнтів з дефектами шкірних покривів та з патологіями слизової оболонки порожнини рота, для встановлення вірного діагнозу.

Червоний системний вовчак – системне захворювання, яке

вважає серцево-судинну систему, дихальну систему, видільну систему тощо, без своєчасного та адекватного лікування може призвести до летального випадку.

Методи дослідження. Пацієнтка М., 36 років, звернулася на кафедру післядипломної освіти лікарів стоматологів зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла до 38°C, набряклість (вранці, проходить через кілька годин) та почервоніння обличчя, на біль на слизовій поверхні щоки зліва.

Анамнез захворювання: рік тому консультиувалася у лікаря-ревматолога з приводу болю у кисті лівої руки. Супутній діагноз: артрит кистей рук. Отримала лікування.

Об'єктивно: на шкірі спинки носа, підочних і щічних ділянок з обох сторін розташована еритема обличчя з чіткими межами у вигляді "метелика". Відкриття рота вільне. На слизовій оболонці щоки зліва, на рівні лінії змикання зубів, наявні три ерозії діаметром до 5 мм.

Проведено лабораторне дослідження. Загальний аналіз крові: лейкопенія ($3,3 \cdot 10^9$), підвищення ШОЕ (26 мм/год).

Аналіз крові на антитіла: наявні аутоантитіла ANA і аФЛ (анти-нДНК і анти-Sm).

На основі отриманих результатів лабораторних методів дослідження – лейкопенія ($3,3 \cdot 10^9$), підвищення ШОЕ 26 мм/год, аналізу крові на антитіла – наявні аутоантитіла ANA і аФЛ (анти-нДНК і анти-Sm), при огляді виявлені специфічні шкірні прояви обличчя – еритема з чіткими межами у вигляді "метелика" є можливість встановити попередній діагноз – системний червоний вовчак.

Хворій проведено місцеве лікування – антисептична обробка ерозій 0.002% розчином хлоргексидину та призначено Холісал-гель 3 р/д наносити на ерозії тонким шаром протягом 5 днів. Пацієнтку направлено на консультацію до лікаря ревматолога.

Висновок. Досліджено хвору з попереднім діагнозом – системний червоний вовчак, проаналізовані клінічні прояви на шкірі та результати додаткових досліджень, що дало змогу виявити дане захворювання і направити пацієнтку до вузького спеціаліста для уточнення діагнозу і лікування основного захворювання.

ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РІЗНИХ ФОРМ ЗАХВОРЮВАННЯ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА

Голубець О., Нікітченко Є., Пахомов А., Петришин П.

Науковий керівник: асистент Тимошенко Ю.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Червоний плескатий лишай (ЧПЛ) слизових оболонок порожнини рота (СОПР) відрізняється значною розповсюдженістю і складає від 11 до 35% по відношенню до інших захворювань СОПР. Деякі форми ЧПЛ є факультативними предраксами, а частота їх малігнізації дорівнює 1,6%.

В аспекті етіології можна виділити основні групи. До них відносяться екзогенні стимулюючі навантаження: речовини побутового та професійного характеру, хімічні, лікарські засоби, також стимуляція ендогенного походження: власні метаболіти, що утворюються при стресових ситуаціях, вісцеропатіях, мутантні та аберантні клітини.

При ЧПЛ частіше страждає шкіра, хоча у 3,0-26,5% випадків зустрічається ізольоване ураження СОПР. Окремі хворі помічають зміну кольору СО у вигляді білястих смуг, пацієнти скаржаться на незначну сухість, шорсткуватість уражених ділянок СО або відчуття печіння в роті. При огляді СОПР помітна біляста ділянка, яка складається з папул, що мають зроговілу верхівку. Папули зливаються лінійним сполученням у вигляді сітки, мережива, гілки дерева. У залежності від форми оточуюча СО може не змінюватися та зберігати блідо-рожевий колір, бути гіперемійованою, ерозивною та мати виразки. Стоматологічна допомога хворому складається з терапії, яка відповідає періоду та стадії хвороби. Лікування проявів ЧПЛ на СОПР необхідно тільки за умови комплексного лікування захворювання.

Таким чином, лікарі-стоматологи повинні знати особливості морфологічних елементів ураження, клінічні прояви патології, вміння проводити диференційну діагностику, для своєчасного та адекватного лікування хворих з червоним плескатим лишаєм.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ КАНДИДОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ

Голубець О., Сусін О., Костюк І., Пахомов А., Петришин П., Нікітченко Є.

Науковий керівник: доцент Поліщук Т.В.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

На сьогоднішній день проблема грибкових уражень є актуальною із теоретичної та практичної точки зору у стоматологічній практиці. За аналізом ВООЗ захворюваність на грибкові інфекції, який проводили у промислово розвинутих країнах, свідчать про поширення як поверхневих, так і глибоких форм мікозів. Вказується, що кожний четвертий мешканець планети страждає на мікотичні ураження.

Епідеміологічні дослідження щодо поширеності мікозів в Україні засвідчують аналогічну світовій статистиці тенденцію. За останні роки захворюваність на мікози різко підвищилася та має тенденцію до ще більшого зростання.

Мета. Ознайомитися та проаналізувати лікарями-інтернами дані сучасної літератури про клінічні прояви, форми, методи лікування та профілактики грибкових уражень слизової оболонки порожнини рота у дітей

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано 153 літературних даних сучасної української та зарубіжної літератури із питань грибкових захворювань порожнини рота у дітей.

Результати та їх обговорення. Згідно літературних даних клінічні прояви грибкових уражень слизової оболонки різноманітні й залежать від віку дитини, стану імунної системи, наявності супутніх захворювань, вживання лікарських препаратів та інших чинників. Саме рівень стану функціональної системи порожнини рота у кожного індивідуума з урахуванням його віку, гігієнічних навиків та інших факторів характеризує екосистему в цілому. Крім того, в різних ділянках порожнини рота підтримується різна кислотність, обумовлюючи ацидогенний потенціал за рахунок залишків їжі і продуктів життєдіяльності мікроорганізмів. За літературними даними найпоширенішими є гострі форми кандидозів у дитячому віці (псевдомембранозний та атрофічний). Кандидопрофілактика полягає в своєчасному виявленні та лікуванні дріжджових вражень слизових оболонок порожнини рота. Своєчасне лікування вагітних і годуючих грудьми жінок є заходом профілактики молочниці у новонароджених і грудних дітей.

Висновок. Згідно проведеного аналізу української та зарубіжної

літератури майбутні лікарі стоматологи отримали знання про етіопатогенез, клінічні прояви грибкових уражень, сучасні тенденції лікування, попередження ускладнень та профілактичні заходи, що велике практичне значення у майбутній практичній діяльності.

ВПЛИВ МОДНИХ ТЕНДЕЦІЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

Горжій В., Грінєнко В., Кирилович А., Троєнко М., Чуб А., Чинахова Є.

Науковий керівник: асистент Мосієнко А.С.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський держаний медичний університет

З повсякденним зростанням впливу соціальних мереж та медіа, модні тенденції стають все більш популярними серед підлітків. Це охоплює не тільки одяг та зачіски, але й стилі життя. Більшість підлітків прагнуть мати свої особливі знаки відрізнєння, які забезпечать їхню індивідуальність та дозволять відчувати себе більш привабливими та унікальними. Однак, сучасні модні тенденції, такі як пірсинг, татуювання, куріння електронних сигарок мають негативний вплив на здоров'я підлітків. Стоматологічне здоров'я є важливою складовою загального здоров'я підлітків.

Саме тому метою нашого дослідження було провести санітарно-просвітню роботу з учнями восьмих, дев'ятих класів Полтавської загальноосвітньої школи I-III ступенів №4 Полтавської міської ради.

Щоб зменшити негативний вплив цих модних тенденцій на стоматологічне здоров'я підлітків, нами було розроблено санітарно-профілактична програма, яка була представлена у вигляді мультимедійної презентації на тему «Не все корисно, що модно. Пірсинг, татуаж, електронні сигарки».

Перш за все для розуміння ризиків для здоров'я пов'язаних з татуажем, пірсингом та курінням електронних сигарет лекція була наповнена реальними фото негативних наслідків цих тенденцій. Що стосується електронних сигарет, підлітки навіть не здогадувалися про те, що їх винахідником є фармацевт Non Lik, 2003 р. Про заборону сигарет в більшості країн світу, вони були взагалі здивовані. Саме ці факти надали ідеї для роздумів, чи потрібно це їм насправді, або це просто модна забаганка.

Для утримання постійної уваги підлітків, лекція проходила в форматі питання-відповідь, за допомогою чого підлітки приймали

активну участь в роботі, та були зацікавлені в подачі наступної інформації.

Отже, підлітки, які хочуть експериментувати з татуажем, пірсингом повинні бути попереджені з усіма ускладненнями, які можуть виникнути, вони повинні розуміти, що усі маніпуляції на тілі повинні проводити у кваліфікованих спеціалістів, які мають медичну освіту та виконувати умови асептики, антисептики під час втручань у ваше тіло.

Основними проблемами, пов'язаними з вживанням електронних сигарет є не повна обізнаність дітей про їх вплив на організм в цілому, тому що виробники ЕС позиціонують їх, як майже нешкідлива забаганка та чудова заміна паперовим сигаретам.

Нами було зроблено висновок, що необхідність проведення таких профілактичних робіт, завжди буде на високому рівні, адже забезпечення здорового способу життя є основною задачею лікаря, особливо нового покоління.

МОРФОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ онкологічних ХВОРИХ

Горошко А.

Наукові керівники: доцент Коломієць С.В., асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Морфологічне підтвердження діагнозу – це єдиний спосіб точно визначити походження новоутворення, вибрати адекватну тактику лікування, а також є юридичною підставою для проведення хіміо- або променевої терапії.

Мета. За допомогою результатів морфологічного дослідження визначати походження новоутворення, розпізнати атипові тканини та встановити прогностичні критерії.

Усі морфологічні дослідження поділяють на: імуногістохімічні, молекулярно-генетичні, гістологічні. Імуногістохімічне дослідження є різновидом морфологічного дослідження. Гістологічним дослідженням називають вивчення структури тканин, отриманих у результаті біопсії новоутворення під мікроскопом.

Види проведення біопсій: ексцизійна, інцизійна, трепанобіопсія, біопсія шляхом зіскобу, експрес-біопсію. Методи проведення біопсій: шприцева, кюретаж, випадкова.

Клінічний випадок. Пацієнт чоловічої статі 53 роки з

попереднім діагнозом плеоморфна аденома правої привушної слинної залози, належить до залози зовнішньої секреції, яка в свою чергу належить до великих слинних залоз.

Аденома – доброякісна пухлина, що розвивається з епітелію різних залозистих органів (грудна залоза, печінка, нирки, яєчники, щитоподібна залоза тощо), будовою подібна до відповідної залози.

Привушна слинна залоза – складна розгалужена альвеолярна залоза, яка виділяє білковий секрет.

Конфігурація обличчя порушена за рахунок новоутворення розташованого в лівій половині обличчя. Новоутворення діаметром до 6 см, куполоподібної форми, що підвищується над рівнем здорової тканини. Шкіра над новоутворенням за кольором не змінена, при пальпації щільна безболісна. Проведена операційна біопсія. Остаточний діагноз: гістологічна картина «Плеоморфна аденома слинної залози». Критерії проведення патогістологічного дослідження: тканини для патогістологічного дослідження необхідно брати на межі здорової і враженої ділянки, проте поза ділянками некрозу, крововиливів, грануляційної тканини, набряків.

Висновок. Комплексне морфологічне дослідження дає змогу значно підвищити вірогідність заключного діагнозу онкологічних хворих.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ БРУКСИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

Доценко О.

Науковий керівник: асистент Лазарєва К.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-томатологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Бруксизм – це розлад, який характеризується нефункціональним контактом зубів, що проявляється скреготом або стисканням зубів. Ця парафункція безпосередньо пов'язана з емоційним навантаження та постійним стресом, тож зараз вимагає чіткого розуміння від лікарів, його наслідків та подальшого планування лікування таких пацієнтів.

Мета дослідження. Розібратися в причинах, діагностиці та методах лікування бруксизму, базуючись на принципах науково-доказової медицини.

Матеріали та методи дослідження. У роботі були використані статті з міжнародних медичних науково-доказових ресурсів, таких як

MEDLINE, Cochrane, EMBASE, PubMed, Lilacs, BBO тощо та наступна література: Jeffrey P. Okeson «Etiology and Identification of Functional Disturbances in the Masticatory System» Rudolf Slavicek «Жувальний орган», Peter E. Dawson «Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design». Також було проведено анкетування 42 пацієнтів, серед яких – 18 діти, що проходили лікування на базі ПП «Професорська стоматологія».

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі виконаної роботи було виявлено таку розповсюдженість бруксизму: 31 особа не відмічали жодних ознак наявності бруксизму. Серед дорослих ознаки бруксизму відмітило 5 осіб (20,8%). Серед дітей батьки відмічали ознаки бруксизму в 6 осіб (≈33,3%). Після огляду ротової порожнини дорослих пацієнтів ознаки бруксизму були наявні у 36% осіб, проте з яких 16% пацієнтів про наявність патології стверджували негативно. За даними статей науково-доказової медицини бруксизм зустрічається у людей будь-якого віку, але частіше зустрічається у дітей, і має тенденцію до зменшення з віком. Також відмічалось, що нічний бруксизм зустрічається частіше. Вважається, що бруксизм є поліетіологічним розладом, провідним фактором якого є стрес. Його вважають варіантом норми, бо таким чином ми «випускаємо» стрес з себе. Також повинні враховувати бруксизм, як фактор постійного перевантаження на жувальну систему, коли плануємо стоматологічне лікування, можливі ускладнення та його наслідки, та обов'язково інформувати про це пацієнта.

Висновки. Бруксизм є предметом дискусій для лікарів, дослідників та науковців, яке стрімко набирає частоту поширеності, тому активно вивчається та має продовжувати вивчатися у подальшому для чіткого розуміння цієї проблеми.

ВУЛЬГАРНА ПУХИРЧАТКА, ЇЇ ПРОЯВИ В ПОРОЖНИНІ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Зленко А.

Науковий керівник: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Багато дерматозів з аутоімунним компонентом локалізуються на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) та червоній каймі губ. Вважають, що таких хворих повинні лікувати лікарі дерматологи. Але досить часто перші прояви цих

захворювань (при вульгарній пухирчатці більше 60%) локалізуються в порожнині рота. Хворі лікуються у стоматологів з різними діагнозами, і лише коли з'являються пухири на шкірі, звертаються до дерматологів.

Пухирчатка – злоякісне захворювання, клінічно виявляється утворенням пухирів на видимо не зміненій шкірі та СОПР хворого, яке відноситься до аутоімунних захворювань. Пухири розвиваються внаслідок патологічного процесу – акантоліза, поширюються без адекватного лікування на всю шкіру та слизові оболонки хворого, що призводить до *exitus letalis*.

За даними А.Л. Машкіллейсона (1980, 1991) можливо пусковим моментом патологічного процесу є зміни ядерної ДНК клітин шипуватого шару і водно-сольового балансу цитоплазми цих клітин, що призводить до порушення антигенної структури та проникності мембран. Внаслідок цього розвиваються аутоімунні процеси – змінена антигенна структура мембран клітин шипуватого шару епітелію слизової оболонки (шкіри) сприймається організмом, як чужорідна, проти неї починають вироблятися антитіла типу IgG. У механізмі процесу акантолізу приймають участь – аутоантитіла типу IgG, протеолітичні ферменти, різні фракції Т-лимфоцитів та В-лимфоцити.

Мета дослідження – за рахунок дослідження клінічного випадку вдосконалити знання лікарів-стоматологів з питань патології СОПР для покращення діагностичних заходів, встановлення вірного діагнозу, що в свою чергу можуть врятувати життя пацієнта.

Пухирчатка без адекватного лікування може призвести до летального випадку.

Методи дослідження. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулась на консультацію пацієнтка А., 58 років. Під час обстеження виявлено: видимі шкірні покриви без змін, природнього кольору, видимі слизові оболонки без змін. На слизовій оболонці нижньої губи зліва наявна зона порушення цілісності слизової оболонки у вигляді червоної ерозії до 2-х сантиметрів діаметром покритої білою плівкою, навколо слизова оболонка без змін. Пальпація слабо болісна. Позитивний симптом Нікольського.

Анамнез захворювання. Зі слів пацієнтки на слизовій оболонці губи утворився великий пухир, який швидко лопнув та на його місці з'явилась ерозія. Загальний стан погіршився. Пацієнтка відмічає труднощі при прийомі їжі.

Діагностика. Симптом Нікольського: протирання незміненої СОПР (шкіри) на відстані від висипання призвело до відшарування

видимо здорових ділянок. Цитологічне дослідження: відібрано матеріал на предметне скло після попереднього промивання ерозії фізіологічним розчином. Мазки-відбитки взяли з поверхні ерозій за допомогою гумових стовпчиків. Матеріал було відправлено до цитологічної лабораторії. У лабораторії відбитки зафіксували на склі метиловим спиртом 1 хв, висушили. Препарат зафарбували за Романовським-Гімзою протягом 20-25 хв розчином азуреозином. Виявили клітини Тцанка. Клітини Тцанка менше нормальних епітеліальних клітин, а ядро значно більше. Велике ядро інтенсивно синьофіолетового кольору, займає майже всю клітину, цитоплазма розташована тонким шаром по периферії.

Встановлено попередній діагноз: вульгарна пухирчатка. Хвора була направлена до дерматолога для уточнення діагнозу та проведення лікування.

Висновки. Було досліджено пацієнта з попереднім діагнозом вульгарна пухирчатка та направлено до вузького спеціаліста, щодо уточнення діагнозу та початку лікування. Було проаналізовано клінічні прояви хвороби на слизовій оболонці порожнини рота. При розвитку даної хвороби може розвиватись небезпечний стан для пацієнта, при якому пухирі та ерозії можуть вкривати усю поверхню тіла та спричинити зневоднення та кахексію, що може призвести до exitus letalis.

Література:

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній М.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – С.247-279.
2. Shamim T, Varghese VZ, Shameena PM, Suddha S. Pemphigus Vulgaris in oral cavity. Clinical analyses of 71 cases. Med Oral Pathol Buccal. 2008;13:2622–2626.
3. Urbano FL. Nikolsky's Sign in Autoimmune Skin Disorders. Hospital Physician. 2001:23–24.
4. Endo H, Rees TD, Hallmon WW. Disease progression from mucosal to mucocutaneous involvement in a patient with desquamating gingivitis area with Pemphigus Vulgaris. Journal of Periodontology. 2008;99(2):368–375.
5. Yeh, S.W; Ahmed, Babar; Sami, Naveed; Ahmed, A. Razaque. Blistering disorders: diagnosis and treatment. Dermatologic therapy. 2003;16(3):214-23.
6. Manifestation of pemphigus vulgaris in the orofacial region. A case report. Fassmann A, Dvoakova N, Izakoviaova Holla L, Vanuk J, Wotke J. Script Med. 2003;76:55–62.

7. Autoimmune bullous skin diseases. Part 2: diagnosis and therapy. Kneisel A, Hertl M. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:927–947.

8. A cross-sectional study of clinical, histopathological and direct immunofluorescence spectrum of vesicubullous disorders. Arundhathi S, Ragunatha S, Mahadeva KC. *J Clin Diagn Res.* 2013;7:2788–2792.

9. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. Liu D, Ahmet A, Ward L, et al. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2013;9:30.

10. Pemphigus therapy with oral prednisolone regimens. A 5-year study. Ratnam KV, Phay KL, Tan CK. *Int J Dermatol.* 1990;29:363–367.

ЗМІНИ СТАНУ ОПОРНИХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ ПЕРІОТЕСТОМЕТРІЇ ЗА ОСТАННІ 15 РОКІВ

Зражевський Я., Коробов П.

Науковий керівник: доцент Виженко Є.С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Захворювання тканин пародонту є актуальною проблемою сьогодення. Серед багатьох етіологічних факторів та патогенетичних механізмів розвитку пародонтопатій зубощелепні аномалії (ЗЩА) займають важливу роль.

В ортодонтії, окрім фізіологічної та патологічної рухомості, виділяють рухомість зубів, яка виникає під час ортодонтичного лікування.

Тому своєчасна функціональна діагностика таких змін є важливою ланкою профілактики захворювань пародонту та контролю ортодонтичних сил.

В ортодонтії періотестометрію використовують для оцінки стану тканин пародонту до початку та на етапах ортодонтичного лікування, для визначення стабільності ортодонтичних мінімплантів та в ретенційному періоді як критерій його результатів.

Мета дослідження. Оцінити зміни в опорних тканинах пародонту в пацієнтів із ЗЩА до початку лікування за даними періотестометрії у віковому інтервалі 15 років.

Матеріали і методи. Періотестометрію зубів проводили апаратом Periotest. Для порівняння всі пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу групу склали 56 пацієнтів, усі жіночої статі, середній вік 20 років, які мали ЗЩА за даними періотесту 2008 року. У другій

групі періотестометрію проводили 25 пацієнтам, середній вік 14,7 років з патологією I та II класу за Енглем до початку ортодонтичного лікування в 2023 році.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою T-критерія Стьюдента в програмі Microsoft Excel 2010.

Результати дослідження. Аналізуючи результати досліджень періотестометрії пацієнтів 2008 та 2023 років встановлена стійка тенденція до збільшення показників рухомості кожного зуба на верхній та нижній щелепах, хоча вона і знаходилась у межах норми. На верхній щелепі для групи різців показники збільшені від 1,6 рази ($p<0,05$) до 2,4 разів ($p<0,001$). Для ікол різниця становила до 4 разів ($p<0,001$), для премолярів до 2,2 рази ($p<0,001$) та перших молярів у 2,8 рази ($p<0,001$).

На нижній щелепі для різців показники рухливості збільшені від 1,5 разів ($p<0,05$) до 1,8 разів ($p<0,001$), для ікол різниця становила 1,4 рази ($p<0,001$), для премолярів – у 3,3-7 разів ($p<0,01$, $<0,05$) та перших молярів у 4,3 рази ($p<0,05$).

Висновки. Таким чином, проаналізувавши динаміку змін, які відбулися в опорних тканинах пародонту на протязі 15 років, можемо встановити чітку тенденцію до збільшення рухливості зубів. Такі дані є важливими для об'єктивної оцінки ступеня втрати кісткової тканини та опорних функцій пародонту та особливостей підходу до ортодонтичного лікування.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ ЩЕЛЕП ЗА ДАНИМИ ОРТОПАНТОМОГРАМИ ТА КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Клевець Д.

Науковий керівник: доцент Гуржій О.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Візуалізація уражень верхньої та нижньої щелепи часто пов'язана з труднощами через схожість зображень різноманітних патологічних процесів. В основному пухлини або пухлиноподібні утворення виникають або з одонтогенних джерел, або переважно з кістки. Знання візуалізаційних характеристик поширених одонтогенних патологій щелеп має вирішальне значення для проведення диференціальної діагностики та планування оперативного втручання.

Мета дослідження. Продемонструвати інформативність плоскостної 2D та 3D діагностики для одонтогенних кіст щелеп у дітей в період змінного прикусу.

Методи дослідження. Проведено аналіз 12 ортопантограм (ОПТГ) та результатів комп'ютерної томографії (КТ) верхньої та нижньої щелеп пацієнтів з одонтогенними кістами щелеп. Діагноз підтверджено за допомогою гістологічного дослідження хірургічного зразка. Вік пацієнтів від 7 до 10-ти років.

Основні результати. Одонтогенні кісти щелеп складають групу патологічних утворень, що характеризуються різноманітними симптомами, клінічними проявами, рентгенологічними та гістологічними ознаками. Ці утворення частіше діагностуються випадково під час рентгенологічного обстеження, оскільки на ранніх стадіях симптоми відсутні.

Аналізуючи ОПТГ пацієнтів, нами виявлені загальні ознаки, які характерні для всіх одонтогенних кіст щелеп, так і відмінності. Характерною загальною рентгенологічною ознакою кіст є гомогенне просвітлення кулястої форми з чіткими межами. У разі радикальної кісти у її порожнині знаходяться корені «причинного» зуба, зубовмісної – крім коренів тимчасового зуба виявляється фолікул постійного зуба. У двох випадках кісти проростали у верхньощелепну порожнину, на рентгенограмі прослідковувалася тінь «купола» з чіткими межами.

У разі фолікулярної кісти в її порожнині на рентгенограмі видно фолікул постійного зуба.

Нами не було виявлено статистично значущої різниці в діагностиці одонтогенних кіст на нижній щелепі за панорамною рентгенографією та КТ, але була значна різниця в попередньому діагнозі за даними ОПТГ та результатами КТ при локалізації кіст на верхній щелепі.

Висновки. Ортопантограма є інформативним базовим знімком, за допомогою якого можливо виявити одонтогенні пухлиноподібні утворення щелеп у дітей, особливо на нижній щелепі, але для проведення диференційної діагностики та планування обсягу оперативного втручання обов'язковим є аналіз зображення КТ. Тільки КТ дозволяє проводити комплексну об'ємну оцінку щелеп.

САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СТОМАТОЛОГІВ У ДЕЯКИХ ПИТАННЯХ ПСИХОЛОГІЇ

Клочков Н.

Наукові керівники: доцент Приходченко С.В., асистент Дубина В.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Сучасний швидкозмінний світ вимагає від випускників медичних вузів відданості обраної професії, постійного інтересу до новин у спеціальності. Але кризи, що ми проживаємо в останні роки, вимагають додаткового заглиблення в питання психології, оскільки саме психологічні аспекти особистості лікаря сприяють розкриттю завдань самоактуалізації та професійної ідентичності. Професійна самоактуалізація створює готовність лікаря до самореалізації у практичній діяльності.

Мета дослідження. Поглибити розуміння питань взаємозв'язку професійної ідентичності та самоактуалізації серед лікарів-інтернів на тлі кризи війни, що триває, і підвищеного психологічного навантаження.

Методи дослідження. У дослідженні приймали участь 20 лікарів-інтернів стоматологічного факультету. Для досягнення поставленої мети лікарям було запропоновано після попередньої співбесіди та обговорення змісту поняття «самоактуалізація» пройти самотестування за шкалою депресії Бека та шкалою тривоги Шехана з обговоренням результатів тестування у вигляді дискусійного столу.

Основні результати. У результаті обробки тестів було виявлено, що у 50% респондентів рівень тривоги відрізняється від нормального (20 балів), має тілесні прояви та відповідає середньому ступеню тривожності (70-80 балів); у 5 осіб показники, що безпосередньо вказують на рівень виснаженості психологічного стану – мають максимальний бал; у 4 лікарів виявлено субдепресію, про яку вони не підозрювали, і свій стан сприймали, як хронічну втому. Сприйняття стану свого психічного здоров'я у зворотному зв'язку відрізнялося від того, яке було до тестування. Респонденти відзначили, що проведене самотестування призвело до перегляду деяких питань анкетування стоматологічних хворих у сучасних реаліях життя, тому що відповіді на них є прямими показаннями до проведення стоматологічного лікування під седатцією.

Висновки. Таким чином, сучасному стоматологу необхідно розширити свої погляди щодо психологічної компоненти в питаннях взаємозв'язку професійної ідентичності та самоактуалізації, вміти

застосовувати їх як у своєму житті, так і в своїй практиці з першої ланки медичної праці, а саме, на етапі знайомства с пацієнтом, зборі скарг та анамнезу життя.

ВПЛИВ МАНУАЛЬНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА НА ВІДТВОРЕННЯ АНАТОМІЧНО-КОРЕКТНИХ ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Костюк К.

Науковий керівник: асистент Лазарева К.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Мануальні навички відіграють надзвичайно важливу роль у щоденній практиці лікаря-стоматолога, і починають формуватися ще в університеті. Найбільша увага щодо цього приділяється на фантомних заняттях кафедри пропедевтики терапевтичної стоматології. Декілька питань присвячено карвінгу, пломбуванню каріозних порожнин на фантомних моделях, моделюванню зубів з пластиліну. Для здобуття навичок якісної прямої реставрації цього недостатньо, хоча опанування її є надважливим елементом прямої реставрації, бо правильно змодельований зуб – це в першу чергу функціональна основа всієї зубощелепно́ї системи.

Поєднання комбінацій нейронних взаємодій, які повторюються, перетворюються в автоматизований процес, що є базовою функціональною властивістю мозку. Стійкий ріст нейронних зв'язків створюється, перш за все, в ділянках найбільш високої клітинної активності. Завдяки цьому процесу відбувається формування навіть найскладніших мануальних та інтелектуальних навичок. Людина здатна навчатися чому завгодно по одній простій схемі – від найлегшого до найбільш складного. Саме це є фундаментальним принципом пізнання, властивий будь-якому мозку.

Постійні тренування на фантомах «ARTUP» з поглибленням знань морфології, розвитком надивленості, аналізом своїх робіт, згодом перетворюються на якісну навичку.

З усвідомленням завдання та його постійним виконанням, вправність кожної спроби буде ставати більш досконалою, і згодом навичка перетвориться на справжнє вміння та майстерність.

Мета дослідження. Провести аналіз впливу формування навички постійного моделювання на якість прямої реставрації у клінічній

практиці лікаря-стоматолога.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 5 лікарів-інтернів. Викладачами кафедри післядипломної освіти стоматологів були оцінені їх мануальні навички за 12-бальною шкалою. Усім їм було видано фантоми «ARTUP» першого рівня складності, які були змодельовані у цифровій програмі «EXOCAD» та роздруковані на 3D-принтері «ANYCUBIC». Лікарям-інтернам було надано 6 спроб по 1 спробі на тиждень. За допомогою композитного матеріалу та гладилок «MEDDINS» вони відтворювали анатомічну форму кожного зуба. Протягом дослідження інтерни поглиблювали свої знання використовуючи літературу та вивчаючи форми природніх зубів. За допомогою фотопротокола було зафіксоване кожне моделювання, і згодом проведений аналіз першої та останньої спроб. Оцінювали роботу проф. Скрипніков П.М., доц. Бережна О.Е., ас. Лазарева К.А. Результати виявилися вражаючими.

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі виконаної роботи виявлений значний зріст мануальних навичок лікарів-інтернів. Покращилося вміння відтворення правильної анатомії зубів.

Збільшилася деталізація, відтворення центральних та бокових гребенів, фісур 1, 2 та 3 порядків. Зросла якість притирання композиту до фантома. Зменшився час виконання роботи. Поглибилися знання морфології зубів.

Висновки. Таким чином, використовуючи тренування на адаптованих фантомах зі зростаючою складністю дефектів можна підвищити якість моделювання у прямій реставрації. Дослідження довело свою ефективність і дозволило лікарям-інтернам втілювати свої напрацьовані вміння у клінічній практиці.

МЕТОДИ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Кульчицька С., Шнайдер К.

Науковий керівник: професор Шнайдер С.А.

Кафедра загальної стоматології

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Иригація є дуже важливим етапом лікування кореневих каналів. Впродовж останніх років

Иригація має механічні, біологічні та хімічні цілі. Механічними та хімічними цілями є вимивання залишків, змашування каналу, розчинення органічних та неорганічних тканин, запобігання

утворенню змазаного шару. Біологічною функцією іригантів є їх антимікробна дія. Широкий спектр іригантів ставить багато питань: який іригант краще у тому чи іншому випадку, які іриганти краще поєднуються між собою, чи існує ідеальний іригант.

Мета. Обрати найбільш ефективний іригант для обробки системи корневих каналів, визначитись з протоколом іригації.

NaOCl – це найбільш вживаний розчин для іригації корневих каналів через його здатність до швидкого розчинення некротизованих тканин, вітальних тканин пульпи, органічних компонентів дентину та біоплівки.

Хлоргексидин – антимікробний розчин з широким спектром дії, широко застосовується як іригант при ендодонтичному лікуванні. У залежності від концентрації, хлоргексидин може мати як бактериостатичний так і бактерицидний ефект. При високій концентрації він діє як детергент тому має бактерицидну дію за рахунок знищення клітинної мембрани та преципітації плазми. Найчастіше використовують 2% розчин, проте, порівнюючи з NaOCl, він не розчиняє тканини. Тому пріоритетом вибору іриганта є натрію гіпохлорит.

ЕДТА зазвичай застосовується в ендодонтії у вигляді рідини або гелю як хелатний агент, що витягує іони кальцію з гідроксилапатиту, тим самим розчиняючи мінеральну фракцію змащеного шару кореневого каналу.

Кислотами, що застосовуються в ендодонтії для промивання каналів, є фосфорна та лимонна концентрації від 6% до 30%. Розчини кислот високо ефективні для видалення мінерального компонента змащеного шару кореневого каналу та при лікуванні облітерованих каналів. Тим не менш, оскільки їхня ефективність як антисептиків та органічних розчинників обмежена, рекомендується поєднане використання з гіпохлоритом натрію.

Висновки. Важливість та роль іригаційного розчину в очищенні системи корневих каналів – одна з найбільш дискусійних тем в ендодонтії. Іригаційні розчини можуть надати істотну допомогу в ході ендодонтичного лікування, за рахунок бактерицидного ефекту та створення сприятливих умов для герметичного пломбування корневих каналів внаслідок видалення змазаного шару. Саме тому пріоритетом вибору при іригації системи корневих каналів є чергування розчину натрію гіпохлориту з ЕДТА або лимонною кислотою.

АКТУАЛЬНІСТЬ НАЯВНОСТІ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Курбанова І., Бреславець М., Грінченко В., Кирилович (Житник) А., Чинахова Є.

Наукові керівники: професор Скрипнікова Т.П., доцент Писаренко О.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Органи і тканини ротової порожнини знаходяться в тісному взаємозв'язку з системами внутрішніх органів людини, саме тому велика група уражень СОПР виникає внаслідок захворювань тих чи інших внутрішніх органів. Іноді вони стають ранніми проявами клінічних ознак такого захворювання ще до того, як виникають його об'єктивні симптоми. А іноді є ускладненнями курсу терапії з приводу соматичної патології.

Якщо діагностика і лікування первинних стоматитів більш передбачувані за результатами і термінами, то ведення пацієнтів з симптоматичними стоматитами потребує певного алгоритму, а саме ретельної уваги до характеру перебігу захворювання, давності його виникнення, первинної та більш пізньої симптоматики, обсягу та ефективності лікування, переносимості лікарських препаратів.

Метою нашої роботи було опрацювання алгоритму діагностики та лікування симптоматичного стоматиту при бронхіальній астмі.

Методи досліджень. Аналіз публікацій наукових досліджень в наукометричних базах даних (Web of Science, Google Scholar)

Нами проаналізований клінічний випадок розвитку симптоматичного хронічного гіперпластичного кандидозу при бронхіальній астмі у хлопчика 13 років, як місцевого побічного ефекту застосування інгаляційних кортикостероїдів (ІК) при збільшенні добової дози застосування. Пацієнту протягом 1 року проводилось лікування у постійному режимі бронходилататорами короткої дії та інгаляційними кортикостероїдами з використанням сухого порошкового інгалятора.

При розробці алгоритму діагностики та лікування ретельно проаналізовані клінічні ознаки кандидозу порожнини рота, потенційні механізми розвитку ускладнень у процесі загальної терапії бронхіальної астми, а також конкретні заходи, які слід вжити для мінімізації цього побічного ефекту і розробки ефективного плану лікування.

Висновки. Таким чином, діагностика симптоматичних стоматитів потребує додатково до стандартної схеми обстеження, врахування провокуючих зміни СОПР локальних та системних

факторів основного захворювання. Лікування та терміни лікування симптоматичних стоматитів мають особливості у порівнянні з первинними стоматитами. Позитивний результат лікування можливий лише у співпраці з лікарем-терапевтом.

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ

Курило В., Вальт В.

Науковий керівник: доцент Кулай О.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Стрімкий ритм життя, стресові ситуації, значне споживання продуктів харчування, що містять велику кількість вуглеводів та кислот, застосування високоабразивних зубних паст і як наслідок – зростання частоти некаріозних уражень зубів у загальній структурі стоматологічних захворювань, у переважній більшості випадків супроводжуються гіперестезією дентину. Особливою формою гіперестезією дентину є цервікальна, виникнення та перебіг якої безпосередньо пов'язані із захворюваннями тканин пародонту (Г.Ф. Білоклицька, 2007). Розповсюдженість цервікальної гіперестезії серед пацієнтів із захворюваннями пародонту сягає від 25,9 до 68,4-98%, при цьому вік хворих за останні роки значно знизився (25-49 років), що підкреслює не тільки медичну, а й соціальну значущість цієї проблеми. Больові відчуття, що виникають у хворих переважно в ділянці шийок зубів та оголених коренів, у ряді випадків домінують у клінічній картині стоматологічних захворювань, ускладнюють прийом їжі й досить часто є основною причиною страждання хворих.

Мета. Дослідити ефективність антисенситивних зубних паст при лікуванні генералізованої цервікальної гіперестезії у хворих з хронічним генералізованим пародонтитом I ступеня тяжкості.

Матеріали і методи. Ефективність антисенситивних зубних паст оцінювали за інтенсивністю болю при локальній гіперестезії у 5 хворих (3 жінки, 2 чоловіка, віком 45-65 років) на хронічний генералізований пародонтит. Інтенсивність болю визначали за допомогою цифрової рейтингової шкали Numerical Rating Scale (NRS), яка дозволяє вказати суб'єктивні відчуття хворого в умовних одиницях. Цифрова рейтингова шкала застосовувалася для оцінки болю відразу після проведення професійної гігієни і через тиждень.

Для врахування кількості уражених гіперестезією зубів користувалися індексом розповсюдженості гіперестезії зубів (Ю.А. Федоров, В.А. Дрожжина, 1997). При значеннях індексу більше 25% діагностували генералізовану форму гіперестезії.

Результати. Для ефективного подолання проявів генералізованої цервікальної гіперестезії у хворих на хронічний генералізований пародонти I ступеня тяжкості достатньо місцевого застосування антисенситивної зубної пасти, що містить 5% нітрат калію і фтор.

Висновки. Лікування цервікальної гіперестезії повинно бути складовою частиною комплексного лікування захворювань тканин пародонту, яке проводиться з обов'язковим урахуванням етіологічних факторів і патогенетичних варіантів його перебігу. Необхідно проведення поетапної терапії гіперестезії з використанням засобів місцевої ремінералізуючої терапії. Невід'ємною складовою такого лікування є використання адекватних засобів гігієни, які повинні бути активною частиною не тільки лікування, а й не менш важливого етапу реабілітації чи підтримуючої терапії хворих.

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ВОВЧАК СИМПТОМ «ЯБЛУЧНОГО ЖЕЛЕ». КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Курило В.

Наукові керівники: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Туберкульоз сьогодні є актуальною медико-соціальною проблемою не тільки в Україні, але усьому світі. Загальна кількість хворих сягає 50-60 млн, що змусило ВООЗ проголосити у квітні 1993 року туберкульоз глобальною небезпекою.

Починаючи з 1995 року в Україні зареєстрована епідемія туберкульозу, яка невпинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. Туберкульоз веде себе агресивно, уражаючи в основному осіб молодого та зрілого віку, призводить до тимчасової і стійкої втрати працездатності та зростання первинного виходу на інвалідність від даної патології, вимагає тривалого комплексного лікування та реабілітації хворих, попередньо визначає негативні соціально-економічні наслідки.

Недосконалість існуючих методів профілактики, лікування і реабілітації, подальше поширення захворювання на туберкульоз із

всіма його негативними наслідками обумовлюють необхідність вміти діагностувати та визначати лікувальну тактику при проявах на слизовій оболонці порожнини рота у хворих на туберкульоз.

Туберкульозне ураження в ЩІД включає наступні прояви: ураження шкіри; слизових оболонок; підшкірної клітковини, щелеп; лімфатичних вузлів; слинних залоз.

Первинне туберкульозне ураження звичайно формується в ділянці лімфатичних вузлів і, за даними Е.Я. Клячко, складає 60,8%. За спостереженнями автора, в патологічний процес частіше залучаються піднижньощелепні, верхні шийні, привушні і підпідборідні вузли. Екзогенна інфекція в лімфатичні вузли може проникнути через шкірні покриви голови й обличчя, слизові оболонки ясен, щік, і носоглотки, через мигдалини лимфоїдного глоткового кільця Пирогова-Вальдейера.

Крім первинного туберкульозного лімфаденіту існує і вторинне ураження, що виникає в результаті ендогенного поширення інфекції з уже існуючих осередків в організмі лімфогенним шляхом. Вторинні туберкульозні лімфаденіти можуть виникати в результаті гематогенного метастазування мікобактерій із осередків різних органів (легень, кіст та ін.).

Туберкульоз шкіри и підшкірної клітковини виникає при гематогенному і лімфогенному поширенні мікобактерій з туберкульозних осередків (лімфовузлів, ін.). Розрізняють наступні клінічні форми:

- Первинний туберкульоз шкіри (туберкульозний шанкер) – частіше зустрічається в дитячому віці. На шкірі з'являються ерозії чи виразки з трохи ущільненим дном.

- Туберкульозний вовчак – первинним елементом є горбик (люпома).

- Скрофулодерма (коллікваційний туберкульоз) – характеризуються появою внутрішньошкірних вузлів розміром до 1-3 см.

- Бородавчастий туберкульоз – характеризується появою щільного дрібного безболісного вузлика рожево-синюшного кольору.

- Міліарно-виразковий туберкульоз – характеризується появою дрібних жовто-червоних вузликів, що швидко виразковуються, зливаються між собою й утворюються поверхневі, дуже болісні виразки.

- Дисеменованний міліарний туберкульоз обличчя (міліарна вовчанка обличчя) – хвідзначається появою на шкірі обличчя (рідко шиї) дрібних безболісних вузликів рожевого чи бурого кольору, можуть виразковуватись з наступним рубцюванням чи розсмоктується без сліду.

- Розацеаподібний туберкулід – на фоні розацеаподібної гіперемії і

телеангіектазій розташовуються рожево-коричневі папули, рідко з пустулами в центрі, що підсихають у кірку, після їхнього відторгнення залишаються рубці.

- Папуло-некротичний туберкульоз – з'являються м'які округлі папули (розміром 2-3 мм), безболісні, ціанотично-бурого забарвлення.

Туберкульозний (звичайний або вульгарний) вовчак зустрічається в дитячому віці з виникнення горбка – люпоми. Переважно ураження зазнає шкіра обличчя (70%), особливо в ділянці носа, щік, біля рота, вушні раковини, шия, рідше – кінцівки та тулуб. Ця форма виникає гематогенним і/або лімфогенним шляхом. Туберкульозні горбки дещо виступають над поверхнею шкіри або ж розташовані в товщі власне шкіри. Люпоми невеликі за діаметром (2-5 мм), жовто-червоного кольору, округлої форми, тістоподібної консистенції. У разі натиснення предметним склом (діаскопія) горбок набуває жовто-коричневого забарвлення – симптом «яблучного желе».

Діагностика хвороби полегшується наявністю характерних симптомів «яблучного желе» при діаскопії в інфільтративній фазі та симптомом провалювання зонда в люпому (симптом Поспелова). Реакція Манту позитивна, але у виділеннях із виразок, як правило, мікобактерій не знаходять. Гістологічним дослідженням у сітчастому шарі сполучної тканини виявляється горбик, в якому містяться гігантські клітини Пирогова-Лангханса, плазматичні, епітеліоїдні клітини, навколо них – лімфоцити. Казеозний некроз відсутній або слабо виражений.

Мета дослідження. Навчитися діагностувати туберкульоз на стоматологічному прийомі та визначати лікувальну тактику тематичних хворих. Вміти використовувати спеціальні методи обстеження хворих на туберкульоз при проявах на шкірі обличчя.

Методи дослідження. На кафедрі післядипломної освіти лікарів стоматологів звернувся пацієнт М., 14 років, зі скаргами на наявність горбиків м'якої консистенції на шкірі верхньої губи.

Об'єктивно: на шкірі верхньої губи наявні невеличкі горбики (люпоми) при натискуванні на які є позитивним симптомом Поспелова. Горбики м'якої консистенції, червоного кольору, 5 мм у діаметрі, безболісні при пальпації. При натисканні предметним склом горбик набуває жовто-коричневого забарвлення – симптом «яблучного желе».

Анамнез захворювання: скарги на загальну слабкість, наявність горбиків на шкірі верхньої губи, які з'явилися 6 місяців тому.

Діагностика туберкульозного вовчака ґрунтується:

- на виявленні люпом з характерними симптомами (яблучне желе, симптом зонда Поспелова) у вигляді жовтуватого-застійних

тістоподібних горбків і бляшок;

- повільний перебіг процесу з утворенням виразок і атрофічних рубців в ділянках типової локалізації;

- на результатах гістологічного дослідження, виявленні сенсibiliзації до туберкуліну.

У крові – лейкоцитоз, лімфоцитоз. У зіскрібках із виразки наявні гігантські клітини Пирогова-Лангханса та епітеліоїдні клітини. У бактеріоскопічному дослідженні наявні бацили Коха. Виявляється симптом «яблучного желе» разом із симптомом Поспелова. Попередній діагноз: «Туберкульозний вовчак».

Пацієнт був направлений до лікаря-фтизіатра для уточнення діагнозу та проведення лікування.

Висновки. Було обстежено пацієнта з попереднім діагнозом «туберкульозний вовчак» та направлено до вузькопрофільного спеціаліста з приводу уточнення діагнозу та подальшого лікування даного захворювання. Було проаналізовано клінічні прояви даної хвороби на шкірі верхньої губи.

Література:

1. Терапевтична стоматологія: Підручник для студентів стоматологічного факультету вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / За ред. Анатолія Ніколішина. - Вид. 2-ге, виправлене і доповнене. - Вінниця: Нова Книга, 2012. – 680 с.

2. Данилевський М.Ф. Терапевтична стоматологія: підручник: У 4 т. - Т. 4. Захворювання слизової оболонки порожнини рота / Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю. та ін. - К.: Медицина, 2010. - 640 с.

3. Україна. МОЗ. Про організацію надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз та на заразну форму туберкульозу, щодо яких судом ухвалено рішення про обов'язкову госпіталізацію: наказ МОЗ України від 19.11.2009 р. № 846 // Управління закладом охорони здоров'я. - 2010. - № 1. - С. 92-97.

4. Мельник В.М. Проблеми епідеміології та профілактики туберкульозу // Медицинские вести. – 1997. - № 1. - С. 10-13.

5. Біологічні особливості L-форм мікобактерій туберкульозу, що виделені у хворих на туберкульоз легень / Чернушенко К.Ф.

6. Wenzel, R.P. The Impact of Hospital-acquired Bloodstream Infections / R. P. Wenzel M. B. , Edmond // Emerg. Infect. Dis. 2001. - Vol. 7. - P. 174–177.

7. De Cock K.M., Wilkinson D. Tuberculosis control in resource-poor countries: alternative approaches in the era of HIV [comments]. Lancet

1995; 346:675-7.

8. Porter J.D. Mycobacteriosis and HIV infection: the new public health challenge. J Antimicrob Chemother 1996; – 37:113-20.

9. Raviglione M.C., Snider D.E. Jr, Kochi A. Global epidemiology of tuberculosis. Morbidity and mortality of a worldwide epidemic. JAMA 1995; 273:220-6.

10. Whalen C.C., Johnson J.L., Okwera A., et al. A trial of three regimens to prevent tuberculosis in Ugandan adults infected with the human immunodeficiency virus. Uganda-Case Western Reserve University Research Collaboration. N Engl J Med 1997; 337:801-8.

11. Wilkinson D., Davies G.R., Connolly C. Directly observed therapy for tuberculosis in rural South Africa, 1991 through 1994 [comments]. Am J Public Health 1996; 86:1094-7.

ДЕНСИТОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛІВОК СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ВТОРИННИМИ АДЕНТІЯМИ

Лемак Р.

Науковий керівник доцент Стасюк О.А., Сокологорська-Никіна Ю.К.
Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтиів
Полтавський державний медичний університет

Останнім часом остеопороз, як системне захворювання кістяка, має тенденцію до омолодження та характеризується зменшенням маси кісткової тканини та порушенням її мікроархітектоніки, що в свою чергу уповільнює темп зростання кісткової системи і призводить до розвитку аномалій прикусу.

Мета дослідження – провести денситометричну оцінку суглобових голівок СНЩС у пацієнтів із зубощелепними аномаліями та вторинними адентіями.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на КПКТ 54 пацієнтах, що мають як зубощелепні аномалії (n=36) – 1 група, так і вторинну адентію (n=18) – 2 група. За гендерним принципом розподіл пацієнтів було майже рівномірним: 29 жінок і 25 чоловіків. Згідно ортодонтичної патології пацієнти першої групи були розподілені на підгрупи згідно класифікації Е.Н. Angle. Поділ пацієнтів був таким: I клас – 18 пацієнтів, II клас – 12 пацієнтів та III клас – 6 пацієнтів. Другу групу становили 18 ортопедичних пацієнтів із вторинними

адентіями (III клас по Кеннеді).

Оцінювали рентгенанатомічну щільність голівок СНЩС шляхом вимірювання денситометричних показників згідно зі шкалою одиниць Хаунсфілда (HU) на дентальному комп'ютерному томографі VATECH PAX-ZENITH 3D.

Результати досліджень та їх обговорення. У ортодонтичних пацієнтів (I група) та у пацієнтів із вторинною адентією (II група) виявили ряд особливостей у денситометричній оцінці щільності голівок СНЩС. При порівнянні між групами середній денситометричний показник при ЗЩА становить $378,55 \pm 34$ одиниць (HU) (I гр.). При вторинній адентії (2 гр.) – $451,2 \pm 55$ одиниць (HU). Тобто, щільність кістки голівок суглоба в людей, що не мають порушень прикусу на 73 одиниці вища, ніж у пацієнтів із ЗЩА, проте ($P > 0,05$).

Таблиця

Середні денситометричні показники щільності голівок СНЩС у групах (HU)

СНЩС	Лівий	Правий	Середнє значення
I група	$378,8 \pm 38$	$378,3 \pm 30$	$378,55 \pm 34$
II група	$453,7 \pm 60$	$448,7 \pm 50$	$451,2 \pm 55$

У залежності від виду ЗЩА щільність кістки голівок СНЩС становить при I класі – $440,4 \pm 65,6$ одиниць (HU), при II класі – $418,7 \pm 62,8$ одиниць (HU) та при III класі – $323,5 \pm 35,6$ одиниць (HU) та знижується по мірі зростання тяжкості ЗЩА.

Висновок. Щільність голівок у ортодонтичних пацієнтів нижче в порівнянні з пацієнтами, що мають вторинну адентію та потребують протезування. Наявність ЗЩА знижує денситометричні показники щільності голівок СНЩС, яка найбільше знижена при III кл. – найбільш складній ортодонтичній патології.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Лучко А., Ткачова В., Аверін А., Абдулазізова С., Дзембуляк В., Коломійчук А.

Науковий керівник: доцент Максименко А.І.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Невідкладні стани можуть розвинутися на прийомі у лікаря-стоматолога дитячого під час виконання маніпуляцій

в щелепно-лицевій ділянці та становлять загрозу життю і здоров'ю маленьких пацієнтів. Для цього кожен лікар-стоматолог повинен вміти їх вчасно діагностувати, надавати ефективну невідкладну медичну допомогу і запобігати їх виникненню.

Мета дослідження: проаналізувати найбільш поширені невідкладні стани, з якими може зіткнутись лікар-стоматолог дитячий у своїй практиці та узагальнити сучасні підходи до надання невідкладної допомоги.

До найбільш поширених невідкладних станів у практиці лікаря-стоматолога дитячого відносяться: непритомність, колапс, анафілактичний шок, набряк Квінке, бронхіальна астма, епілепсія, гіпоглікемічна кома. До основних причин розвитку невідкладних станів у дитячій стоматології належать: страх дитини перед стоматологічними маніпуляціями, фізичний та емоційний дискомфорт маленьких пацієнтів під час лікування, хронічна супутня патологія, недостатній сон, реакція на больові подразники та компоненти місцевого анестетика.

Щоб попередити або запобігти виникненню невідкладного стану, лікар-стоматолог під час огляду дитини повинен ретельно збирати анамнез життя та захворювання. При проведенні подальшого лікування спостерігати за поведінкою і загальним станом дитини. Перші можливі зміни загального стану та психіки – це початкові, легкі зміни свідомості, що проявляються реакцією дитини. Досить часто початкові зміни психіки проявляються мовним або руховим збудженням, агресією. Вираз обличчя визначає загальний стан дитини: бліде обличчя характерне для крововтрати та інтоксикації. Підвищене потовиділення свідчить про зниження артеріального тиску та температури тіла дитини.

Невідкладна медична допомога має надаватися у короткотривалі терміни й у повному обсязі відповідно до потреб пацієнта. Важливим завданням такої допомоги є полегшення страждань дитини, боротьба з ускладненнями, що загрожують життю, з метою покращення здоров'я хворого або повного його одужання.

Основним завданням профілактики невідкладних станів у дитячій стоматології є детальний збір анамнезу, врахування психоемоційного стану дитини в день прийому, зменшення страху, проявів стоматофобій, ретельне дотримання засад деонтології, призначення проб на анестетики, забезпечення адекватної психофармакологічної підготовки.

Висновки. Лікар-стоматолог дитячий повинен бути готовий до надання невідкладної допомоги маленьким пацієнтам при виникненні

ускладнень, мати необхідне обладнання і відповідний набір медикаментів, якість, терміни зберігання і кількість яких має щомісяця контролюватися. Правильна тактика проведення реабілітаційних заходів до прибуття спеціалізованої реанімаційної допомоги у більшості випадків дозволяє зберегти життя маленьким пацієнтам, які зазнали впливу патологічних чинників, як місцево так і на увесь організм.

ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ АФТОЗНИЙ СТОМАТИТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Малюченко П., Пончик В.

Науковий керівник: асистент Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Згідно ВООЗ та літературних джерел, поширеність хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту (ХРАС) серед осіб молодого віку до 20 років складає 10-20%, а з 20 до 45 років збільшується до 95%. Поширеність ХРАС серед дітей та підлітків вища, ніж серед дорослих. Захворювання виникає переважно у віці 10-40 років. Частіше хворіють жінки. Серед потенційних етіопатогенетичних факторів розвитку рецидивуючого афтозного стоматиту, згідно різних джерел, відмічають системні захворювання шлунково-кишкового тракту, дефіцит вітаміну В12, імунологічні, генетичні зміни, стрес, гормональний дисбаланс, а також локальні мікробні зміни в організмі. Патогенез хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту вивчений недостатньо. Гістологічно основою афтозної виразки є запальний інфільтрат, що спочатку складається переважно з лімфоцитів, які пізніше змішуються з нейтрофілами та кератиноцитами.

На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулася пацієнтка Н, 32 років, зі скаргами на наявність на слизовій оболонці порожнини рота і язика афт, болісні відчуття при прийомі їжі та утруднену вимову. Рахує себе хворою біля 2-х днів. Подібні елементи ураження відмічала в цей же період рік назад. При огляді на слизовій оболонці правої щоки в ділянці 15, 14 зубів 2 афти розміром 2 x 3 мм. Язик збільшений у розмірі. Гіпертрофія правої бокової поверхні язика з наявністю афти розміром 3 x 5 мм. На фоні гіперемованої слизової передвір'я рота в ділянці 43, 44 зубів діагностована афта розміром 10 x 5 мм. Дно всіх афт покрите сіруватобілим нальотом, який міцно тримається. Афти болісні при пальпації. Тканини періодонту в нормі. У зубах 45, 36 пломби у задовільному

стані. Проведена диференційна діагностика з травматичними ураженнями СОПР, гострим афтозним стоматитом, герпетичним стоматитом, змінами СОПР від специфічних інфекцій, синдромом Бехчета. Консультована гастроентерологом, здійснені допоміжні методи дослідження: клінічний аналіз крові, кров на цукор, біохімічні дослідження крові, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, езофагогастродуоденоскопію. Заключення гастроентеролога: еритематозна гастродуоденопатія. На підставі основних та допоміжних методів обстеження був поставлений діагноз: хронічний рецидивуючий афтозний стоматит. Лікування місцеве: щоденна антисептична обробка афт, сеанси світлолікування з допомогою багатофункціонального приладу Lux Dent UFL-122 (м. Київ) зі спектрами випромінювання “R” (червоний) та “O” (померанчевий) по 1 хв на поле, аплікації – метацил – вінілін – анестезинової суміші.

Загальне лікування проводилось згідно призначень гастроентеролога: дієтотерапія, гіпосенсибілізуюча терапія, імунокорегуючі засоби, вітамінотерапія. З другого по четверте відвідування спостерігалась позитивна динаміка, яка проявлялась у поступовій епітелізації афт, загоєнні уражених ділянок, зменшенням і зникненням больових відчуттів, покращенні загального стану. На четверте відвідування скарги у пацієнтки відсутні.

Висновок. Хронічний рецидивуючий афтозний стоматит, як симптоматичне захворювання, потребує мультидисциплінарного (сумісного лікар-стоматолог і гастроентеролог) місцевого та загального лікування з застосуванням засобів, які прискорюють епітелізацію, використанням фізичних факторів (світлолікування) та загального лікування пацієнтів. Такі хворі повинні знаходитись під диспансерним наглядом.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ СИНКОПАЛЬНИХ СТАНІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЙОМІ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА

Мамай О.

Наукові керівники: доцент Коломієць С.В. [1], доцент Бойко Д.І. [2]
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів [1], кафедра психіатрії, наркології та медичної психології [2]
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Транзиторна гостра судинна недостатність, зокрема синкопе (або непритомність) належить до найбільш

поширених ускладнень на амбулаторному прийомі лікаря-стоматолога, зокрема лікаря стоматолога-хірурга. Розвиток синкопальних станів безпосередньо пов'язаний зі станом психічного здоров'я та вегетативної нервової системи, які в умовах повномасштабних катастрофічних подій (війна, втрата близьких, зміна постійного місця проживання тощо) можуть підлягати додатковому впливу. Згідно нормативів амбулаторного прийому – час, що виділяється на кожного окремого пацієнта, не може бути достатнім для проведення повноцінного скринінгу психічного стану та нервової системи, але маючи результати досліджень присвячених цій проблемі можна компенсувати недостатність часу шляхом оцінки імовірних предикторів та аналізу імовірності розвитку втрати свідомості. Тому актуальним питанням для вирішення цієї проблеми є розробка певного алгоритму швидкого скринінгу індивідуального нейропсихологічного профілю пацієнта, що може виступати потенційним чинником цих ускладнень.

Метою нашого дослідження стало проаналізувати психологічний стан пацієнтів на амбулаторному прийомі лікаря стоматолога-хірурга та схильність їх до синкопальних станів, використовуючи візуальні та аналітичні індивідуальні показники.

Матеріали та методи. До пілотного дослідження було залучено 28 пацієнтів з клінічними діагнозами «Гострий гнійний перикоронарит» та «Гострий гнійний періостит», яким було запропоновано під час збору анамнезу хвороби додатково пройти опитувальники щодо їх психоемоційного стану. Для оцінки сприйнятого стресу використали шкалу PSS-10, для оцінки порушень емоційної регуляції – шкалу DERS-16, а для оцінки якості сну – Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI). Окрім цього, кожному пацієнту провели вимірювання гемодинамічних показників тиску та пульсу, дослідження стану вегетативної нервової системи шляхом визначення дермографізму та розрахунку індексу Кердо, зафіксовано проведення у черзі час та кількість годин сну у ніч перед візитом. У разі виникнення синкопального стану була надана невідкладна допомога, направлена на стабілізацію пацієнта з фіксацією часу виникнення ускладнення та гемодинамічних показників після невідкладного стану. Статистичний аналіз проводили з використанням критеріїв Манна-Уїтні та точного критерію Фішера.

Результати. Нами встановлено, що особи, в яких виявлялися випадки непритомності мали статистично значущу меншу тривалість сну напередодні візиту ($p=0,045$) та гіршу якість сну ($p=0,007$). Пацієнти з непритомністю продемонстрували протягом останнього місяця гіршу суб'єктивну якість сну ($p=0,028$), меншу тривалість сну ($p=0,004$),

нижчу ефективність сну ($p=0,030$) та більш виражені розлади сну ($p=0,013$). При цьому пацієнти груп з несприятливою та без неї відрізнялися за рівнем сприйнятого стресу ($p=0,078$) та часом проведеним у черзі ($p=0,604$). За результатами оцінки дермографізму було виявлено, що несприятливість переважала в осіб з симпатикотонією ($p=0,022$). Індекс Кердо продемонстрував статистично значущі вищі показники при наявності несприятливості ($p=0,038$), а саме переважання тонуусу симпатичної нервової системи, в той час як серед осіб без несприятливості відмічалися як випадки переважання одного типу вегетативної нервової системи, так і рівноважні стани. Оцінка емоційної регуляції продемонструвала більш виражені порушення у пацієнтів, що мали несприятливість ($p<0,001$), зокрема було встановлено відмінності за показниками неприйняття емоційних реакцій ($p<0,001$), труднощі з цілеспрямованою поведінкою ($p=0,001$) та контролю над імпульсами ($p<0,001$), обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій ($p<0,001$). Привертає увагу відсутність статистично значущих відмінностей за рівнем відсутності емоційної ясності ($p=0,604$).

Висновки. Таким чином нами встановлено, що якість та тривалість сну, стан вегетативної нервової системи та емоційної регуляції відрізняються в осіб, що мали несприятливість на прийомі у лікаря стоматолога-хірурга. Це може вказувати на імовірний генез цих синкопальних станів. Враховуючи пілотний дизайн нашого дослідження можна зробити висновки, що саме стан вегетативної та емоційної регуляції можуть бути мішенями дослідження предикторів розвитку синкопальних станів на амбулаторному прийомі лікаря стоматолога-хірурга, а вивчення якості та тривалості сну може дозволити розробити дієві практичні рекомендації для пацієнтів з метою запобігання розвитку даних станів.

ВАЖЛИВІСТЬ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА, ЯК ФАКТОР ОНКОНАСТОРОЖЕНОСТІ В СТОМАТОЛОГІЇ

Мамай О.

Наукові керівники: доцент Коломієць С.В., асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Передракові захворювання слизової порожнини рота залишаються однією з серйозних проблем у хірургічній стоматології.

Актуальність дослідження обумовлена високою поширеністю цієї категорії патологій і високим відсотком ризику розвитку злоякісних пухлин. За даними В.А. Данилевського (1989), Розіна Г.П. (2006) – рак червоної облямівки губ і СОПР становить близько 10% від усіх випадків раку різних органів. Небезпечність поширення захворювань цієї групи є здатність до малігнізації у 40-92% в залежності від авторів дослідження (Н.Н. Петров, 1951; І.Т. Шевченко, 1959; В.А. Епштейн, 1935; А.Л. Машкілейсон, 1970. Григорчук В.Ф., 2001, Бондар Г.В., 2002, Баштан В.П, Рибалов О.В. 2003, Тимофеев А.А., 2013, ін.).

Складнощі діагностики та прогнозування подальшої можливої малігнізації уражень слизової оболонки порожнини рота полягають здебільшого у недостатній онконастороженості лікарів-стоматологів, особливо в умовах амбулаторного прийому. Головною проблемою поширення є постановка хибного діагнозу, що відтерміновує вчасно надану допомогу та правильне лікування, неякісно виготовлені ортопедичні конструкції, нераціональне пломбування, а також несвоєчасний візит пацієнтів на профілактичний огляд.

Мета дослідження. Удосконалення знань стоматологів про передракові захворювання ротової порожнини з метою формування онконастороженості серед спільноти інтернів та лікарів-стоматологів, а також для покращення заходів профілактики злоякісних новоутворень, що можуть загрожувати життю пацієнта.

Методи дослідження. Нами було обстежено 12 пацієнтів з передраковими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота. Середній вік обстежених пацієнтів складав від 60 до 70 років. Гендерна ознака не враховувалась. Усі пацієнти мали фіксовані та нефіксовані ортопедичні конструкції в порожнині рота, які потребували корекції. Пацієнтам проводилась наступна діагностика: цитологічне дослідження, “G-зелена” лампа УФО-122 для транслюмінаційної діагностики. До специфічних методів обстеження пацієнтів з такою категорією нозологічних одиниць використовують високоспецифічні методи огляду та діагностики до яких відносяться стоматоскопія барвниками по Н.А. Кунину, транслюмінаційна діагностика з використанням “G-зеленого” лампи УФО-122, визначення індексу кератинізації та імунологічні технології визначення білка гена супресора клітинного росту p 53 та білка проліферуючих клітин Ki 67, які дозволяють оцінити ризик малігнізації, проліферативний потенціал. Поруч з тим, хірургічна біопсія залишається золотим стандартом діагностики раку порожнини рота.

Жодне передракове захворювання не є обов’язковим

попередником злоякісних новоутворень порожнини рота і частка з них не трансформуються в злоякісні пухлини. Нелегко відрізнити передраки з вищим ризиком трансформації від тих, які несуть менший ризик: наявність дисплазії вважається найбільш вірогідним показником можливої злоякісної трансформації. Однак важливо мати на увазі, що недиспластичні ураження також можуть трансформуватися в злоякісні пухлини, тоді як не всі диспластичні ураження можуть прогресувати до раку. Наявність або відсутність дисплазії безпосередньо не пов'язана зі специфічним клінічним проявом ураження, тому неможливо передбачити наявність диспластичних змін до виконання біопсії. Дисплазія може бути визначена як зміна специфічних архітектурних характеристик слизової оболонки і може бути класифікована як легка, помірна або важка залежно від глибини та тяжкості змін.

Зміни в слизовій оболонці пов'язані з мутаціями ДНК, що впливають на кілька різних генів, що регулюють клітинну передачу сигналів, ріст, виживання, рухливість, ангіогенез і контроль клітинного циклу, що призводить до змін у клітинній проліферації. Це призводить до прогресивного набуття злоякісного фенотипу, який може призвести до раку. Гістологічно критерії діагностики дисплазії включають втрату полярності базальних клітин, краплеподібні валики, збільшення кількості патологічних мітозів, аномально поверхневі мітози, дискератоз і кератинові перли всередині структур. При легкій дисплазії ці зміни обмежені нижньою третиною епітелію, при помірній дисплазії вони поширюються на середню третину, а при важкій дисплазії залучено більше двох третин епітелію.

Висновки. Отримані за результатами дослідження дані показують, що адекватне та своєчасне лікування передракових захворювань слизової оболонки порожнини рота може запобігти розвитку злоякісної пухлини та врятувати життя пацієнта, а принципи онконастороженості, якими повинен керуватися кожен лікар-стоматолог є основоположними у процесах профілактики появи онкологічних захворювань у людей.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ З ЗАСТОСУВАННЯМ БОТУЛОТОКСИНУ

Мезінова А., Онищенко К., Щербак Д.

Науковий керівник: доцент Удальцова К.О., доцент Шинкевич В.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Сучасна стоматологія включає в себе комплексний підхід до лікування пацієнтів. Ботулотерапія становить актуальний напрямок вирішення естетичних та функціональних проблем.

Мета дослідження. Розширити спектр методів корекції функції жувальних м'язів і окремих м'язів за допомогою ін'єкційної ботулотерапії.

Методи дослідження. Аналіз фотопротоколів до та після ботулотерапії пацієнтів, яким проводили корекцію гінгівальної посмішки та бруксизму у співпраці з лікарем-косметологом.

Основні результати. Пацієнти з гінгівальною посмішкою отримують позитивну динаміку через два тижні після ін'єкцій. При лікуванні бруксизму розслаблення жувальної мускулатури допомагає сформувати нову програму її роботи. Лікування препаратом ботулотоксином продовжується на протязі двох-трьох років, після чого м'язи починають працювати без гіпертонуса в нормальному режимі.

Висновок. На даний момент гіпертонус або гіперфункція жувальних м'язів актуальна проблема серед стоматологічних пацієнтів. Лікар-стоматолог, співпрацюючи з лікарем-косметологом, може досягти швидкий, безпечний та ефективний результат в лікуванні. Косметологічні маніпуляції тісно пов'язані з вирішенням стоматологічних питань.

ОСОБЛИВІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ РЕНТГЕНОГРАФІЇ НА ЕНДОДОНТИЧНОМУ ПРИЙОМІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Нестеренко Г.

Наукові керівники: професор Силенко Ю.І., доцент Писаренко О.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Морфологія кореневих каналів відіграє вирішальну роль у визначенні умов, за яких ендодонтичне лікування може бути ефективним. Успішне ендодонтичне лікування включає правильну

діагностику, ретельне очищення та формування та тривимірну obturaцію. Якщо цього не зробити, це може призвести до післяопераційних захворювань, болю та подальших ускладнень. Таким чином, лікар-стоматолог повинен знати про будь-які анатомічні особливості кореневих каналів, які можуть вплинути на успішність терапії кореневих каналів.

Метою нашої роботи було проведення аналізу видів рентгенологічного дослідження на ендодонтичному прийомі безпосередньо на прикладі клінічного випадка.

Методи дослідження. Аналіз публікацій наукових досліджень в наукометричних базах даних (Web of Science, Google Scholar).

Проаналізований клінічний випадок ендодонтичного лікування зуба 1.7 у пацієнта 58 років з приводу хронічного фіброзного пульпіту. Для уточнення анатомічних особливостей будови кореневих каналів, якості їх obturaції при проведенні внутрішньоротових периапікальних рентгенограм ефективним було проведення рентгенографії з різною горизонтальною ангуляцією (проекцією) по відношенню до датчика/плівки розташованого в порожнині рота. Зокрема для того щоб верифікувати кількість коренів і каналів зуба, розрізнити об'єкти, які накладаються один на одного, диференціювати різні типи резорбцій коренів, визначити розташування відламків ендодонтичних інструментів, перфорацій, може бути використана техніка зміщення тубуса рентген-апарата. У даному клінічному випадку на етапі оцінки якості obturaції кореневих каналів було зроблено 4 рентгеновських знімки з використанням техніки «бісектриси кута» (вертикальна ангуляція тубуса рентген апарата $+30^\circ$, горизонтальна ангуляція проводилась орторадіально до рентген-датчика та зі зміщенням на $10-15^\circ$ мезіально та дистально). Таким чином був виявлений недолік obturaції і її повторне проведення.

Висновки. Отже, незважаючи на високу точність та інформативність конусно-променевої комп'ютерної томографії в ендодонтії різні модифікації методів внутрішньоротової рентгенографії зубів при проведенні ендодонтичного лікування залишаються затребуваними при проведенні серії робочих рентгенограм та несуть меншу дозу рентгенологічного навантаження.

ПІГМЕНТОВАНИЙ ЗУБНИЙ НАЛІТ У ДІТЕЙ. ЕТІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА

Поправка М., Царапін А.

Науковий керівник: доцент Кулай О.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пігментований зубний наліт у дитячому віці зустрічається від 19% до 35,16% випадків. Цей вид зубних відкладень частіше виявляється у дітей, уражених карієсом (44,69), у порівнянні з дітьми з інтактними зубами (29,76). Хоча існують суперечливі думки з приводу впливу пігментованого нальоту на розвиток патології такої як карієс.

Метою роботи було вивчення літературних джерел щодо етіології, клініки та діагностики пігментованого зубного нальоту в дітей.

Пігментований наліт – це відкладення, які утворюється у вигляді плівки різної товщини структури і кольору. За класифікацією МКХ 11 перегляду пігментований наліт відноситься до розділу DA08.4 Відкладення на зубах. Виділяють пігментований наліт чорний, зелений, помаранчевий.

Останні літературні дані свідчать, що мікробіом у чорному пігментованому нальоті менш різноманітний у порівнянні з білим нальотом. Його складають п'ять найпоширеніших родів: *Campocytophaga*, *Leptotrichia*, *Fusobacterium*, *Corynebacterium* і *Streptococcus*. Дисбіоз чорного нальоту нагадує «орально здорові» спільноти. Мікрофлора, домінуюча в чорному нальоті має низький карієсогенний потенціал.

При дослідженні хімічного складу слини в дітей із чорним нальотом виявлено значно вищий уміст кальцію, неорганічних фосфатів, міді, натрію, загального білка і нижчий уміст глюкози, ніж у дітей без нальоту. Отже, хімічний склад слини в дітей та підлітків із чорним нальотом характерний для осіб із низькою сприйнятливістю до карієсу.

Ротова рідина дітей віком до 4 років містить багато невідновленого заліза, яке зв'язується у порожнині рота з сіркою білкових речовин продуктів харчування, зумовлює забарвлення білого нальоту в темний колір, а після 4 років кількість невідновленого заліза в ротовій рідині зменшується, про що свідчить зменшення поширеності пігментованого нальоту як у групі здорових дітей, так і в дітей, уражених карієсом зубів.

У дітей та підлітків зустрічається зелений наліт, що щільно з'єднується з емаллю зуба, майже не видаляється зубною щіткою і досить важко видаляється інструментально. Клінічно зелений наліт

виявляється у вигляді облямівки в приясенній частині зуба. Емаль у цій ділянці стає тьмяною, набуває сіруватого відтінку. Характерним для зеленого нальоту є ураження тільки губної та щічної поверхонь постійних і тимчасових зубів у вигляді кайми або окремих смуг у ділянці ясенного краю (в основному у дітей). Частіше зустрічаються відкладення на зубах верхньої щелепи та зрідка – на зубах нижньої щелепи.

Факторами ризику виникнення зеленого нальоту у дітей вважають дисбактеріоз кишківника, що може бути пов'язано з неправильною роботою шлунково-кишкового тракту малюка, прийомом антибактеріальних препаратів, хворобами печінки, відсутністю гігієни порожнини рота, руйнуванням пігментів крові, аскарідозом, гіпербілірубінемією, наявністю грибка *Lichen dentalis*. Існує думка, що причиною зеленого забарвлення нальоту є хлорофіл, що виділяють ці мікроорганізми.

В емалі таких зубів під мікроскопом виявляються чисельні тонкі отвори, густо заселені бактеріями. Неорганічний якісний і кількісний склад зеленого нальоту вивчався ще у 1955 р. Зелений наліт раніше називали зеленим каменем або прістлевою масою. Joseph Priestley в 1778 р. вважав причиною зафарбовування пелікули та/або зубної бляшки стає розвиток грибка *Lichen dentalis*, який продукує хлорофіл. Найбільш поширений цей наліт у дітей із недостатньою гігієною порожнини рота і може утворитися внаслідок руйнації пігментів крові після ясенної кровоточивості або від хромогенних бактерій. Зелений наліт зустрічається при дисбіозі кишечника. У дітей із аскарідозом наліт пришийкової ділянки інтенсивно зафарбований у зелений колір, і по мірі наближення до різального краю зуба інтенсивність зафарбування різко спадає.

Виникнення помаранчевого зубного нальоту пов'язують із впливом хромогенних бактерій, металів і доксицикліну. Жовто-золоті плями на поверхні зубів можуть утворюватися при використанні фториду олова (SnF_2). Вважають, що низький рівень рН SnF_2 викликає денатурацію білка пелікули під впливом сульфгідрильних груп, які потім утворюють сульфід олова, що дає відповідний відтінок.

Механізми адгезії хромогенів ще недостатньо зрозумілі, але типові таніни взаємодіють з глікопротеїнами пелікули зуба – придбані органічної плівки, що приходить на зміну насмітовій оболонці щойно прорізаного зуба. У зв'язку з цим раніше пігментований наліт, що зустрічався на молочних зубах у дітей називали «нальотом гумених вод».

Ураховуючи, що пігментований зубний наліт погано

зафарбовується барвниками або не зафарбовується взагалі, це призводить до унеможливлення інтерпретації та спотворення результатів гігієнічних індексів. Тому В.І. Острячко, І.І. Якубова, Н.С. Ісаєва (2013 р.) запропонували гігієнічний індекс пігментованого нальоту, який дає змогу візуально оцінити та за формулою вирахувати інтенсивність нальоту, яка інтерпретується в балах, що відповідають низькому, середньому та високому ступеням.

Для ефективного виявлення і візуалізації пігментованого нальоту потрібні використання внутрішньоротових відеокамер, фотоапаратів із виведенням зображення на монітор комп'ютера.

Висновки. Знання причин і механізмів виникнення пігментованого зубного нальоту має важливе значення для стоматологічної практики, оскільки воно дає можливість діагностувати наліт під час огляду, пояснити пацієнту природу фарбування і обґрунтувати методи лікування.

ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНИЙ СТОМАТИТ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ КРОВІ (ЛЕЙКОЗ)

Приліпко С., Гаврилюк О.

Наукові керівники: професор Скрипнікова Т.П., асистент Тимошенко Ю.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Патологічні зміни на слизовій оболонці порожнини рота можливі при багатьох соматичних хворобах. Вони супроводжуються функціональними порушеннями у ротовій порожнині, знижують рівень життя хворого, тому своєчасне виявлення і вірне трактування змін лікарем-стоматологом сприяють ранньому розпізнаванню та своєчасному стоматологічному лікуванню.

Метою нашої роботи є поглиблення знань з питань етіології, патогенезу, клініки та диференційної діагностики проявів патології крові в порожнині рота.

Лейкоз – злоякісне захворювання органів кровотворення, яке виникає внаслідок прогресуючої клітинної гіперплазії в кровотворних органах, коли процеси проліферації превалюють над процесами диференціювання. У порожнині рота провідними клінічними синдромами є: геморагічний, гіперпластичний, виразково-екротичний, анемічний. Ці зміни можуть бути першими, які з'являються в порожнині рота, тому пацієнти звертаються за допомогою до лікаря-стоматолога.

На консультацію до кафедри післядипломної освіти лікарів-

стоматологів ПДМУ, за направленням сімейного лікаря, звернувся пацієнт з приводу змін слизової оболонки порожнини рота. Після проведення клінічного та лабораторного обстеження виявленні порушення загального стану, виразкові ураження в порожнині рота, зміни в загальному аналізі крові. Був призначений стоматологом комплекс терапії слизової оболонки порожнини рота, який був направлений на знеболення та епітелізацію осередків ураження. Прийнято рішення разом з сімейним лікарем, що до скерування хворого у відділення гематології для подальшої діагностики та лікування.

Таким чином, стоматологічна симптоматична допомога таких пацієнтів відповідає періоду та стадії захворювання та можлива тільки за умови терапії основного захворювання під постійним наглядом лікаря-гематолога.

СИФІЛІТИЧНА ВИРАЗКА НА ПІДНЕБІННІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Прокопенко І.

Науковий керівник: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Сифіліс – хронічна інфекційна хворобі, яку викликає бліда спірохета. Шлях передачі в основному контактний – при статевих стосунках, а також при користуванні загальною з хворим посудом, білизною, зубною щіткою. За сучасними даними, які описані в літературних джерелах. Прояви сифілісу на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) досить часто не розпізнаються, а це приводить до самозараженню лікаря-стоматолога, а також передачею інфекції через недостатньо дезинфікований і стерилізований інструментарій хворими, що звертаються за стоматологічною допомогою з приводу захворювань пародонту.

Лікар-стоматолог повинен добре знати шляхи передачі інфекції від хворого до здорового, загальні й локальні прояви сифілісу на слизовій оболонці порожнини рота і пародонту, та на основі їх аналізу і узагальнення уміти своєчасно визначити можливу наявність цього захворювання та прийняти термінові заходи до уточнення діагнозу. Пацієнта слід направити на спеціальне бактеріологічне та імунологічне обстеження, а також призначити на консультацію до дерматовенеролога і прийняти заходи щодо попередження розповсюдження

захворювання серед медперсоналу стоматологічного закладу, а також серед хворих, що звертаються до стоматолога з патологією органів порожнини рота.

Мета дослідження. Головна мета дослідження – це дослідження клінічного випадку та вдосконалення знань стоматологів про патології СОПР для покращення діагностичних заходів, встановлення вірного діагнозу, що в свою чергу можуть врятувати життя пацієнта.

Сифіліс без адекватного лікування може призвести до летального випадку.

Методи дослідження. На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів 01.02.2023 р. прибув на консультацію пацієнт Г., чоловік 34 років. Під час обстеження виявлено видимі шкірні покрити без змін, природнього кольору. Видимі слизові оболонки без змін. На слизовій оболонці середньої третини піднебіння зліва, ближче до піднебінного шва наявна зона порушення цілісності слизової оболонки у вигляді ерозії з підритим краями і твердим некротичним вмістом всередині діаметром до 1,5 см. Слизова оболонка (СО) біля виразки гіперемована. Дискомфорт у ділянці лімфатичних вузлів, при пальпації щільно-еластичної консистенції розміром з горошину.

Анамнез захворювання. Зі слів пацієнта, на піднебінні спочатку була напружена СО, яка згодом перетворилася на виразку.

Діагностика. При спробі зняти поверхневі шари виразки зазнали деяких труднощів через затвердіння поверхневих шарів.

Бактеріологічне дослідження. Хворого направлено на РІБТ до дерматовенерології. Для постановки цієї реакції використовують кардіоліпіновий та трепонемний антигени.

Гемоліз, який ледь почався (+++) – позитивна.

Встановлено попередній діагноз. Первинна сифілітична виразка на піднебінні.

Хворий був направлений у дерматовенерологічне відділення для уточнення діагнозу та призначення належного лікування.

Висновок. Досліджено пацієнта з попереднім діагнозом «Первинна сифілітична виразка» та направлено до вузького спеціаліста щодо уточнення діагнозу та початку лікування. Проаналізовано клінічні прояви хвороби на СОПР. При розвитку даної хвороби може розвинути небезпечний стан для пацієнта, при якому загальний стан організму може погіршуватися за рахунок наростання кількості трепонем та їх наслідків перебування, що може призвести до таких ускладнень, як порушення роботи центральної нервової системи, вплив на серцево-судинну систему, погіршення слуху, втрата зору,

менінгіти і невралгія, порушення мозкової діяльності.

Література.

1. Данилевський М.Ф., Несин О.Ф., Рахній М.І. Захворювання слизової оболонки порожнини рота. – К., 1998. – С.247-279.

2. Shamim T, Varghese VZ, Shameena PM, Suddha S. Pemphigus Vulgaris in oral cavity. Clinical analyses of 71 cases. Med Oral Pathol Buccal. 2008;13:2622–2626.

3. Urbano FL. Nikolsky's Sign in Autoimmune Skin Disorders. Hospital Physician. 2001:23–24.

4. Endo H, Rees TD, Hallmon WW. Disease progression from mucosal to mucocutaneous involvement in a patient with desquamating gingivitis area with Pemphigus Vulgaris. Journal of Periodontology. 2008;99(2):368–375.

5. Yeh, S.W.; Ahmed, Babar; Sami, Naveed; Ahmed, A. Razzaque. «Blistering disorders: diagnosis and treatment.» Dermatologic therapy. 2003;16(3):214-23.

6. Manifestation of pemphigus vulgaris in the orofacial region. A case report. Fassmann A, Dvoakova N, Izakoviaova Holla L, Vanuk J, Wotke J. Script Med. 2003;76:55–62.

7. Autoimmune bullous skin diseases. Part 2: diagnosis and therapy. Kneisel A, Hertl M. J Dtsch Dermatol Ges. 2011;9:927–947.

8. A cross-sectional study of clinical, histopathological and direct immunofluorescence spectrum of vesiculobullous disorders. Arundhathi S, Ragunatha S, Mahadeva KC. J Clin Diagn Res. 2013;7:2788–2792.

9. A practical guide to the monitoring and management of the complications of systemic corticosteroid therapy. Liu D, Ahmet A, Ward L, et al. Allergy Asthma Clin Immunol. 2013;9:30.

10. Pemphigus therapy with oral prednisolone regimens. A 5-year study. Ratnam KV, Phay KL, Tan CK. Int J Dermatol. 1990;29:363–367.

ЗАСТОСУВАННЯ СВІТЛОЛІКУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЗА ДОПОМОГОЮ ВІТЧИЗНЯНОГО БАГАТО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПРИЛАДУ НВФ ЛЮКС ДЕНТ UFL-122

Рудіч О., Галай О., Сердюк С.

Наукові керівники: асистент Хавалкіна Л.М., асистент Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Застосування в медичній практиці світлолікування є розповсюдженим і альтернативним методом

діагностики і лікування, особливо у пацієнтів, що не можуть із різних причин використовувати інші способи.

Світлолікування або фототерапія – застосування з лікувальною метою енергії світла, що включає інфрачервоне, видиме та ультрафіолетове випромінювання.

Хромотерапія – це безконтактний метод лікування світлом і кольором, ефективність якого науково доведена. Він заснований на тому, що світло, будучи електромагнітним випромінюванням, проникає через тканини і несе необхідну енергію.

Мета. Довести лікарям-стоматологам, що використання світлолікування для комплексного лікування захворювань ротової порожнини дає гарний клінічний ефект, при умові знань показань і протипоказань, з урахуванням гіперчутливості пацієнта, при використанні апарату UFL-122.

У сучасній медицині успішно застосовуються велика кількість апаратів для лікування і діагностики які базуються використанні різних видів світла.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів для світлолікування та діагностики застосовують багатофункціональний апарат "UFL-122" фірми "Люкс-Дент", м. Київ.

Специфіка цього приладу полягає у використанні спеціальної системи фільтрів, які дозволяють у клінічній практиці використовувати світловий потік, що випромінюється галогенною лампою потужністю 150-200 Вт. Він має такі режими, як: білий колір (режим W) використовується для визначення кольору слизової оболонки порожнини рота та для підбору кольору композитного матеріалу. Довжина хвилі 400-700 нм. Блакитний спектр (режим B) призначений для полімеризації. Потужний світловий потік синього спектру засвічує фотополімери на велику глибину і забезпечує полімеризацію пломби через товстий шар дентину. Довжина хвилі 400-500 нм, потужність – 600 мВт/см². Зелений спектр (режим G) розробники апарату рекомендують застосовувати як метод транслюмінісценції.

Особливо добре піддається лікуванню червоним світлом патологія пародонту різних ступенів. Світло має протизапальну дію, оскільки нормалізує мікроциркуляцію і покращує проникність судинної стінки, активізуючи окисно-відновні процеси в тканинах. При цукровому діабеті, за рахунок покращення мікроциркуляції, відсвічування дає позитивні та стійкі результати.

У зеленому світлі яскраво виражене світіння (люмінісценція) гіперкератизованих тканин.

Протипокази для використання: гострі інфекційні захворювання; вагітність і лактація; пухлини і пухлиноподібні захворювання; гнійні процеси які потребують хірургічного розкриття (але на етапі загоєння ран світлолікування активно стимулювало процеси репарації).

Нами проліковано 22 пацієнта із патологією: хронічний рецидивуючий генералізований пародонти I-II ступенів, стадія загострення (10 випадків) – 45,5%, хронічний рецидивуючий афтозний стоматит (3 випадки) – 13,6%, хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит (4 випадки) – 18,2%, хронічна тріщина губи (5 випадків) – 22,7%.

Хороший ефект при застосуванні світловипромінюючого апарату в комплексному лікуванні, спостерігався на всіх стадіях запалення. Після проведеного курсу відсвічування, пацієнти відмічали значне покращення стану: зникали больові відчуття, свербіж ясен, печіння, зменшення кровоточивості ясен, набряку, гіперемії та явищ загальної інтоксикації організму, прискорювалося загоєння та досягнення ремісії. За період клінічного застосування апарату Lux-Dent серії UFL-122 ускладнень та алергічних реакцій не спостерігалось.

Висновки. Використання світла при лікуванні захворювань ротової порожнини дає хороший лікувальний ефект, як в комплексному лікуванні, а іноді і самостійно. Світлолікування у стоматології необхідно проводити з урахуванням протипоказань і майже не дає ускладнень (гіперчутливість). Діагностика та лікування за допомогою апарату UFL-122 не вимагає особливих умов, навичок та додаткових витрат. Просто, швидко, достовірно, ефективно.

СИМПТОМ «ПЕЧІННЯ» В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Саприкіна М.

Наукові керівники: професор Скрипнікова Т.П., к.мед.н. Розколуца Н.В.
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Слизова оболонка ротової порожнини (СОПР) є важливою складовою здоров'я людини на яку можуть впливати різні пошкоджуючі фактори. Серед основних симптомів, які вказують на наявність захворювання слизової оболонки рота, печіння має особливе місце. Цей симптом може бути проявом різних захворювань, що

включають інфекційні, запальні, алергічні та інші процеси. Симптом печіння є клінічною ознакою, яка може вказувати на різноманітні захворювання слизової оболонки порожнини рота, це потрібно враховувати в диференційній діагностиці захворювань слизової оболонки порожнини рота, що є важливим аспектом та допоможе вчасно розпізнати та вилікувати ці захворювання.

Мета. Визначення ролі симптому печіння в диференційній діагностиці захворювань СОПР. Аналіз різних захворювань, які можуть бути пов'язані з печінням у ротовій порожнині, включаючи інфекційні, запальні, алергічні та інші стани, та визначити патогенез цього симптому.

Диференційна діагностика захворювань СОПР, що супроводжується симптомом печіння включає в себе: травми, стоматити різної етіології, грибові інфекції, алергічні реакції, системні захворювання, захворювання слинних залоз, ендокринні порушення, застосування лікарських препаратів та інші патології.

Додаткові методи дослідження, такі як мікроскопічний аналіз, біопсія, гістологічне обстеження, аналіз крові, біохімічний аналіз крові можуть бути необхідними для встановлення остаточного діагнозу.

Висновки. Враховуючи клінічні особливості перебігу симптому печіння, характер, тривалість, поширення та супутні симптоми, ми можемо встановити діагноз ураження слизової оболонки порожнини рота та патогенез виникнення симптому. При симптоматичних захворюваннях необхідний комплексний підхід до обстеження та лікування пацієнтів, а також лікування у лікарів-інтернів.

СИНДРОМ СТВЕНСА-ДЖОНСОНА, КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Саприкіна М., Кірюхіна Є., Шалдуга А.

Науковий керівник: професор Скрипникова Т.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Синдром Стивенса-Джонсона відноситься до найтяжчої токсико-алергічної форми багатоформної ексудативної еритеми. Це захворювання має складний клінічний перебіг та особливості лікування.

Мета. Лікарі-стоматологи повинні вміти правильно проводити суб'єктивне та об'єктивне дослідження, призначати додаткові методи

дослідження, встановлювати вірний діагноз, визначати підхід до лікування та профілактики.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів ПДМУ був направлений на консультацію пацієнт К., 22 р., зі скаргами на підвищення температури – 39°C, слабкість, нездужання, біль у порожнині рота, неможливість прийому їжі, розмови через вогнища ураження на слизовій червоної облямівки губ, їх злипання, сльозоточивість очей. Вважає себе хворим приблизно 5 днів, лікувався у сімейного лікаря та лікаря-стоматолога. Початок хвороби супроводжувався підвищення температури, нездужанням, болями в суглобах та м'язах, потім через 1-2 дні з'явилися висипання в порожнині рота, на губах, відчуття печіння слизової очей.

Об'єктивно: на червоній облямівці губ, слизовій губ, язиці, наявні генералізовані ураження за рахунок поліморфізму: еритеми, гіперемія, пухирці, пухирі, ерозії, плівки, вкриті випотом фібрину, губи із шаром кірок, коричневого кольору, ерозії, тріщини, кровоточивість. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, болючі, рухомі. Очі сльозяться, кон'юктиви набряклі, крововиливи.

Встановлено діагноз синдром Стівенса-Джонсона.

Лікування у лікаря-алерголога (госпіталізований до стаціонару). Терапія у лікаря-стоматолога передбачала знеболення, обробку антибактеріальними розчинами вогнищ ураження, аплікації препаратів прискорюючих епітелізацію, розсмоктування таблеток лісобакт, дієту, режим. Консультація лікаря-офтальмолога.

Через 7 днів після госпіталізації настало одужання. Таким чином, лікування пацієнта з синдромом Стівенса-Джонсона було комплексне, індивідуальне, загальне та місцеве.

Висновки. При синдромі Стівенса-Джонсона необхідна своєчасна діагностика, комплексне, індивідуальне, загальне та місцеве лікування, диспансеризація у лікаря-алерголога, лікаря-імунолога.

ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА СТОМАТОЛОГІЧНУ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ

Савон І., Снадний С., Мерний С., Юрдига В., Спесівтсєв Ю., Безрук Є.

Науковий керівник: асистент Мосієнко А.С.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський держаний медичний університет

Вплив воєнного часу на здоров'я дітей є складною та багатогранною проблемою. Не лише фізичні, а й психологічні наслідки

можуть відчутно впливати на здоров'я зубів та ясен у дітей.

Метою нашого дослідження було провести огляд наукової літератури про вплив бойових дій на стоматологічне захворювання у дітей.

Нами було проведено пошук наукових джерел в базах даних PubMed, Scopus та Web of Science та використано такі ключові слова «війна», «воєнний конфлікт», «діти», «карієс», «гінгівіт», «захворювання порожнини рота». У результаті було відібрано 10 наукових досліджень, які відповідали критеріям пошуку.

Дослідження показують, що воєнні конфлікти можуть відчутно впливати на стоматологічне здоров'я дітей. Зокрема, часті зміни місцезнаходження, погіршення умов життя та гігієни, незабезпеченість засобами особистої гігієни та обмежений доступ до медичної допомоги можуть призводити до збільшення кількості карієсу, гінгівітів та інших стоматологічних захворювань.

Наприклад дослідження, проведене у 2017 році в Луганській області, показало, що понад 80% дітей мають карієс зубів, а понад 50% з них потребують негайної стоматологічного лікування. Дослідники пов'язують це з тим, що у зоні конфлікту більшість стоматологічних закладів зупинили свою роботу. Проведені дослідження впливу війни в Сирії, яка триває з 2011 р. також виявили збільшення карієсу та пародонтиту у дітей та пов'язують це з недостатнім доступом до медичної допомоги.

Згідно деяких досліджень, умови війни можуть значно погіршити стан харчування дітей і відповідно, їх здоров'я. Частою причиною виникнення стоматологічного захворювання стає недостатній прийом поживних речовин і переважання продуктів з високим вмістом цукру, які шкодять зубам. Саме про це свідчать дослідження в Сирії в 2019 р., яке показало, що у 68% дітей віком від 6 до 12 років, була хоч одна б каріозна порожнина, крім того у 21% дітей було більше б каріозних порожнин.

Отже можна зробити висновок, війна може мати значний вплив на здоров'я дітей, в тому числі і на стан їхньої порожнини рота. У військових конфліктах часто відсутній доступ до джерел води та кваліфікованої медичної допомоги, що може сприяти розвитку різних захворювань порожнини рота, таких як карієс, гінгівіт, пародонтоз, та інших. Крім того, стрес та харчування з низьким вмістом живильних речовин можуть також погіршити стан здоров'я порожнини рота. Для вирішення цієї ситуації необхідно забезпечити дітей доступом до чистої води, регулярних оглядів зубів та якісної медичної допомоги. Також важливо надавати дітям достатньої кількості живильних

речовин та дотримуватись правильної гігієни порожнини рота. Міжнародні гуманітарні організації та місцеві влади повинні спільно працювати над забезпеченням цих потреб дітей під час війни.

МІКРОФЛОРА ПОРОЖНИНИ РОТА ВІД НОРМИ ДО ПАТОЛОГІЇ ПРИ ДЕЯКИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Сухомлін А., Матушак М., Зосім А., Лазарева К., Ромін В.

Наукові керівники: асистент Шевченко В.К., асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Вступ. В останні роки все більше уваги приділяється вивченню нормальної мікрофлори людини. Порожнина рота, її слизова оболонка і лімфоїдний апарат щелепно-лицевої ділянки відіграють унікальну роль у взаємодії організму людини з оточуючим світом мікроорганізмів, які з одного боку приймають участь у переварюванні їжі в порожнині рота, синтезі вітамінів, мають великий позитивний вплив на імунну систему людини і є потужними антагоністами патогенної флори. З другого боку вони продукують кислоти, які мають пошкоджуючу дію на тверді тканини зуба і являються одними з етіологічних чинників карієсу, сприяють утворенню в зубній бляшці імуносупресорів, які мають токсичну дію на тканини ясен, а також здатні до інвазії з наступним виникненням запальних захворювань.

Мікрофлора має постійне зосередження в чотирьох біотопах порожнини рота, які мають свої особливості. Це рН середовища, в'язкість, температура, наявність органічних з'єднань і залишків їжі, парціальний тиск газів, що забезпечують суттєві відмінності у складі мікробіоценозу кожного з біотопів.

Мета роботи. Виявити розбіжності наявності мікрофлори порожнини рота в нормі та патології за даними літературних джерел та можливості раціональної симптоматичної медикаментозної корекції в комплексній терапії деяких стоматологічних захворювань.

При захворюваннях порожнини рота спостерігається різноманітність проявів агресивності патогенної мікрофлори. При гальванозі (за даними Силенко Ю.І.) спостерігається помірний дисбіоз порожнини рота, підвищений рівень показників *Streptococcus* spp. та *Gardnerella* + *Prevotella* + *Perphiromonas* spp. у порівнянні з показниками інших мікроорганізмів. У 67% випадків переважав показник *Streptococcus* spp. Рівень показника *Candida* spp. мав

тенденцію до підвищення у пацієнтів зі збільшенням кількості металевих включень.

При кандидозі порожнини рота (за даними Максютенко А.С.) у 78% хворих виявляються гриби рода *Candida albicans*, а також *Candida crusei* – 8%, *Candida tropicalis* – 7%, *Candida pseudotropicalis* – 6%.

Аналіз посівів на мікрофлору у тяжких хворих при внутрішньолікарняній інфекції засвідчує про те, що у 40% хворих превалюють бактерії *Ps. aeruginosae*, 33% *St. Aureus*, 27% *Kl. Pneumoniae*.

Висновки. У кожному конкретному випадку ці дані необхідно використовувати для раціонального підбору лікарських засобів (пробіотиків, антимікотиків) як препаратів вибору в комплексній терапії стоматологічних захворювань.

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЯКІ ВИНΙΚАЮТЬ ПРИ ГАЛЬВАНОЗІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Танцюра О., Кірюхіна Є., Лисенко Я.

Науковий керівник: асистент Хавалкіна Л.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гальваноз викликає в порожнині рота різні симптоми (печіння, спотворення смаку, сухість, слинотечу та ін.) та захворювання (мікози, червоний плесканий лишай, що проявляються ерозивними та виразково-некротичними ураженнями). В останні роки гальваноз виявляється все частіше. Тому лікарю-стоматологу необхідно вміти диференціювати гальваноз від інших захворювань СОПР запального, травматичного і неврологічного характерів, встановити вірний діагноз.

Мета. Вміти визначати захворювання СОПР на фоні гальванозу, раціонально протезувати дефекти зубного ряду за допомогою біосумісних металів зі слизовою оболонкою ротової порожнини та іншими металевими елементами в порожнині рота, проводити лікування та профілактику.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів на базі КП «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка» 06.04.2023 р. звернулась пацієнтка 74 років зі скаргами на наявність білуватого утворення на щоці зліва. Зі слів пацієнтки, утворення виникло 1,5 роки тому, лікувалась самостійно, до лікаря не зверталась.

Об'єктивно: язик вкритий сіро-білим нальотом, що не

знімається; набряклий з відбитками зубів на бічних поверхнях, на спинці ближче до кореня зліва наявне вогнище десквамації полігональної форми розміром 2 x 2 см. Слизова оболонка щік набрякла, з відбитками зубів в по лінії їх змикання; в проекції зуба 2.5 на гіперемованій слизовій лівій щоки ерозія полігональної форми 2 x 2 см., болісна при доторканні, не кровоточить. Зі слів пацієнтки ерозія була вкрита фібринозним нальотом, який вона видалила перед відвідуванням лікаря ватним тампоном. У порожнині рота виявлені металеві включення.

Проведено лабораторне дослідження: зішкріб з поверхні язика на гриби роду *Candida*. Результат: виявлені елементи дріжджеподібного гриба роду *Candida*, вимірювання різниці потенціалів у порожнині рота $\max - 55 \text{ mV}$.

Диференційна діагностика проведена з механічною травмою, глосоденією, невритом язикового нерва, алергічним стоматитом, десквамативним глоситом, червоним плескатим лишаєм.

На основі скарг, об'єктивного та лабораторних досліджень, вимірювання різниці потенціалів у порожнині рота, проведеної диференційної діагностики був встановлений діагноз – гальваноз.

Рекомендовано: консультація лікаря ортопеда-стоматолога з приводу зняття коронки із зуба 25, в проекції якого виявлено зміни на щоці і язичку.

Призначено лікування: щадна дієта, аплікації або зрошування аерозолем Фортеза (3-4 рази на день 7-10 діб), аплікації мазь Холісал протягом дня.

Після проведеного лікування, протягом 7 днів і зняття коронки із зуба 25, пацієнтка скарг не пред'являє. Ерозії на щоці та язичці епітелізувались, стан слизової оболонки покращився.

Висновки. Завдяки правильно зібраному анамнезу захворювання, проведеному об'єктивному і додатковому дослідженням, проведеної диференційній діагностиці, було встановлено вірний діагноз та призначено адекватне лікування. Лікарям-стоматологам слід уважно відноситись до захворювань, які можуть виникати на фоні гальванозу, звертати увагу на раціональне протезування дефектів зубного ряду за допомогою біосумісних матеріалів зі слизовою оболонкою порожнини рота, враховуючи наявність інших металевих включень в порожнині рота, вміти призначати лікування та проводити профілактику.

ФІТОТЕРАПІЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Тараненко О., Синіцький Є.

Науковий керівник: асистент Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарі-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Використання рослинних компонентів у ролі лікарських засобів сягає у глибоку давнину. На використанні трав заснована традиційна (народна) медицина країн Азії, Африки, Європи й Америки. Перші докази використання трав як лікарських засобів були виявлені під час археологічних розкопок на території сьогодишнього Іраку, у місті Шумер.

Актуальність теми. Траволікування є найбільшою складовою народної медицини та напрямком наукової медицини. Терміни "фітотерапія" і "фітопрепарати" уперше були введені в обіг французьким лікарем Анрі Леклерком (1870-1955). Препарати різних рослин добре поєднуються між собою, часто посилюючи дію один одного (явище синергізму). Багатоконпонентні рослинні збори володіють більш вираженим позитивним клінічним ефектом. Застосування зборів дає можливість досягти максимального терапевтичного ефекту. Найбільш часто лікарські рослини в стоматології застосовують як в'язучі та дублячі засоби.

До лікарських рослин України належать 2219 видів. Серед них близько 10% складають культивовані види, решта – дикоростучі. З групи культивованих лікарських рослин 32 види належать до сільськогосподарських культур, 29 – до фруктово-ягідних, понад 150 видів вирощують як лікарську сировину. Значну кількість лікарських рослин вирощують у спеціалізованих та присадибних господарствах. Серед дикоростучих лікарських рослин (1975 видів) лише 486 мають значне поширення в Україні. До них належать види родів сосна (*Pinus*), дуб (*Quercus*), брусниця, чорниця, крушина ламка – *Frangula alnus*, бузина чорна – *Sambucus nigra*, шипшина – *Rosa* spp., звіробій звичайний – *Hypericum perforatum* тощо). Ресурси 1489-ти видів Лікарських рослин мінімальні або відсутні. З них 202 види занесено до Червоної книги України, 70 є регіонально рідкісними. Деякі з останніх перебувають під регіональною охороною в усіх областях (анемона лісова – *Anemone sylvestris*, звіробій сланкий – *Hypericum humifusum*, синюха блакитна – *Polemonium caeruleum*). 1217 видів дикорослих лікарських рослин мають обмежені ресурси, причому понад 50% із них значно поширені, однак зростають розсіяно чи спорадично. Найбільшу видову різноманітність лікарських рослин виявлено в лісостеповій зоні

(1337 видів). Серед них деревій щетинистий – *Achillea setacea*, ваточник сирійський – *Asclepias syriaca*, суниці зелені – *Fragaria viridis*, жостір проносний – *Rhamnus catharticus*, чебрець Маршалла. Більшість із сировинних видів є ресурсозначущими також у сусідніх зонах: гадючник в'язолистий (*Filipendula ulmaria*), звіробій звичайний, материнка звичайна (*Origanum vulgare*), шипшина собача (*Rosa canina*), чебрець блошиний (*Thymus pulegioides*) тощо.

У стоматології при різних захворюваннях застосовують сотні лікарських рослин і ще більше їх зборів. Найбільше застосування знайшли рослини, біологічно активні речовини яких здатні надавати знеболюючу, кератопластичну, протинабрякову, протизапальну, антисептичну і бактерицидну дії. Завдяки тому, що у більшості лікарських рослин міститься сукупність різних біологічно активних речовин, навіть один вид лікарської рослинної сировини здатен надавати кілька видів терапевтичного ефекту на тканини ротової порожнини. Найбільш часто лікарські рослини в стоматології застосовують як в'яжучі та дублячі засоби – настої кори дуба, вільхи, березових бруньок, звіробою, шавлії. Їх дія обумовлена, в першу чергу, процесами дегідратації клітин, осадженням білків і утворенням щільних білкових плівок. Це призводить до зменшення набряклості, кровоточивості, запалення, зниження больової чутливості та зменшення утворення слизу. Для досягнення необхідної лікувальної дози необхідне багаторазове внесення препаратів на ділянки ураження. Усі вживані в стоматології фітопрепарати умовно можна розділити на 2 групи: перша – відвари і настої, екстракти (водно-спиртові та масляні), настойки, соки; друга – фітопасти, фітосуспензії, фітомазі, плівки, пластини.

Відносно новими лікарськими формами є стоматологічні плівки і стоматологічні пластини, застосування яких дозволяє пролонгувати дію біологічно активних речовин на тканини пародонту до декількох годин. Стоматологічні плівки, що містять рослинні екстракти лікарських рослин, є біорозчинними. Стоматологічні пластини виробляють на основі желатину і застосовують шляхом аплікації на ясна. Через 1-1,5 год залишки пластин видаляються.

Препарати різних рослин добре поєднуються між собою, часто посилюючи дію один одного (явище синергізму). Тому багатокomпонентні рослинні збори володіють більш вираженим позитивним клінічним ефектом. Застосування зборів дає можливість досягти максимального терапевтичного ефекту.

Висновок. Під час проведення наукової роботи ми поглибили свої знання із застосування фітопрепаратів у стоматології. Дослідили

вплив біологічно активних речовин рослин на тканини пародонту і слизову оболонку порожнини рота. Удосконалили знання про взаємодію лікарських рослин із синтетичними медикаментозними препаратами. Дізналися про особливості збору, заготівлі, сушіння та зберігання рослинної сировини.

ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ткаченко Є., Доцюк Д., Бондаренко К., Клименко А., Гурик Ю., Буюклі В.

Науковий керівник: асистент Хавалкіна Л.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит (ХРГС) – патологія, яка часто зустрічається на прийомі лікаря-стоматолога, нерідко має тяжкий перебіг та зниження реактивності слизової оболонки порожнини рота (СОПР) і організму в цілому.

Захворювання потребує від лікаря-стоматолога всебічного клінічного дослідження хворого, призначення комплексного лікування та профілактики.

Мета дослідження. Поглибити знання лікарів-стоматологів з методів діагностики, визначення вірного діагнозу, призначення відповідного лікування ХРГС, обґрунтування методів лікування, прогнозування виникнення та оцінки активності захворювання на підставі біологічних та соціально-гігієнічних факторів.

Характерною ознакою ХРГС є сталість анатомічних місць висипу, локалізація рецидиву, яка залежить від первинної локалізації інфекції. ХРГС зустрічається переважно у дорослих, за даними зарубіжних та вітчизняних вчених від 70 до 90% людей залишаються носіями вірусу герпесу.

Розвиток захворювання свідчить про зниження загального імунітету та реактивності як СОПР, так і шкіри.

При ХРГС елементи ураження розташовуються на слизовій оболонці (СО) губ, щік, кінчику, спинці, бічних поверхнях язика, шкірі. Кількість уражень може бути різною, можливі множинні висипи.

Рецидив починається з різноманітних суб'єктивних відчуттів. За кілька годин до появи висипань на ділянці шкіри або СО виникає свербіж, печіння. Потім з'являються об'єктивні зміни.

На СО та шкірі з'являється рожева пляма, яка може бути різних

розмірів із помірно вираженою набряклістю.

Наступний етап – поява міхурів. Вони згруповані, іноді зливаються з утворенням більшого міхура, спостерігається набряк тканин.

Вміст пухирців прозорий, через 2-3 дні він каламутніє, надалі в одному випадку, вони розриваються, виникають ерозії, що вкриті кірками (на червоній облямівці губ і шкірі), в інших випадках вміст пухирця зсихається в кірки. Потім кірки відпадають, оголюючи ерозивну поверхню.

У окремих хворих на ранніх стадіях нарівні з поверхневим некрозом, можуть з'являтися товстостінні (спонгіозні) пухирці із щільним ексудатом, які протягом наступних годин перетворюються на фібринозні осередки некрозу. Надалі ці ділянки мають вигляд ерозивних поверхонь округлої форми, жовтого кольору. Рецидиви ХРГС супроводжуються постійною болочістю СОПР в місцях ураження, яка різко посилюється при прийомі їжі та розмові.

Клінічні особливості ХРГС: гіперемія ділянки СО різної інтенсивності; немає переходу від катарального гінгівіту до виразково-некротичного; відсутність гіперсалівації та запаху; симптом кровоточивості виражений не так різко або відсутній; наявність регіонарного лімфаденіту різного ступеня вираженості.

У період загострення відмічається погіршення загального стану, зниження або відсутність апетиту, загальна слабкість, швидка стомлюваність, дратівливість.

Існують три форми ХРГС: легка, середня, важка – кожна із яких має свою клінічну картину перебігу.

Загальноприйняте лікування поділяється на місцеве і загальне та залежить від ступеню протікання. Критерії ефективності лікування: ліквідація клінічних проявів захворювання, нормалізація цитологічних та імунологічних показників.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернувся пацієнт зі скаргами на появу болочих виразок на внутрішній поверхні нижньої губи, печіння при прийомі їжі.

Анамнез захворювання: зі слів пацієнта тиждень тому переніс гостру вірусну респіраторну інфекцію. Проходив лікування під наглядом сімейного лікаря. Скарги виникли 5 діб тому. З приводу захворювання губ до лікаря не звертався, лікувався самостійно використовуючи 3% перекис водню для припікання виразок. Утворення одразу були різко болочі.

Об'єктивно: обличчя звичайної конфігурації, шкірні покриви природнього кольору. Підщелепні лімфатичні вузли не пальпуються.

Червона облямівка верхньої та нижньої губ суха, вкрита лусочками. На нижній губі по середині наявна тріщина. Зі слів пацієнта виникає вона періодично. На верхній губі визначається геморагічна кірочка. Кути рота мацеровані. СОПР гіперемована, набрякла, відбитки зубів на щоках по лінії змикання зубів, на бокових поверхнях язика. Ясна набряклі, гіперемовані, безболісні при пальпації, не кровоточать, пародонтальних кишень не виявлено. РМА за Парма – 10%. На нижній губі в присінку – ерозії до 5 мм полігональної форми, вкриті фібринозним нальотом, слабкоболісні при пальпації.

Після проведеної диференційної діагностики (поза- та внутрішньосиндромної) був встановлений кінцевий діагноз: хронічний рецидивуючий герпетичний стоматит, легка форма, хронічна тріщина губи, метеорологічний хейліт.

Лікування складається за призначення сімейного лікаря: німесил – 1 р/д 5 днів; аміксол – 1 табл. 1 р/д 5 днів; азитроміцин 500 – 1 капс 1 р/д, 6 днів (від прийому відмовився). Лікування стоматолога поділяється на загальне: антигістамінні препарати (цитрин 1 табл. 1 р/д, 5-7 діб); полівітамінні препарати (АлфаВіт класик, за схемою, 1 міс.), навчання індивідуальній гігієні порожнини рота. Місцеве лікування включає антисептичні полоскання (р-н хлоргексидину 0.06% 3-4 р/д); кератопластики (метацил-анестезинова суміш з додаванням вініліну (бальзам Шостаковського аплікації 3-4 р/д), змащування губ гігієнічною помадою або оливковою олією.

Через чотири дні, при повторному огляді, виявлено епітелізацію ерозій, зникли лусочки, тріщина губи в стадії загоєння.

Висновки. Виходячи із об'єктивних даних, клінічних проявів та результатів лікування можемо зробити висновок про синтропію цих захворювань, що потребує відповідного лікування та профілактики.

ЧАСТОТА ПЕРВИННИХ АДЕНТИЙ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ

Федотов О., Коробов П., Цимбал Т.

Науковий керівник: професор Курєдова В.Д.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Дані щодо розповсюдження адентій досить протилежні. Так серед корейців така патологія зустрічається в 5,5% [В Н Yang, 2011], серед португальців – в 6,1% [M D Campoy Ferrer,

2012], а серед норвежського населення – в 27,9% [С Hvaring та ін., 2014]. Еволюційний розвиток людини від IV сторіччя до сьогодення показує зменшення розмірів різців верхньої щелепи [N Kovacevski, 2011].

Відомо, що адентія суттєво впливає на старіння черепа [Y Takahashi та ін., 2014] погіршує якість життя людей обох статей [Y Suzuki та ін., 2014], їх соціальне благополуччя [S Kotecha, P J Turner, A Dhopatkar, T Dietrich, 2014]. Адентії в переважній більшості генетично детерміновані [M Svabova, 2012], що пояснюється генними змінами MSX1 і Pax9 [O Ozkerig та ін., 2014]. Частіше зустрічається адентія бокових різців і других премолярів на верхній щелепі, ніж на нижній [M Svabova, 2012].

Адентії є важливою проблемою охорони здоров'я, яка потребує ортодонтичного втручання та роботи багатопрофільної команди лікарів [K Dreesen, 2012].

Мета дослідження. Виявлення зустрічаємості різних видів адентій серед пацієнтів із ЗЩА у Полтавському регіоні.

Матеріали і методи. Проаналізовано 1523 амбулаторні картки ортодонтичних пацієнтів. Діагноз «первинна адентія» встановлювали після аналізу ОПТГ.

Результати дослідження. Первинні адентії знайдено в 4,59%. Серед усіх видів адентій, адентії других премолярів були виявлені в 48,57% випадків, серед яких 55,88% – це поодинокі адентії других премолярів, 32,35% – симетричні, 11,75% – симетричні на обох щелепах.

Первинні адентії латеральних різців серед усіх видів адентій склали 37,57%. Серед жінок адентії зустрічаються в 3,6 рази частіше (чоловіки – 21,43%, жінки – 78,57%). У пацієнтів за Енглеєм II класу адентії бувають у 45,74%, що обов'язково повинно враховуватись при складанні стратегії лікування.

Відносно щелеп, адентії зустрічаються на нижній – у 47,14%, на верхній – у 45,7%, на обох щелепах – у 7,14%.

Поодинокі та симетричні адентії як різців так і премолярів зустрічаються порівну.

Висновки. У пацієнтів із ЗЩА Полтавського регіону первинні адентії займають невеликий, але складний для ортодонтичного лікування сектор – 4,59%. Найчастіше зустрічаються адентії других премолярів та латеральних різців. У жінок адентії зустрічаються частіше. В однаковій кількості адентії бувають на верхній та на нижній щелепі як поодинокі, так і симетричні.

ЗМІНИ СЕКРЕЦІЇ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПІДНЕБІННЯ ПІД ДІЄЮ ПОВНИХ ЗНІМНИХ АКРИЛОВИХ ПРОТЕЗІВ

Трофименко Є.

Науковий керівник: асистент Хілініч Є.С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В організмі людини слинні залози є важливою групою секреторних органів, які здійснюють різноманітні функції – секреторну, рекреторну, екскреторну, інкреторну і мають вагомий вплив на стан організму, органів порожнини рота і травну систему в цілому.

Секреція слини представляє собою складний рефлекторний процес, який забезпечує оптимальні умови адаптації організму до змін, що відбуваються в його життєдіяльності. Досить актуальним питанням для практичної стоматології є захисні властивості слини.

Важливим етапом після накладання знімних пластинкових протезів із акрилатів є адаптація до них. Однією з важливих перешкод при цьому є недостатня функціональна активність слинних залоз, яка призводить до зменшення салівації і, тим самим, до сухості слизових оболонок протезного ложа.

Погіршення функції слинних залоз у пацієнтів із повною втратою зубів, які користуються знімними протезами з акрилатів, зумовлено низкою факторів – впливом тиску базису протеза на протезне ложе, зміною температури слизової оболонки під базисом, дією залишкового мономеру.

Метою наших досліджень стало вивчення стану секреції малих слинних залоз піднебіння у пацієнтів, які користуються повними знімними протезами, базиси яких виготовлені з акрилової пластмаси.

Методи дослідження. Ортопедичне лікування та проведення запланованих досліджень у всіх пацієнтів проводили за їх інформованої згоди на проведення такого лікування і подальшої участі в дослідженнях та відповідно до Гельсінської декларації всевітньої медичної асоціації щодо етичних принципів медичних досліджень за участю людини в якості об'єкта. Для чистоти експерименту для спостережень вибрали пацієнтів, яким протези виготовлялись уперше.

Результати. Після накладання протезів через одну добу слиновиділення збільшується в два рази у порівнянні з даними до протезування, оскільки протез є вагомим подразником і організм пацієнта сприймає його як чужорідне тіло.

Досить високі показники швидкості слиновиділення були на 7-у

добу після здачі протезів, хоча вони дещо нижчі у порівнянні з першою добою.

Після завершення раннього періоду адаптації (через 30 днів після накладання протезів), встановили, що швидкість слиновиділення зменшилась до рівня до протезування, про те кількісні показники були вищими майже в два рази.

З третього місяця користування протезами спостерігали постійне зменшення секреторної активності піднебінних залоз і до 36 місяців швидкість слиновиділення стала меншою в два рази, у порівнянні з даними до протезування. Це свідчить про негативний комплексний вплив базисів знімних протезів за рахунок дії залишкового мономеру, підвищення температури під базисом, створення «парникового ефекту», що в сукупності призводить до виникнення гострих запальних процесів у тканинах протезного ложа, які поступово стають хронічними, призводять до деструктивних та атрофічних процесів у малих слинних залозах. Через 36 місяців настає їх виснаження, яке характеризується гіпосалівацією, і клінічно проявлялось ксеростомією – сухістю СОПЛ.

Висновки. Таким чином, на підставі вище викладеного, можемо стверджувати, що під дією базисів повних знімних пластинкових протезів відбуваються зміни секреції малих слинних залоз піднебіння, які характеризуються достовірним збільшенням швидкості слиновиділення та кількості слини на 1-у та 7-у добу користування протезами в порівнянні з даними до протезування. Через 30 днів після накладання протезів виявили зменшення швидкості слиновиділення до рівня до протезування, проте кількісні показники були вищими майже у два рази.

Встановлено достовірне зменшення секреторної активності залоз піднебіння за 3 місяця і впродовж подальшого терміну – до 36 місяців користування протезами швидкість слиновиділення стала меншою у 2 рази (0,001 мг/с) порівняно з даними до протезування, кількість слини зменшилась на 30%.

НАВІГАЦІЙНА ІМПЛАНТОЛОГІЯ ЗД-МОДЕЛЮВАННЯ

Хлебутін В., Косогова М.

Науковий керівник: асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Метод дентальної імплантації з комп'ютерним управлінням – це революційна система хірургічної імплантації і

планування лікування, яка дозволяє переносити комп'ютерне планування на порожнину рота з великою точністю і легкістю, що значно покращує якість виконання етапів роботи лікаря-імплантолога.

Мета. Обґрунтувати необхідність використання шаблону у пацієнтів в ситуаціях з обмеженою кількістю кісткової тканини при плануванні масштабних імплантацій (ALL ON 4, ALL ON 6) на беззубих щелепах.

Досліджувалась доцільність використання хірургічних шаблонів на основі виконаних нами робіт. При використанні даних шаблонів проводилась попередня оцінка КТ при плануванні роботи, розгляд клінічної ситуації в порожнині рота до виконання імплантації, після її проведення, спостереження віддалених результатів.

Під час аналізу кейсів, процесу створення самого шаблону та спостереження віддалених результатів хірургічного та ортопедичного етапів імплантації у пацієнтів клінічно підтверджена доцільність використання даних шаблонів.

Висновки. Використання хірургічного шаблону має переваги:

1. Скорочується кількість відвідувань (не потрібно проводити кісткову аугментацію).
2. Полегшує подальше протезування на імплантах.
3. Мінімізує до та післяопераційні ризики.
4. Ціна шаблону компенсується меншими витратами на аугментації, використання кутових абатментів, мультиюнітів.
5. Це мінімально інвазійний метод.
6. При правильному виконанні імплантат встановлюється максимально точно в потрібному місці.
7. Наявність металевих включень в кістковій тканині щелеп сприяє виникненню дефектів зображення при КТ-діагностиці. В даних випадках використання шаблонів недоцільне.
8. При роботі з шаблонами спостерігалась мінімальна кількість ускладнень.
9. При виконанні хірургічного протоколу постановки імплантів без врахування щільності кісткової тканини можливі похибки в паралельності імплантатів на 5-15° і розташуванні імплантату відносно запланованого на 2-5 мм.

ГРИБКОВЕ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЩО Є НАСЛІДКОМ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ТА СИСТЕМНОГО ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ

Чеботарьова Є., Аветіков Г.

Науковий керівник: доцент Хміль Т.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Натепер лікування уражень слизової порожнини рота (СОПР) є актуальною, як медичною, так і соціальною проблемою в сучасній стоматологічній практиці. Особливе місце займає стоматит грибкового походження, що є наслідком знімного протезування, загальносоматичних захворювань на тлі системних препаратів, які застосовуються в комплексному їх лікуванні, зокрема глюкокортикоїди, цитостатики, антибіотики, імуносупресорні засоби.

Метою даного дослідження було розгляд та аналіз клінічного кейсу пацієнта із цирозом печінки, викликаного як ускладнення перенесеної коронавірусної інфекції CoVid-19 Sars Cov-2.

Пацієнт звернувся зі скаргами на печіння в ділянці щік, язика, губ, піднебіння при вживанні гострої їжі та наявність болісних утворень. При огляді СОПР візуалізовано білуватий наліт, який знімається шпателем та болісний при пальпації в ділянці губ, щік, язика та твердого піднебіння. У ділянці кутів рота визначається тріщини, також виявлені білі бляшки на язиці, щоках, губах та піднебінні.

Встановлено попередній діагноз: хронічний гіперпластичний грибковий стоматит, який було підтверджено на основі об'єктивних, суб'єктивних, лабораторних методів досліджень.

Пацієнту запропонований алгоритм загального та місцевого лікування основного захворювання в комбінації зі стоматологічним лікувальним комплексом: «Лісобакт» – льодяник 4 рази на день протягом 7 днів; ротові ванночки розчином «Мірамістину» – 4 рази на день протягом 14 днів; «Кломитразол» у вигляді гелю – 3 рази на день протягом 14 днів.

На 14 добу лікування визначено позитивну динаміку змін стану СОПР у даного пацієнта, що свідчить про ефективність мультидисциплінарного підходу до лікування захворювань СОПР на тлі стеатозів та гепатитів, який, за умов своєчасної діагностики стоматиту, зокрема грибкового походження, в короткі строки надає оптимальний як функціональний, так і естетичний результат.

Висновки. Особливе місце, натепер, займає своєчасна

діагностика та лікування грибкових уражень СОПР на тлі хронічних захворювань печінки та наслідків їх лікування, що й обумовило даний напрямок досліджень.

НЕІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ФЛЮОРОЗУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

Шара В.

Науковий керівник: доцент Кулай О.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. До теперішнього часу флюороз залишається не тільки медичною але й соціальною проблемою. При крейдоподібно-крапчастій формі флюорозу поверхня зубів має матовий крейдоподібний відтінок, на ній спостерігаються невеликі, колоподібної форми дефекти із світло-жовтим або темним дном. У дитячому віці непривабливий зовнішній вигляд зубів може викликати розвиток комплексів та психоемоційних проблем. Тому поставлено наступне завдання – шляхом неінвазивного лікування усунути косметичний дефект та зберегти тверді тканини зубів до часу їх реставрування.

Матеріали і методи. Для виконання поставленого завдання проведено лікування флюорозу постійних зубів помірного ступеня тяжкості, крейдоподібно-крапчастої форми у дітей 10-13 років (1 хлопчик і 2 дівчинки) за допомогою Ison-технології.

Infiltration CONcept чи Ison-технологія – це методика, розроблена фахівцями з Німеччини Prof. H. Meyer-Luckel и Dr. Sebastian Paris (2009), суть якої полягає у обробці ураженої ділянки емалі синтетичним складом з подальшою полімеризацією. Незважаючи на високу проникаючу здатність, матеріал, що застосовується для лікування флюорозу без препарування методом Ison, не викликає порушення природного складу зубних тканин, при цьому герметизуються пори, що утворилися, повертається щільність емалі, підвищується стійкість емалі до дії кислот.

Неінвазивне лікування флюорозу зубів системою Ison здійснювали протягом одного відвідування. Підготовчий етап включав огляд уражених зубів, їх очищення від зубного нальоту. Кожен елемент, що потребував обробки, обов'язково ізолювали кофердамом.

Протруювання поверхні проводили за допомогою гелю Icon-Etch на основі соляної кислоти. Час дії препарату не перевищував двох хвилин. Висушували етанолом, що є основою компонента IconDry, одночасно оцінювали якість видалення крейдоподібних ділянок та пігментації. Якщо після висихання поверхні вогнища зберігаються, повторно наносили гель на основі соляної кислоти. Після чого проводили аплікацію композиту-інфільтрату Icon-Infiltrant. Затвердіння композиту здійснювали під впливом світлополімерної лампи. Для додаткового запечатування пор і дефектів повторно наносили інфільтрат та витримували під світлополімерною лампою одну хвилину. На завершення лікування проводили полірування поверхонь зубів, щоб уникнути розвитку дисколориту. Загальна тривалість процедури не перевищувала 30-40 хвилин.

Висновки. Проведене лікування дозволило усунути косметичний дефект, дало можливість запобігти подальшій пігментації уражених ділянок, зберегти емаль без ризику утворення мікротріщин та сколів, зберегти зовнішній вигляд та природну форму зубів за допомогою Icon-технології, яка дозволяє безболісно, без навантажень на здорові ділянки тканин зубів та швидко виконати лікарські дії.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ХОЛОДОВОЇ ПРОБИ В КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Шевченко Д., Кулай Д.

Науковий керівник: професор Скрипникова Т.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Термодіагностика в стоматології набула досить великого поширення, зважаючи на простоту методики виконання та інформативність результатів. За допомогою температурних тестів визначають реакцію нервових волокон пульпи. Для температурної діагностики використовують тест з нагріванням і тест із охолодженням. Холодовий тест є головним у визначенні стану пульпи. І хоча це один з найдавніших методів діагностики, він має певні перспективи розвитку.

Завдання дослідження. Уточнити методику та визначити засіб для ефективного проведення холодової проби в клініці терапевтичної стоматології.

Матеріали і методи. Як холодовий подразник найчастіше використовують воду або льодяні палички. При проведенні холодового тесту за допомогою води або льоду необхідно

використання кофердаму для ізоляції досліджуваного зуба. Інакше тала вода надасть хибні показання від ясен і сусідніх зубів.

Заморожений вуглекислий газ – сухий лід, відомий як надійний засіб отримання позитивної відповіді живої пульпи, якщо вона є. А також ефективний в зубах вкритих металевими коронками, коли інші тести (електричний) не працюють, але може викликати тріщини в керамічній облицовки коронки.

У даний час існують холодоагенти у вигляді аерозолю, що дозволяє більш чітко визначити дію холоду на об'єкт дослідження. Так, «Дентокул», «Кулан», «Neo Dental Kalte Spray» та ін. є представниками охолоджуючих аерозолів для тестування вітальності пульпи. Вони складаються з пропан-бутанової суміші або хлоретану. Але навіть ці засоби не надають чіткої реакції при їх нанесенні шляхом розпилення, або навіть при акуратному нанесенні за допомогою спонжа на ріжучий край у фронтальних зубах та на медіально-вестибулярний горбик в боковій групі зубів.

Для отримання постійної чіткої реакції з боку пульпи холодовий тест проводили за допомогою агенту у вигляді аерозолю на спонжі для всіх зубів у пришийковій ділянці (найменша товщина твердих тканин) з вестибулярного боку. Невелику перерву робили перед повторною перевіркою (для відновлення пульпи).

Результати. До переваг холодового тесту належать: досить висока точність для проведення диференційної діагностики, можливість встановлення локалізації захворювання, простота виконання, швидкість результатів, доступність матеріалів та інструментів, дешевизна. Проте даний метод обстеження стоматологічного пацієнта має й певні недоліки: це провокаційний тест, який викликає неприємні відчуття у пацієнтів, і його результат залежність від суб'єктивної реакції хворого, а також від стану та індивідуальної чутливості пульпи зубів.

Висновки. Реакцію на холод доцільно проводити холодowymi агентами на основі пропан-бутанової суміші або хлоретану у вигляді аерозолю, але наносити за допомогою спонжа на пришийкову ділянку зубів.

ПРОБЛЕМА ПОРУШЕННЯ СНУ ТА ПОШУК ШЛЯХІВ ЇЇ ВИРІШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Шукула С.

Науковий керівник: професор Урбанович А.М.

Кафедра ендокринології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Упродовж останнього року у багатьох мешканців України через воєнний стан та велику кількість «повітряних тривог» спостерігаються порушення сну та циркадних ритмів. Це – особливо небезпечно для пацієнтів з цукровим діабетом, оскільки часте тривале перебування в стані тривожності, неможливість дотримання режиму харчування (несвоєчасні прийоми їжі, «заїдання стресу», нічні переїдання) можуть призводити до порушення глікемічного контролю та прогресування діабету і розвитку його ускладнень.

Мета. Встановити характер порушень сну у пацієнтів з цукровим діабетом та провести аналіз методів лікування.

Матеріали та методи дослідження. Проведено опитування 52 пацієнтів із цукровим діабетом після початку повномасштабного вторгнення. Проаналізовано наукову літературу з використанням бази Pubmed щодо питання порушення сну та безсоння у пацієнтів з цукровим діабетом.

Основні результати. Серед опитаних 52 осіб 27 пацієнтів (52%) вказали на проблеми із засинанням – частота коливалась від 2 до 6 разів на тиждень. Також 12 пацієнтів (23%) зазначили, що страждають від безсоння з частотою коливань від 3 до 6 разів на тиждень. Деякі пацієнти зазначали, що проблеми із сном у них виникають через нічну поліурію, що є типовим симптомом цукрового діабету.

Першою лінією лікування порушень сну вважають поведінкову терапію. Але не всі пацієнти її дотримуються та не в кожному випадку відзначаються результати. Іншим варіантом лікування є медикаментозна терапія. Використовують бензодіазепіни, антидепресанти, мелатонін. Останній має ряд переваг для пацієнтів із цукровим діабетом, оскільки не викликає звикання, майже не має побічних дій та спричиняє вплив на обмін вуглеводів. Ряд досліджень довів зниження рівня глюкози натще та глікованого гемоглобіну під час прийому мелатоніну в порівнянні з плацебо (Felipe Mendes Delpino et al, 2021). Проте є статті, автори яких не виявляють даного зв'язку (Esben S. lauritzen et al, 2021). Це може бути пов'язано з дозою та тривалістю прийому цього засобу. Таким чином питання про роль мелатоніну у терапії пацієнтів із

цукровим діабетом залишається не вирішеним.

Висновки. Порушення сну та цукровий діабет є двома взаємообтяжуваними станами, що знижують якість життя пацієнтів та спричиняють прогресування ускладнень діабету. З метою комплексної допомоги лікарям рекомендовано надавати більшої уваги повноцінності сну пацієнтів. Мелатонін є перспективним засобом лікування порушення сну у пацієнтів з цукровим діабетом, оскільки також має позитивний вплив на вуглеводний обмін. Тому подальші дослідження використання цього препарату є актуальними та своєчасними.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АКУБАРОТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ МІННО-ВИБУХОВУ ТРАВМУ

Шпак-Бєлишева І., Семираз А., Степанов І., Ковтун Ю., Клименко С., Литвинова Р., Гладкий О.

Наукові керівники: доцент Санік О.В., Коваль А.Є.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Під час бойових дій військові піддаються впливу багатьох екстремальних факторів, одним з яких є вибухова хвиля. У результаті відбувається травматичне пошкодження головного мозку і обох відділів слухового аналізатора (периферичного та центрального) – акубаротравма.

Мета. На конкретному клінічному прикладі ознайомитись з особливостями клінічних проявів акубаротравми та можливостями її діагностики і лікування.

Пацієнт П., 49 років, перебував на обстеженні та лікуванні у КП «1-а міська клінічна лікарня ПМР», при госпіталізації скаржився на головний біль, запаморочення, хитання при ході, зниження слуху, зниження зору, відчуття печії в очах, тривожність, порушення сну (погіршення засинання, часті пробудження). З анамнезу: пацієнт переніс мінно-вибухову травму під час знаходження в зоні бойових дій.

У неврологічному статусі: слабкість конвергенції з обох боків, позитивні симптом М-Радовічі з обох боків, хоботків та назолабіальний, згладжена носогубна складка справа, в позі Ромберга хитається, хода атактична, симптом Нері (+), дистальний гіпергідроз та дистальна гіпотермія. На основі КТ голови: КТ-ознаки скалкових

переломів черепа, геморагічний вміст лівої в/щелепної пазухи, наслідки забою речовини головного мозку, залишковий субарахноїдальний крововилив (САК); аудіограми: двобічне ураження функції звукопровідного і звукосприймального апарату; консультації ЛОРа. Було поставлено діагноз: наслідки перенесеної мінно-вибухової травми з забоєм головного мозку, травматичним САК, переломом лобної кістки зліва, лівої виличної кістки, переломом кісток лівої орбіти, задньої стінки лівих лобної та верхньощелепної пазух, стійким цефалгічним синдромом, вестибулярною дисфункцією та синдромом вегетативної дисфункції. Акубаротравма. Гостра двобічна змішана приглухуватість. Призначено лікування: вестинорм, прегабалін, розчин магнію сульфату 25%, тіоцетам, вінпоцетин, електрофорез магнію сульфату на комірцеву зону, консультація психолога. Після проведеного лікування спостерігали позитивну динаміку: зменшився головний біль, запаморочення, покращився слух та сон, знизився рівень тривожності, об'єктивно – зменшились прояви атаксії.

Висновки. Особливістю діагностики акубаротравми є специфічний анамнез (перебування під дією вибухової хвилі), у клінічній картині – поєднання неврологічних і кохлеовестибулярних проявів, за даними нейровізуалізації – травматичні зміни мозку, за даними аудіограми – ураження функції звукопровідного і звукосприймального апарату. Комплексне лікування включає фармакотерапію, фізіотерапію, важливе місце займає психотерапія. Завдяки такому підходу відбувається регрес проявів цефалгічного синдрому, вестибулярної дисфункції, покращується психоемоційний стан.

ДЕФЦИТ ЗАЛІЗА І ЗАЛЗОДЕФЦИТНА АНЕМІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Юськів М.

Науковий керівник: професор Урбанович А.М.

Кафедра ендокринології

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Анемія та захворювання щитовидної залози є поширеними явищами, які часто виникають одночасно. Згідно з сучасними рекомендаціями варто оцінювати функцію щитовидної залози при дослідженні анемії. Анемія, особливо залізодофіцитна, у свою чергу, впливає на зниження рівня тиреоїдних гормонів на тлі послаблення тиреоїдної функції гіпофізу. Найбільш частою причиною анемії при

гіпотиреозі є пригнічення кісткового мозку через дефіцит гормонів щитовидної залози, а також недостатнє виробництво еритропоетину, що виникає через зниження потреби в O₂. Сидеропенія вражає близько 20% населення світу, а залізодефіцитна анемія є найпоширенішим видом анемії в усьому світі.

Мета. Оцінка даних клінічних досліджень та метааналізів щодо дефіциту заліза і залізодефіцитної анемії при захворюваннях щитоподібної залози.

Матеріали і методи. Тематичний огляд наукових публікацій з використанням баз даних Web of Science, PubMed та Scopus.

Результати. У багатьох дослідженнях було виявлено, що анемія та дефіцит заліза, пов'язані з дисфункцією щитовидної залози, особливо з гіпотиреозом. Частота анемії при субклінічному гіпотиреозі така ж висока, як і при явному гіпотиреозі. За результатами рандомізованого дослідження клінічний діагноз гіпотиреозу був пов'язаний з вищим ризиком анемії, хоча дослідники не знайшли доказів, що підтверджують причинно-наслідковий зв'язок із змінами функції щитовидної залози в межах еутиреоїдного діапазону (Van Vliet N.A., Kamphuis A.E.P., Den Elzen W.P.J., et al. Thyroid Function and Risk of Anemia: A Multivariable-Adjusted and Mendelian Randomization Analysis in the UK Biobank. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2022 Jan 18. 107(2). 643-652. doi: 10.1210/clinem/dgab674).

Метааналіз, проведений у 2018 році, показав наявність зв'язку між функцією щитовидної залози та анемією. За результатами дослідження вищі шанси на анемію спостерігалися в учасників як з гіпотиреоїдною функцією, так і з гіпертиреоїдною функцією. Крім того, зниження функції щитовидної залози на початковому рівні продемонструвало тенденцію до підвищення ризику розвитку анемії під час подальшого спостереження (Wopereis D.M., Du Puy R.S., Diana van Heemst., et al. The relation between thyroid function and anemia: A pooled analysis of individual participant data. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2018 Oct. 103 (10). 3658-3667. doi: 10.1210/jc.2018-00481). У дослідженні Alqahtani Saif Aboud M. було продемонстровано, що у хворих на гіпотиреоз виявлено мікроцитарну гіпохромну та нормоцитарну нормохромну анемії. Крім того, жінки з субклінічним гіпотиреозом мали значно більшу поширеність анемії, ніж чоловіки (Alqahtani Saif Aboud M. Association between Thyroid Function and Erythrocyte Indices in General Population from the Asir Region of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Current Topics in Nutraceutical Research*. 2022 Feb. 20(1). 200-206. doi: 10.37290/ctnr2641-452X.20:200-206).

Також були здійсненні дослідження в сфері неонатології, Franzese A. та ін. Вивчали новонароджених із вродженим гіпотиреозом, діагностованим під час неонатального скринінгу. Отримані результати свідчили, що анемія часто зустрічалася у немовлят із вродженим гіпотиреозом і залежала від ступеня неонатального гіпотиреозу, а також припускала, що гіпотиреоз під час розвитку може викликати стійкі зміни навіть після початку заміни щитовидної залози (Franzese A., Salerno M., Argenziano A., Buongiovanni C., Limauro R., Tenore A. Anemia in infants with congenital hypothyroidism diagnosed by neonatal screening. *Journal of endocrinological investigation*. 1996 Oct. 19(9). 613–619. doi: 10.1007/BF03349027).

Дослідження гематологічних параметрів у пацієнтів з тиреоїдитом Хашимото порівняно зі здоровою контрольною групою продемонструвало, що показник RDW (ширина розподілу еритроцитів) був значно підвищений у групі дослідження порівняно з групою контролю. Автори відмітили, що підвищені значення RDW у пацієнтів без залізодефіцитної анемії можуть вимагати подальшої оцінки тиреоїдиту Хашимото, а саме, дослідження дефіциту вітаміну B-12 або фолієвої кислоти (Aktas G., Sit M., Dikbas O., et al. Could red cell distribution width be a marker in Hashimoto's thyroiditis?. *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes*. 2014 Nov. 122(10). 572-574. doi: 10.1055/s-0034-1383564).

Висновки. Отже, як видно з результатів клінічних досліджень та метааналізів, анемія і дисфункція щитовидної залози є поширеними та пов'язаними явищами. Більшість дослідників спостерігали нормоцитарну анемію, а мікроцитарну та макроцитарну рідше. Дефіцит заліза та залізодефіцитна анемія пов'язані з дисфункцією щитовидної залози, особливо з гіпотиреозом.

ЗМІСТ

СЕКЦІЯ КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

1	АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ЛІКУВАННІ І ПРОФІЛАКТИЦІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ <i>Беляєв І.....</i>	3
2	ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ МЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТА ПЕРЕЛОМО-ВИВИХІВ <i>Бондарчук М., Бичок М., Свячений О., Віхтенко В., Левченко О.....</i>	4
3	ПЕРЕВАГИ ПУНКЦІЙНОЇ ЕПІЦИСТОСТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ ЗАТРИМКОЮ СЕЧІ ЗАУМОВЛЕНОЮ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ <i>Борківець Д.....</i>	6
4	СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Бурлаков А., Дацька О., Літуча Ю., Криволапова Я.....</i>	7
5	ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ПЕРВИННИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ ПРИ СТРЕСІ <i>Василевська А., Балюк Ю., Маньківський Р., Котенко В., Стецюх М., Шуляк К.....</i>	8
6	ІЗОТРЕТИНОЇН В ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВУЮЧОГО СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ <i>Відменко М.....</i>	10
7	ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРВІТИНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА З ЗУБЦЕМ Q <i>Ворожко-Девочкина А., Брикаліна М., Гончар А., Зеленська А., Хоруженко І., Хомінський Р.....</i>	11
8	ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ ЗАСОБАМИ БІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ <i>Волкова В., Дем'яненко В., Назарова А., Бутенко М., Тімоциук А.....</i>	12

9	ПРОФІЛАКТИКА МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ ПРИ КЕСАРСЬКОМУ РОЗТИНІ У ЖІНОК ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ	
	<i>Гакман Є., Василенко І., Шамаїлова А., Матвієнко І.....</i>	13
10	МУКОЗАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ І ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ	
	<i>Головатюк Я., Клестова Ю., Гнізділова М., Оляновська С.</i>	14
11	ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ШЛУНКУ АБО ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	
	<i>Головко К.....</i>	16
12	ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ТЯЖКОГО ПАНКРЕАТИТУ	
	<i>Голуб Л.</i>	17
13	СУЧАСНІ АСПЕКТИ МІСЦЕВОГО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН В ХІРУРГІЇ. ПИТАННЯ ПРО VАС-ТЕРАПІЮ, КЛІНІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ МЕТОДУ	
	<i>Голуб Л.....</i>	18
14	ОСОБЛИВОСТІ КЛІНКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК З ПЕРВИННОЮ АТОНІЧНОЮ МАТКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, РОЗРОДЖЕНИХ ШЛЯХОМ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ	
	<i>Гончаренко А., Черепашенко Я., Малащук Л., Нікіщенко К.</i>	22
15	МУЛЬТИМОДАЛЬНА МАЛООПІЇДНА ЗАГАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПІД ЧАС УРГЕНТНОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ	
	<i>Грищан І.....</i>	23
16	КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ	
	<i>Довгопол Д.....</i>	24
17	ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ МЕЗОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ВОЛОССЯ ПРИ АЛОПЕЦІЯХ, СЕЗОННОМУ ВИПАДІННІ ВОЛОССЯ, СЕБОРЕЙНОМУ ДЕРМАТИТІ	
	<i>Дзюба Ю., Кривенко В.....</i>	26

18	ТРИГЕРИ РОЗВИТКУ АТОНІЧНОЇ ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ КРОВОТЕЧІ	
	<i>Дудник Н., Алехно О., Леверя В.....</i>	27
19	АКНЕ – ПРОБЛЕМА ПІДЛІТКОВОЇ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ В СУЧАСНОМУ СВІТІ	
	<i>Єрмакова В.....</i>	28
20	ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МІНІНВАЗИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
	<i>Єфіменко Д.....</i>	29
21	СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЇДАДЬНОЇ ХВОРОБИ	
	<i>Єфіменко Д.....</i>	32
22	ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ	
	<i>Єфремова А.....</i>	34
23	ПОРУШЕННЯ КОГНІЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗСІЯНИМ СКЛЕРОЗОМ У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ	
	<i>Жага О., Анісовець К., Лаврик В., Шаповал А.....</i>	35
24	ІНСУЛЬТОПОДІБНИЙ ПЕРЕБІГ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
	<i>Жага О., Біріна А., Червоняк С., Старченко В., Василенко В., Муха Н.....</i>	37
25	АНАЛІЗ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ	
	<i>Жижченко А., Болобаши Є., Івасенко В., Ліщук Б., Піченко Т., Федорук К., Чорнобай Ю.....</i>	38
26	ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)	
	<i>Запорожець Д., Кулик Т., Приходько Л., Старченко Н., Тараненко Д., Тімков В.....</i>	39
27	ОСОБЛИВОСТІ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДОРЗАЛЬНИХ КІСТ КОЛІННОГО СУГЛОБУ (КІСТ БЕЙКЕРА)	
	<i>Засенко С., Антоненко І.В., Дятел М., Лушин Є., Ярмач В.....</i>	40

28	ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ХОЗЛ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ <i>Збанацька В., Єгоріхіна А., Матлах А., Молошина Г., Резвін А., Трибушко А., Шишак О.....</i>	42
29	ПСИХІЧНА ТРАВМА ЯК ФАКТОР ДИСМОРФОФОБІ ТА БОДІМОДИФІКАЦІЇ <i>Золочевський І., Колода А.....</i>	43
30	СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПАРАРЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЬ <i>Іванова Г.....</i>	46
31	ПРИЧИНИ ТА ЧАСТОТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛПРЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ У ВІДЦІЛЕННЯХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ <i>Ігнатенко А.....</i>	47
32	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СЛІЗНОЇ ПЛІВКИ З РЕФРАКЦІЮ ОКА <i>Іценко В., Тимошенко А.....</i>	49
33	ПОШИРЕНІСТЬ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ <i>Ковальська А.-І.....</i>	50
34	ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ КОМБІНОВАНИМ ПРЕПАРАТОМ, ЩО МІСТИТЬ ГЕНТАМІЦИН, БЕТАМЕТАЗОН <i>Колотило О.....</i>	51
35	НАСЛІДКИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У КОМБАТАНТІВ <i>Корякіна О., Прочухан К., Дробишенець Л.....</i>	52
36	ВПЛИВ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ ПРОТЕАЗИ-АНТИПРОТЕАЗИ <i>Крайдашенко О.....</i>	55
37	ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ПЕРІОД ВОЄННОГО ЧАСУ <i>Кузьменко М., Курінна А., Мешкова О., Луньков О., Науменко С., Цимбал А.....</i>	56

38	РОЛЬ РЕСПІРАТОРНОЇ ПІДТРИМКИ У ФОРМУВАННІ ІНСОМНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС СИНДРОМОМ	
	<i>Куйовда Ю.</i>	57
39	ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕХРЕСНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ПИЛКОВИХ ТА ХАРЧОВИХ АЛЕРГЕНІВ У ДІТЕЙ	
	<i>Лисенко В., Кравчук О., Лютко Н., Бутенко А., Аліна Т.</i>	58
40	СИНДРОМ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ІНФЕКЦІОНІСТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
	<i>Ляшенко К., Левицька О.</i>	60
41	МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЕМФІЗЕМАТОЗНОМУ ПЕЛОНЕФРИТІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
	<i>Максименко О.</i>	61
42	КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ДІЛЯНКИ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБУ	
	<i>Маценко М., Іванченко О., Пілосян А., Литвиненко З., Брикса А.</i>	62
43	ПОЄДНАННЯ 5-ФТОРУРАЦИЛУ І МІКРОНІДІНГУ У ЛІКУВАННІ ВІТИЛІГО	
	<i>Михайленко М.</i>	64
44	ДЕМОДЕКС-АСОЦІЙОВАНІ ДЕРМАТОЗИ	
	<i>Михайліченко О.</i>	65
45	ВИКОРИСТАННЯ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВОГНЕПАЛЬНО-СКАЛКОВИХ ПОРАНЕННЯХ ІЗ М'ЯКОТКАНИННИМИ ТА КІСТКОВИМИ ДЕФЕКТАМИ ВЕРХНІХ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК	
	<i>Михайліна А., Шибіка О., Свириденко Р., Стребков Є., Покотило О.</i>	66
46	ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНИХ, ХІМІЧНИХ ТА ЗМІШАНИХ ФІЛЬТРІВ SPF ДЛЯ ЗАХИСТУ ШКІРИ ВІД СОНЯЧНОГО ОПРОМІНЕННЯ	
	<i>Мурашко І.</i>	68
47	ОПТИМАЛЬНЕ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ	
	<i>Нека А.</i>	69

48	АНАЛІЗ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ <i>Пелипенко Н., Зеленець О., Буленок К., Марченко О., Стратічук Л., Обез Н.....</i>	70
49	СУЇЦИДАЛЬНИЙ РИЗИК ТА ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ І ВОРОЖОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОФРЕНІЄЮ <i>Подошивелева Д., Молодецький М., Криворучко О.....</i>	71
50	ПОДАГРА І СЕРЦЕВО-СУДИННИЙ РИЗИК: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Постіл Д., Журавель О., Котляренко Р., Макаренко А., Гуціна В...</i>	72
51	ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОГО ВИДАЛЕННЯ СУДИН НА ОБЛИЧЧІ ПРИ РОЗАЦЕА <i>Овчаренко С.....</i>	74
52	ПЕРСОНІФІКОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ <i>Оробей К., Шевченко А.....</i>	75
53	ОЦІНКА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИХ СИМПТОМІВ У ДІТЕЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА GERD-Q <i>Павленко М., Крїт С., Сербулова Д.....</i>	76
54	ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ НАДАНІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Писана Б., Скляревський Б., Штефан О., Андрющенко О., Карась Д., Золотухіна А., Школьна О.....</i>	77
55	ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ СТЕМІ БРИГАДАМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» <i>Полова А., Диколавлєнко Ю.....</i>	79
56	ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ В ЛІКУВАННІ МЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТА ПЕРЕЛОМО-ВИВИХІВ МІНІІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ТАЗУ <i>Пудлич В., Рагуліна П., Чміля В., Деркач А., Магда Я., Клеймьонова В.....</i>	80

57	ЛІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З КЕФАЛОГЕМАТОМАМИ <i>Рибачук В.</i>	81
58	ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ДІАГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ <i>Рубан Ю., Коваль Х., Терещенко О., Чепела Л., Верба К.</i>	82
59	ОСОБЛИВОСТІ КРОВОТОКУ В СПІРАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ МАТКИ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ХРОНІЧНИМ ЕНДОМЕТРИТОМ В АНАМНЕЗІ <i>Саула Н., Шаповал Р., Каменська О., Лумеровська В., Зіненко Ю., Зіненко В.</i>	84
60	ВИКОРИСТАННЯ ПРЕГАБАЛІНУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ-ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ <i>Сидоренко А.</i>	85
61	ЦЕНТРАЛЬНИЙ ПОНТИННИЙ МІЄЛНОЛІЗ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Сингаївський А., Кирилович Р., Панасенко Є., Коваль Д., Гмиря К., Андрющенко С., Семітко К.</i>	86
62	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ СПОСОБІВ АПЕНДЕКТОМІЇ У ДІТЕЙ <i>Соколенко Д.</i>	87
63	ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ БОРТЕЗОМІБТА ТАЛІДОМІДВМІСНИХ СХЕМ У ЯКОСТІ ПЕРШОЇ ТА ДРУГОЇ ЛІНІЇ ХІМІОТЕРАПІЇ СИМПТОМАТИЧНОЇ МНОЖИННОЇ МІЄЛОМИ <i>Стаднік Є.</i>	89
64	ЗАГАЛЬНА ЕЛЕКТРОМАГНІТНА ПОТУЖНІСТЬ СЕРЦЯ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ ПОКАЗНИК ОЦІНКИ РИЗИКУ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ <i>Стаднік Є., Коваленко А., Мякота О., Карабут Я., Задорожній О., Радько Д.</i>	90
65	ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТАКРОЛІМУСУ ТА ПІМЕКРОЛІМУСУ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСЕМІНОВАНОЇ ФОРМИ КІЛЬЦЕПОДІБНОЇ ГРАНУЛЬОМИ <i>Стеценко С.</i>	91

66	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНСОМНІЇ ТА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ З РЕСПІРАТОРНИМ ДИСТРЕС-СИНДРОМОМ У ХВОРИХ НА COVID-19 <i>Фам Туан Ань</i>	92
67	МОДИФІКОВАНА СХЕМА ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ МАСТОЇДИТУ <i>Франчук А., Чемерис Н.</i>	93
68	ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПЕРЕВАГ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ЯК СУЧАСНОЇ ТА ЕФЕКТИВНОЇ МЕТОДИКИ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН В ПОРІВНЯННІ З КЛАСИЧНИМ СТРИПІНГОМ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПАЦІЄНТІВ <i>Федосова Я.</i>	95
69	ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ГЕРОНТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА <i>Халява В., Кравченко О., Коваленко І., Шеванов Б., Балко О., Ільченко Н.</i>	96
70	ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ КЛАСИЧНОЇ ТА ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ <i>Цихацький А.</i>	98
71	АНАЛІЗ СПЕКТРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ КОРОТКОГО ЗАПИСУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ <i>Чайковська Ю., Крамаренко А., Бутиріна І., Матрунич Д., Боряк В., Назаров Н.</i>	99

СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЯ

1	КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА <i>Алфьоров А., Абдельмаджид А.</i>	101
2	СИСТЕМНИЙ ЧЕРВОНИЙ ВОВЧАК. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Велічук А.</i>	103

3	ЧЕРВОНИЙ ПЛЕСКАТИЙ ЛИШАЙ. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ РІЗНИХ ФОРМ ЗАХВОРЮВАННЯ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА <i>Голубець О., Нікітченко Є., Пахомов А., Петришин П...</i>	105
4	ОСНОВНІ ПИТАННЯ КАНДИДОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ <i>Голубець О., Сусін О., Костюк І., Пахомов А., Петришин П., Нікітченко Є.....</i>	106
5	ВПЛИВ МОДНИХ ТЕНДЕЦІЙ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ <i>Горжій В., Гріненко В., Кирилович А., Троценко М., Чуб А., Чинахова Є.....</i>	107
6	МОРФОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ <i>Горошко А.....</i>	108
7	СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ БРУКСИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ <i>Доценко О.....</i>	109
8	ВУЛЬГАРНА ПУХИРЧАТКА, ЇЇ ПРОЯВИ В ПОРОЖНИНІ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Зленко А.....</i>	110
9	ЗМІНИ СТАНУ ОПОРНИХ ТКАНИН ПАРОДОНТУ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗА ДАНИМИ ПЕРІОТЕСТОМЕТРІЇ ЗА ОСТАННІ 15 РОКІВ <i>Зражевський Я., Коробов П.....</i>	113
10	ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ ЩЕЛЕП ЗА ДАНИМИ ОРТОПАНТОМОГРАМИ ТА КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ <i>Клевець Д.....</i>	114
11	САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ СТОМАТОЛОГІВ У ДЕЯКИХ ПИТАННЯХ ПСИХОЛОГІЇ <i>Клочков Н.....</i>	116

12	ВПЛИВ МАНУАЛЬНИХ НАВИЧОК ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА НА ВІДТВОРЕННЯ АНАТОМІЧНО-КОРЕКТНИХ ПРЯМИХ РЕСТАВРАЦІЙ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	
	<i>Костюк К.....</i>	117
13	МЕТОДИ АНТИСЕПТИЧНОЇ ОБРОБКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ	
	<i>Кульчицька С., Шнайдер К.....</i>	118
14	АКТУАЛЬНІСТЬ НАЯВНОСТІ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
	<i>Курбанова І., Бреславець М., Гріненко В., Кирилович (Житник) А., Чинахова Є.....</i>	120
15	ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЇ ГІПЕРЕСТЕЗІЇ	
	<i>Курило В., Вальт В.....</i>	121
16	ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ВОВЧАК СИМПТОМ «ЯБЛУЧНОГО ЖЕЛЕ». КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
	<i>Курило В.....</i>	122
17	ДЕНСИТОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛІВОК СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ВТОРИННИМИ АДЕНТІЯМИ	
	<i>Лемак Р.....</i>	126
18	НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	
	<i>Лучко А., Ткачова В., Аверін А., Абдулазізова С., Дзембуляк В., Коломійчук А.....</i>	127
19	ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ АФТОЗНИЙ СТОМАТИТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
	<i>Малюченко П., Пончик В.....</i>	129
20	ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ СИНКОПАЛЬНИХ СТАНІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ ПРИЙОМІ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА	
	<i>Мамай О.....</i>	130

21	ВАЖЛИВІСТЬ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТА, ЯК ФАКТОР ОНКОНАСТОРОЖЕНОСТІ В СТОМАТОЛОГІЇ <i>Мамай О.....</i>	132
22	СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ З ЗАСТОСУВАННЯМ БОТУЛОТОКСИНУ <i>Мезінова А., Онищенко К., Щербак Д.....</i>	135
23	ОСОБЛИВІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ РЕНТГЕНОГРАФІЇ НА ЕНДОДОНТИЧНОМУ ПРИЙОМІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Нестеренко Г.....</i>	135
24	ПІГМЕНТОВАНИЙ ЗУБНИЙ НАЛІТ У ДІТЕЙ. ЕТІОЛОГІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА <i>Поправка М., Царяпін А.....</i>	137
25	ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНИЙ СТОМАТИТ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ КРОВІ (ЛЕЙКОЗ) <i>Приліпко С., Гаврилюк О.....</i>	139
26	СИФІЛІТИЧНА ВИРАЗКА НА ПІДНЕБІННІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Прокопенко І.....</i>	140
27	ЗАСТОСУВАННЯ СВІТЛОЛІКУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ПРАКТИЦІ ЗА ДОПОМОГОЮ ВІТЧИЗНЯНОГО БАГАТО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ПРИЛАДУ НВФ ЛЮКС ДЕНТ UFL-122 <i>Рудіч О., Галай О., Сердюк С.....</i>	142
28	СИМПТОМ «ПЕЧІННЯ» В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА <i>Саприкіна М.....</i>	144
29	СИНДРОМ СТВЕНСА-ДЖОНСОНА, КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Саприкіна М., Кірюхіна Є., Шалдуга А.....</i>	145
30	ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА СТОМАТОЛОГІЧНУ ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ <i>Савон І., Снадний С., Мерний С., Юрдига В., Спесівтсєв Ю., Безрук Є.....</i>	146

31	МІКРОФЛОРА ПОРОЖНИНИ РОТА ВІД НОРМИ ДО ПАТОЛОГІЇ ПРИ ДЕЯКИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ <i>Сухомлін А., Матуцак М., Зосім А., Лазарева К., Ромін В.</i>	148
32	ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ ПРИ ГАЛЬВАНОЗІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Танцюра О., Кірюхіна Є., Лисенко Я.</i>	149
33	ФІТОТЕРАПІЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ <i>Тараненко О., Синіцький Є.</i>	151
34	ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Ткаченко Є., Доцюк Д., Бондаренко К., Клименко А., Гурик Ю., Буюклі В.</i>	153
35	ЧАСТОТА ПЕРВИННИХ АДЕНТИЙ В ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ <i>Федотов О., Коробов П., Цимбал Т.</i>	155
36	ЗМІНИ СЕКРЕЦІЇ МАЛИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ПІДНЕБІННЯ ПІД ДІЄЮ ПОВНИХ ЗНІМНИХ АКРИЛОВИХ ПРОТЕЗІВ <i>Трофименко Є.</i>	157
37	НАВІГАЦІЙНА ІМПЛАНТОЛОГІЯ ЗД-МОДЕЛЮВАННЯ <i>Хлебутін В., Косогова М.</i>	158
38	ГРИБКОВЕ УРАЖЕННЯ СЛИЗОВОЇ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЩО Є НАСЛІДКОМ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ТА СИСТЕМНОГО ПРИЙОМУ ПРЕПАРАТІВ <i>Чеботарьова Є., Аветіков Г.</i>	160
39	НЕІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ ФЛЮОРОЗУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ <i>Шара В.</i>	161
40	ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ХОЛОДОВОЇ ПРОБИ В КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ <i>Шевченко Д., Кулай Д.</i>	162
41	ПРОБЛЕМА ПОРУШЕННЯ СЛУХУ ТА ПОШУК ШЛЯХІВ ЇЇ ВИРІШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ <i>Шичула С.</i>	164

42	ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АКУБАРОТРАВМИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ МІННО-ВИБУХОВУ ТРАВМУ <i>Шпак-Бєлишева І., Семираз А., Степанов І., Ковтун Ю., Клименко С., Литвинова Р., Гладкий О.....</i>	165
43	ДЕФЦИТ ЗАЛІЗА І ЗАЛІЗОДЕФЦИТНА АНЕМІЯ ПРИ ЗАХВОРІВАННЯХ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ <i>Юськів М.....</i>	166
	ЗМІСТ	169