

**ПДМУ**

**100-річчя**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ**

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**

*Тези доповідей  
Всеукраїнської науково-практичної  
конференції лікарів-інтернів,  
присвяченої 100-річчю  
Полтавського державного  
медичного університету  
27 травня 2021 р.*



*Полтава - 2021*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ПОЛТАВСЬКОЇ  
ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ  
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



## ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

*Всеукраїнської науково-практичної  
конференції лікарів-інтернів, присвяченої 100-річчю  
Полтавського державного медичного університету  
27 травня 2021 р.*

Полтава - 2021

### *Редакційна колегія*

- проф. **Ждан В.М.** – в.о. ректора Полтавського державного медичного університету (головний редактор)
- проф. **Скрипник І.М.** – проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти (заступник головного редактора)
- доц. **Марченко А.В.** – директор навчально-наукового інститут післядипломної освіти (відповідальний редактор)
- доц. **Давиденко Г.М.** – заступник директора навчально-наукового інститут післядипломної освіти (відповідальний секретар)
- доц. **Шилкіна Л.М.** – заступник директора навчально-наукового інститут післядипломної освіти (відповідальний секретар)

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій МОЗ та НАМН України, які проводитимуться у 2021 р.

## СЕКЦІЯ «КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА»

### МЕЗОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГНІЗДОВОЇ АЛОПЕЦІЇ

*Авдєєнко В.І.*

**Науковий керівник : доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Гніздова алопеція (ГА) – локальне облісіння, яке характеризується раптовою появою одного або кількох вогнищ овальної або округлої форми. Проблема випадання волосся є однією з актуальних у практичній дерматології та медичній косметології. Проблема ГА обумовлена недостатньою інформацією про етіологію, патогенез даного захворювання, а також малою ефективністю існуючих методів лікування хворих.

Причина розвитку ГА залишається невідомою; разом з тим генетичні і імунологічні чинники розвитку ГА є одними з центральних.

Початок захворювання може бути в будь-якому віці, 90% чоловіків і 80% жінок стикаються з проблемою втрати волосся. Частота алопеції сягає 2% серед усіх хронічних дерматозів. У даний час у комплексному лікуванні хворих на ГА використовують такі засоби і методи лікування ГА: неспецифічні подразнюючі засоби (Дитранол, антралін і т.д); неспецифічні імуносупресори - глюкокортикостероїди (ГКС); ПУВА - терапію; специфічні імуносупресори – циклоспорин А; засоби прямої дії на волосяні структури (міноксидил, Регейн); фізіотерапевтичні методи. Одним із методів лікування ГА є мезотерапія. Після мезотерапії шкіри голови поліпшується приплив крові, що сприяє транспортуванню поживних речовин навіть в глибокі шари дерми. Вплив голками підсилює процеси репарації м'яких тканин, тому мезотерапія допомагає нормалізувати функцію сальних залоз.

Для проведення мезотерапії застосовують мезококтейлі за допомогою таких технік: поверхневого напажу, середнього напажу, папульної, мультипунктурної. До складу мезококтейлів входять венотоники, вітаміни, амінокислоти, біофлавоноїди, макро- та мікроелементи, лікарські препарати.

Мета: оцінити клінічну ефективність та доцільність застосування мезотерапії в комплексній терапії ГА.

Під спостереженням знаходилось 12 пацієнтів з вогнищевою алопецією, в віці 20-35 років. Їм було проведено мезотерапію шкіри голови 1 раз в 7 днів курсом від 6 до 10 процедур.

Мезотерапія забезпечила активацію «сплячих» фолікулів, відновлення структури волосся, нормалізацію гідроліпідного балансу шкіри голови. Після курсу мезотерапії волосяні фолікули отримали необхідне живлення, тому волосся перестало випадати у 10 пацієнтів (83,3%), а нове почало відростати густішим та міцнішим у 9 пацієнтів (75%).

Таким чином, застосування мезотерапії шкіри голови в комплексному лікуванні ГА продемонструвало свою клінічну ефективність.

## **ВАЖЛИВІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ АТО**

*Антонець А. О., Грибовод І. І.*

**Науковий керівник: доц. Гринь К.В.**

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Україна є державою зі складними соціально-побутовими умовами, в якій з 2014 року не припиняються військові дії. В українському суспільстві з'явилася нова соціальна група – учасники локального збройного конфлікту або учасники антитерористичної операції (АТО). Даний контингент осіб пережив запорогові стресові реакції, які позначилися не тільки на їх фізичному стані, але й на психо-емоційному здоров'ї самих бійців та членів їх родин. Найчастішими проявами психо-емоційних порушень учасників бойових дій є прояви агресії, тривоги, депресії, порушення сну, соціальна дезадаптація та суїциди. Актуальною постає проблема вчасного визначення психологічних наслідків участі ветерана в бойових діях, рівня агресії для попередження соціально-небезпечних дій та трагедій у родинах та суспільстві.

Метою було дослідження емоційного стану військовослужбовців – учасників бойових дій на Сході України, визначення показників агресивності, ворожості, тривожності та депресії для розробки комплексу цільових реабілітаційних методів при лікуванні.

Після отримання інформованої згоди було обстежено 30 пацієнтів – учасників бойових дій (АТО), які страждали на посттравматичний стресовий розлад. Ці особи перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні психіатричному для інвалідів та ветеранів війни КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської облради» протягом 2020 року. На етапі клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного дослідження використаний комплекс методик: рівень агресивності та ворожості визначався за опитувальником А. Басса-А. Дарки, рівень депресії – за шкалою депресії PHQ-9, рівень тривоги визначався за шкалою Гамільтона для оцінки тривоги (HARS).

За результатами експериментально-психологічного дослідження виявлено кореляцію показника депресії з рівнем ворожості, показника інтенсивності тривоги з рівнем агресії. А саме: чим вище бали за шкалою депресії – тим вище рівень ворожості, при високих показниках тривожності фіксуються високі показники агресивності.

Таким чином, агресія – відхильна поведінка людини, яка заподіює моральний, фізичний і матеріальний збиток іншим людям або порушує їхній психічний комфорт. В той же час агресія – це природна захисна реакція організму, яка на пряму пов'язана із загрозою життю. Чим довше людина перебувала у зоні бойових дій, тим більше агресивних проявів вона може мати – це природна реакція самозахисту на війні. Визначення показників агресивності, ворожості, тривожності та депресії є необхідним на етапі психологічного дослідження учасників АТО для розробки комплексу цільових реабілітаційних методів при лікуванні.

# **ПРОЛОНГОВАНА РЕГІОНАРНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ВЕРХНІЙ КІНЦІВЦІ В ТРАВМАТОЛОГІЇ-ОРТОПЕДІЇ**

*Бабич Е.В., Головня В.Ю.*

**Науковий керівник: доц. Могильник А.І.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

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

Мета: підвищити ефективність анестезіологічного забезпечення операцій на верхній кінцівці в травматології та ортопедії на шляхом вивчення динамічних характеристик регіонарного блоку та післяопераційного больового синдрому при використанні різних анестетиків та ад'ювантів.

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

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

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

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

# ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИСЕПТИКІВ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ *A. baumannii*, ЩО КОЛОНІЗУЮТЬ ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ ВАЖКОХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

*Багнюк Н. А., Левченко Б. І.*

**Науковий керівник: доц. Назарчук О. А.**

Кафедра мікробіології

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Інфекційні ускладнення органів дихання, пов'язані з наданням медичної допомоги є актуальною проблемою сьогодення. Через стрімке зростання резистентності до антимікробних препаратів у пацієнтів після хірургічних втручань та важкохворих відділень інтенсивної терапії все частіше рееструють нозокоміальну пневмонію. За даними літератури, летальні випадки, обумовлені виникненням позалікарняної пневмонії, не перевищують 1-2% від загальної смертності, в той час як при нозокоміальній пневмонії ризик летальності досягає 12 – 40 %.

Доведено провідну роль *Acinetobacter baumannii* серед грамнегативних умовнопатогенних збудників інфекційних ускладнень органів дихання. Останнім часом клінічне значення даного мікроорганізму, обумовлено його високою адаптивною здатністю набувати стійкості до антисептиків. Високий рівень антибіотикорезистентності *A. baumannii* спонукає до постійної розробки альтернативних ефективних протимікробних засобів профілактики та лікування інфекційних ускладнень органів дихання. Для боротьби зі збудниками інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, у пацієнтів широко застосовують антисептичні лікарські препарати декаметоксин, хлоргексидину біглюконат.

Мета – провести мікробіологічне дослідження ефективності лікарських антисептичних засобів декаметоксину, хлоргексидину на клінічних штамів *A. baumannii*, як збудників інфекційних ускладнень органів дихання.

Матеріали і методи. У дослідженні від хворих з нозокоміальними пневмоніями було виділено та 33 штами *A. baumannii*. Усі виділені штами ідентифіковано за типовими морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними властивостями з використанням загальноприйнятих мікробіологічних методів дослідження. Вивчили чутливість *A. baumannii* до антисептиків декаметоксину та хлоргексидину стандартним методом двократних серійних розведень з визначенням мінімальних інгібуючої (МІК) та бактерицидної концентрацій (МБЦК).

Результати та обговорення. В результаті дослідження було встановлено високу бактерицидні властивості декаметоксину і в хлоргексидину щодо клінічних штамів *A. baumannii*. Одержані дані свідчили, що бактерицидні концентрації декаметоксину ( $51,23 \pm 7,40$  мкг/мл) щодо *A. baumannii* достовірно не відрізнялись від таких у хлоргексидину ( $70,54 \pm 16,55$  мкг/мл;  $p > 0,05$ ). З врахуванням суттєвих відмінностей кількісного вмісту основних діючих речовин в готових лікарських формах досліджуваних антисептичних препаратів, крім МБЦК, провели аналіз протимікробної ефективності офіційних форм 0,02 % декаметоксину, 0,05 % хлоргексидину за допомогою розрахунку відношення концентрації антисептика в лікарській формі до його мінімальної бактериостатичної концентрації (індекс активності антисептика – ІАА). Так, в результаті аналізу показників ІАА встановлено антимікробну ефективність досліджуваних антисептиків щодо ацинетобактерій, які проявляли ефектив-

ні бактерицидні властивості в концентраціях готових лікарських розчинів, маючи достатні ІАА в готовій лікарській формі (декаметоксин  $77,12 \pm 10,14$  мкг/мл; хлоргексидин  $49,83 \pm 4,44$  мкг/мл).

В умовах стрімкого формування та поширення антибіотикорезистентності серед збудників інфекційних ускладнень науковці зосередили значні зусилля на пошук шляхів подолання даної проблеми. Серед альтернативних шляхів боротьби з антибіотикорезистентними збудниками ефективним та перспективним вважають активне застосування антисептиків, які мають відмінні від антибіотиків механізми дії на мікроорганізми. Вченими доведено в мікроорганізмів значно повільнішу здатність формувати стійкість до антисептичних засобів

Висновки. Лікарські препарати на основі антисептиків декаметоксину, хлоргексидину, володіють бактерицидною дією на клінічні штами *A. baumannii*, які колонізують дихальні шляхи, що свідчить про достатню протимікробну ефективність в профілактиці та лікуванні нозокоміальних респіраторних інфекційних ускладнень органів дихання у важкохворих, спричинених цим збудником.

Перспективи подальших розробок. Перспективним є подальше дослідження ефективності антисептиків для профілактики та лікування інфекційних ускладнень органів дихання різної мікробної етіології.

## **КАРДІОВАСКУЛЯРНІ НАСЛІДКИ СИНДРОМУ СОННИХ АПНОЕ**

*Барaban Ю.А., Сніжко О.М., Стародуб В.В., Тимченко С.С.*

**Науковий керівник: доц. Іваницький І.В.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Синдром сонних апное (ССА) – це захворювання, обумовлене рецидивуючими епізодами закриття верхніх дихальних шляхів або їх звуження, що виникає на рівні глотки, при збереженій функції дихальних м'язів. Наслідками апное є погіршення оксигенації крові і епізоди пробудження, що викликає фрагментацію сну. Це є причиною денних скарг, а в поєднанні з рецидивуючими епізодами гіпоксемії і надмірною активністю симпатичної нервової системи, призводить до підвищення артеріального тиску з подальшими ускладненнями. Метою нашого дослідження стало визначення рівня впливу синдрому сонних апное на розвиток артеріальної гіпертензії в практиці лікаря загальної практики. Нами були обстежені 46 осіб (38 чоловіків та 8 жінок) у віці 45-63 років без відомих серцево-судинних ускладнень, які пройшли структуроване інтерв'ю. Ризик порушень дихання під час сну оцінювали за Берлінським опитувальником, серцево-судинний ризик – за шкалою SCORE (SystematicCOronaryRiskEvaluation). Визначалися антропометричні характеристики, ліпідний спектр, артеріальний тиск. Підвищений ризик ССА відповідно до критеріїв Берлінського опитувальника був зареєстрований у 10,6% обстежених. Найбільш (90,0%) типовим було поєднання таких компонентів ССА, як хропіння/зупинки дихання уві сні і кардіометаболічного порушення. Чоловіки частіше пред'являли скарги на хропіння/зупинки дихання уві сні – 19,2% та 7,6% ( $p = 0,001$ ), що зумовило і більш високий загальний ризик ССА серед них в порівнянні з жінками – 16,5% та 6,8 % ( $p = 0,025$ ). І для чоловіків (2,6%), і для жінок (2,3%) скарги на підвищену денну сонливість



виявилися найменш характерними. Серед осіб у віці  $\geq 60$  років підвищений ризик ССА зареєстрований у 15,8%, на противагу 5,2% у віці  $< 50$  років ( $p = 0,03$ ). У осіб з високим ризиком ССА виявлено більш високий рівень загального холестерину –  $6,7 \pm 0,11$  та  $5,53 \pm 0,07$  ммоль/л ( $p = 0,03$ ) і ліпопротеїнів низької щільності –  $4,14 \pm 0,12$  та  $3,45 \pm 0,09$  ммоль/л ( $p = 0,01$ ); для них були більш характерні надмірна маса тіла - індекс маси тіла  $32,61 \pm 1,27$  та  $25,51 \pm 0,31$  кг/м<sup>2</sup> ( $p = 0,01$ ), а також підвищений систолічний –  $138,62 \pm 2,96$  та  $122,63 \pm 1,29$  мм рт.ст. ( $P = 0,03$ ) і діастолічний артеріальний тиск –  $82,13 \pm 1,95$  та  $74,31 \pm 0,9$  мм рт.ст. ( $P = 0,02$ ). Респонденти з високим ризиком ССА незалежно від статі не відрізнялися за рівнем серцево-судинного ризику за шкалою SCORE. При виділенні типових поєднань компонентів ССА не було виявлено самостійного значення хрипіння/зупинок дихання уві сні і денної сонливості в формуванні серцево-судинного ризику по SCORE.

Таким чином, високий ризик ССА пов'язаний з ознаками метаболічного синдрому. Застосування Берлінського опитувальника не дозволяє виявити підгрупи осіб з ризиком ССА в поєднанні з високим серцево-судинним ризиком.

## **ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ НЕЙРОАКСІАЛЬНОЇ БЛОКАДИ В ОРТОПЕДІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ**

*Борісова Н.В., Гресь Я.А.*

**Науковий керівник: ас. Телегань В.О.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: Останнім часом не зникає підвищена зацікавленість до використання нейроаксіальних методів знеболення в травматологічних пацієнтів. Методи нейроаксіальної анестезії (НА), що використовуються в травматології та ортопедії, дозволяють забезпечити ефективну периопераційну анестезію і аналгезію, достатню релаксацію, здійснюють мінімальний вплив на життєво-важливі органи і системи, знижують частоту післяопераційних ускладнень, сприяють профілактиці хронізації болю.

Таким чином, оптимізація методів анестезіологічного забезпечення при оперативних втручаннях у травматологічних хворих, є досить важливою і актуальною проблемою.

Мета: покращення результатів лікування пацієнтів травматологічного і ортопедичного профілю шляхом оптимізації методів нейроаксіальної анестезії.

Визначити фізико-хімічні властивості підігрітих розчинів місцевих анестетиків і експериментально обґрунтувати можливість їх використання для регіонарної анестезії. Оцінити вплив підігрітих розчинів місцевих анестетиків (МА) на ефективність блокади плечового сплетіння.

Методи дослідження: робота виконана в дизайні відкритого рандомізованого дослідження в паралельних групах. В дослідженні використовувалися клінічні, лабораторні, аналітичні й статистичні методи досліджень. Об'єкт – анестезіологічне забезпечення у вигляді нейроаксіальної анестезії при операціях на опорно-руховому апараті. Предмет дослідження – пацієнти травматологічного і ортопедичного профілю.

Основні результати: При нагріванні до 37°C розчинів лідокаїна і бупівакаїна встановлено, що константа дисоціації МА склала  $7,60 \pm 0,01$  і  $7,92 \pm 0,01$  відповідно, що було достовірно ( $p < 0,05$ ) нижче в порівнянні з аналогічними

показниками цих розчинів МА при температурі 24°C: 7,90±0,01 і 8,09±0,01 відповідно. При підвищенні температури питома щільність МА знижувалася і розчини препаратів при 37°C набували гіпербаричних властивостей. З підвищенням температури розчинів МА знижується їх в'язкість, що є одним з факторів, який впливає на поширення розчинів МА в субарахноїдальному просторі.

З метою вивчення впливу підігрітих розчинів МА на ефективність блокади плечового сплетіння (БПС) спостерігалось дві групи пацієнтів: в основній групі (n=25) використовували підігрітий 1% розчин лідокаїна, в контрольній (n=25) – 1% розчин лідокаїна кімнатної температури. При виконанні тесту ріп ріск відчуття притуплення після ін'єкції було зареєстровано в ділянці променевого, ліктьового і серединного нервів в основній групі через 5,0±3,0 хв. В контрольній групі відчуття притуплення в ділянці іннервації променевого і ліктьового нервів відмічене через 10,0±5,0 хв, серединного нерва – 15,0±6,5 хв. Повний сенсорний блок настав через 9,2±6,0 хв і 12,5±8,0 хв відповідно. Час початку моторного блока в основній групі відмічався на 10,0±4,0 хв, в контрольній – на 17,3±6,0 хв (p≤0,05). Повний моторний блок був досягнутий на 12,0±5,0 хв в основній і 18,0±7,0 хв в контрольній групах (p≤0,05). Тривалість анестезії складала 95,0±19,7 хв і 91,0±20,7 хв відповідно в основній і контрольній групах (p>0,05) відповідно.

Висновки: Температура розчинів МА, які вводяться, є важливим фактором, що здійснює вплив на фізико-хімічні властивості, поширення препаратів в субарахноїдальному просторі і клінічну характеристику регіонарної анестезії.

Час початку сенсорного блока при блокаді плечового сплетення з використанням підігрітих розчинів МА значно менший, ніж при використанні даних розчинів кімнатної температури.

## **КОРЕКЦІЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКЦІ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРОЯВІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

*Булах О.А., Кришталь Н. В., Короткова Ж.В., Кустова А.А.*

**Науковий керівник: доц. Соколюк Н.Л.**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Бронхообструктивний синдром ( БОС), який є первинним при бронхіальній астмі (БА) та хронічному захворюванні легень (ХОЗЛ), часто виникає у осіб з метаболічними порушеннями.

Мета дослідження: дослідити особливості перебігу БОС при БА та ХОЗЛ з метаболічними проявами та розробити профілактичні рекомендації

Матеріали та методи: Обстежено 22 хворих з БОС ( 15 осіб з ХОЗЛ та 7 осіб з БА в поєднанні з ожирінням, середній вік складав 48,0 ± 7,3 роки. Серед них 68,18% чоловіків і 31,82% жінки. Середня тривалість захворювання – (10,3 ± 6,0) років. Всім пацієнтам проводилось спірометричне обстеження, антропометрія з визначенням ІМТ, визначення складу тіла ВF 500 (модель HBF-500-E, Omron, Японія).

Основні результати: Спірометричне дослідження виявило обструктивні порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД) легкого ступеню 27, 26% і середнього ступеню 36,37% ; змішані порушення середнього ступеню у

36,37% хворих. Змішані порушення більш характерні для хворих з ХОЗЛ, у хворих БА зареєстровані лише обструктивні спірометричні зміни.

У 3 пацієнтів діагностовано ожиріння III ступеня, у 6 - II ступеня, у 13 – I ступеня. Недостатню м'язову масу мали 90,1% хворих, у 100% відмічалось збільшення коефіцієнту абдомінального жиру.

Паралельно з базисною терапією БОС при ХОЗЛ та БА хворі опанували методику дихання за методом Бутейко К.П. та притримувалися низькокалорійної дієти.

Повторне обстеження проведено через 3,6 місяців.

Протягом 3 місяців загострення зареєстровано в 2 пацієнтів з ХОЗЛ, а протягом 6 місяців – 3 пацієнтів (2 ХОЗЛ і 1 БА). Загострення пов'язані з ГРВІ.

Згідно даних обстеження ФЗД на 3 місяць спостереження відмічено зменшення хворих з 2 ступенем на 17%. Через 6 місяців 2 хворих з БА мали нормальні показники ФЗД, а порушення 2 ступеню залишилися лише у 3 осіб з ХОЗЛ, які перенесли загострення.

За час спостереження ІМТ зменшився у 6 осіб, але зменшити ступінь вдалося лише 2, які мали ІМТ 36,3, а став 33,5. В середньому втрата ваги в групі  $3,0 \pm 1,9$ .

Висновки: Хворі БА та ХОЗЛ з ожирінням мають обструктивні та змішані порушення функції зовнішнього дихання, які зменшуються при тривалому застосуванні дихальної гімнастики та дотриманні дієтичних рекомендацій.

## **РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ПЛІСНЯВИХ ГРИБКІВ У ХВОРИХ З РЕСПІРАТОРНОЮ ПАТОЛОГІЮ**

*Вершенко Д. С.*

***Науковий керівник: доц. Соколюк Н. Л., зав. алергологічним відділенням Кулик Л. Г.***

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Підвищення чутливості до пліснявих міксоміцетів зустрічається у хворих на БА в різних країнах у 20–60 %. Сенсibiliзація до міксоміцетів (*Cladosporium*, *Aspergillus*, *Alternaria*, *Penicillium*) супроводжується збільшенням тяжкості перебігу БА, зростанням частоти загострень

Мета роботи: проаналізувати частоту розповсюдження сенсibiliзації до пліснявих міксоміцетів, а також встановлення особливостей перебігу у хворих з респіраторною патологією.

Методи дослідження: статистична обробка проводилась на основі досліджень Ю. І. Фещенко, О. М. Рекалова та ін. «Особливості перебігу бронхіальної астми у хворих із позитивною шкірною чутливістю до пліснявих міксоміцетів».

Основні результати: Дослідження стану фунгальної сенсibiliзації у хворих на БА дозволило виділити особливу форму захворювання, етіопатогенез якого пов'язаний із проявами підвищеної чутливості до *A. fumigatus*, який спостерігається в 2–5 % хворих на БА й у 10–15 % хворих на муковісцидоз, окрім діагнозу тяжкої БА, яка не піддається стандартному лікуванню, виявляються центральні бронхоектази, періодично — легеневі інфільтрати, еозинофілія, підвищення рівню загального сироваткового Ig E та протиас-

пергильозних Ig E та Ig G. Грибкове зараження приміщень, у яких мешкають або навчаються хворі, сприяє розвитку тяжкої астми в дітей, причому збільшення ризику розвитку БА під впливом фунгальної експозиції залежить від підвищення концентрації пліснявих мікроміцетів (*A. fumigatus*) у домашньому пилу також супроводжується погіршенням перебігу БА та зростанням бронхіальної гіперреактивності.

Висновки: мікроміцети широко розповсюджені по всьому світу, визначаються як у приміщеннях, так і в зовнішньому середовищі і викликають ряд тяжких людських хвороб: мікозів — пов'язаних із проростанням у тканини фунгального міцелію, мікотоксикозів — обумовлених токсичною дією на організм низькомолекулярних елементів фунгальних спор, гіфів або метаболітів. Дослідження проведені в Україні установили наявність взаємозв'язку загострень респіраторних захворювань з вмістом у навколишньому середовищі міксоміцетів. Позитивні реакції негайного типу до фунгальних шкірних алергенів серед дорослих хворих на бронхіальну астму у фазі ремісії визначаються в 14,3 % випадків, серед них у 70,0 % спостерігаються позитивні реакції до двох та більше фунгальних алергенів, що віддзеркалює стан полівалентної сенсibiliзації організму та свідчить про можливість перехресної фунгальної алергії.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЕЛПОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З COVID-19.**

*Вишар К.Р., Глинська В.В., Яровий Б.Ю., Пасічник С.Ю., Плакса В.М.*

**Науковий керівник: доц. Соколюк Н.Л.**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Після перенесеного COVID-19, особливо ускладненого пневмонією розвивається постковідний синдром («дальнобійника»), який супроводжується поліморфізмом скарг та проявів. Найчастіше зустрічаються дихальні симптоми: задишка та кашель.

Мета дослідження: вивчити ефективність спелеотерапії при лікуванні постковідного синдрому.

Матеріали та методи: Обстежено 26 осіб, які перехворіли на пневмонію асоційовану з COVID-19. Створено 2 групи спостереження ( 1 група контролю - 8 осіб, 2 група 18 осіб – які отримували спелеотерапію). Всі пацієнти перенесли COVID пневмонію середнього ступеню важкості , мали залишкові фіброзні зміни при рентген обстеженні та скаржилися на кашель та задишку при фізичному навантаженні. На початку та по завершенню спелеотерапевтичного лікування (апарат IONNA, Україна , режим 1, тривалість 40хвилин) проведено анкетування (опитувальник кашлю та задишки), тест з фізичним навантаженням (6 хвилини ходьба), спірометричне обстеження (апарат « Кардіо +»).

Основні результати: Спірометричне обстеження виявило в 1 групі змішаний тип порушення ФЗД 50% ( 1ст. 75%, 2ст-25%), рестриктивний тип 50%.( 1ст 50%,2ст 50%). В 2 групі змішаний тип у 55,5% ( 1ст -70%, 2ст.- 30%, обструктивний тип 1ст.-5,5% та 39%- рестриктивні порушення (1ст -71%.2ст 29%); 12,5% - норма. Через 2 тижні в 1 групі змішаний тип порушення ФЗД 50% ( 1ст. 100%), рестриктивний тип 50%.( 1ст 50%,2ст 50%). В 2 групі змішані порушення ФЗД 38,8% (1ст.100%) , рестриктивні порушення у 38,8% (1ст)%, 22,4% норма. Покращилися показники ЖЕЛвд, ФЖЕЛ та ОФВ1 в

обох групах, але показник ОФВ1 мав більший приріст у осіб після спелеотерапії.

Згідно опитувальника кашлю на початку дослідження в 1 групі  $82,9 \pm 5,7$  бали, 2 групі  $80 \pm 7,0$  балів, на 15 добу в 1 групі  $62 \pm 7,0$  в 2 групі  $51,3 \pm 2,2$ . Якщо на задишку на початку дослідження скаржилося 100%, при цьому 77% при значному фізичному навантаженні, то на 15 день в 2 групі задишка зменшилась на 50%, а в 1 на 37%.

Тест з фізичним навантаженням продемонстрував збільшення толерантності до нього у 50% хворих 2 групи та 37,5% 1 групи.

Висновок. 1. Застосування спелеотерапії в лікуванні постковідних дихальних проявів знижує ступінь порушень функції зовнішнього дихання, кашель та задишку і збільшує толерантність до фізичного навантаження

## **ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ГЕМІКРАНІЇ**

*Гекалюк К.А., Костюк Р.С., Пасюта О.А.*

**Науковий керівник: доц. Санік О.В.**

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

Актуальність теми. Головний біль є однією з найбільш частих скарг у пацієнтів, що звертаються до лікарів різних спеціальностей. Практично кожна людина страждає від періодичних короткочасних головних болей різного генезу. Розуміння причини головного болю важливе для його усунення. Пароксизмальна гемікранія - форма тригемінального головного болю, яка, часто може бути, помилково діагностована як мігрень або інші види тригемінального головного болю.

Мета дослідження. Ознайомити лікарів з критеріями діагностики пароксизмальної гемікранії для призначення раціонального лікування з метою профілактики абuzuсного головного болю та покращення якості життя пацієнта.

Наводимо приклад клінічного випадку пацієнтки віком 35 років з нападами однобічного інтенсивного головного болю у лобній ділянці, що іррадіював у параорбітальну та скроневу ділянку, зі слюзоточивістю, ін'єкцією кон'юнктиви справа та онімінням у ділянці зовнішньої дужки Зельдера. Напад головного болю пов'язувала з стресом, тривав у середньому 10 хв до 10 разів на добу. Прийом НПЗЗ ( парацетамол, аспирин) та сон не покращував її самопочуття. У пацієнтки були симптоми, які вказували на мігреноподібний характер головного болю. Їй було призначено суматриптан, який усував головні болі протягом кількох наступних років. З віком характер головного болю змінився на вищеописаний, призначена терапія не допомагала. Було зроблено МРТ та КТ головного мозку – без патології. Для всіх тригемінальних вегетативних цефалгій основними спільними ознаками є: наявність чітко обмежених короткочасних нападів однобічного інтенсивного головного болю переважно в орбітальній, периорбітальній, скроневої ділянці та слюзотеча, ін'єкція кон'юнктиви, закладеність носу, ринорея, міоз, набряк та опущення повіки. Ознакою, що відрізняє тригемінальні вегетативні цефалгії один від одного, є частота нападів протягом дня та їх тривалість. Тривалість нападу кластерного головного болю складає 15-180 хв., частота - від 1 разу в 2 дні до 8 за добу; при SUNCT-синдромі - від 3 до 200 за добу трива-

лістю 5-240 секунд, в той час як напади пароксизмальної гемікранії тривають 2-30 хв., частота яких  $\geq 5$  за добу. Була призначена терапія *ex juvantibus* – індометацин у дозі 25 мг 2 рази на добу, від призначення якої було ефективно.

Висновки. Основним критерієм пароксизмальної гемікранії є індогест. Єдиним її лікуванням є індометацин. Для первинних головних болей характерний перехід однієї форми (мігрень у дитинстві) в іншу (пароксизмальна гемікранія у дорослому віці). Первинні форми головного болю лікуються різними препаратами (мігрень триптанами, SUNCT антиконвульсантами, пароксизмальна).

## **КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ, УСКЛАДНЕНОГО ПОРУШЕННЯМ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ШКІРИ**

*Герасименко Т.П.*

**Науковий керівник: доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Атопічний дерматит (АД) традиційно відносять до найбільш поширених і тяжких за клінічним перебігом алергічних захворювань у дітей. Його поширеність серед дитячого населення від 12 до 37%, що значно перевищує цей показник серед дорослих (0,2-2%). Атопічний дерматит (АД) – є важливою медико – соціальною проблемою, значущість якої визначається збільшенням рівня даної патології в усіх вікових групах та тенденцією до більш тяжкого перебігу. У наступний час визначається збільшення частоти хронічних форм захворювання з безперервно – рецидивуючим перебігом, резистентних до традиційної терапії. Одним з факторів, які погіршують тяжкість перебігу атопічного дерматиту є агресивне розповсюдження сапрофітної флори флори.

Метою нашої роботи є дослідження ефективності застосування місцевого комбінованого препарату, який вміщує гідрокортизон, неомицин и натаміцин, у вигляді мазі або крему в залежності від стану захворювання для місцевого лікування атопічного дерматиту у дітей, ускладненого порушенням мікробіоценозу шкіри.

Під нашим спостереженням в клінічних умовах протягом 2 тижнів перебували 14 хворих дівчаток з атопічним дерматитом середньо тяжкого перебігу з ураженням шкіри обличчя та кінцівок віком від 8 до 11 років. У 4 (28,6%) хворих спостерігались ускладнення у вигляді грибкової інфекції (*Candida* або *Malacessia*), у 6 (42,8%) - у вигляді піодермії (*Streptococcus* та/або *Staphylococcus*), 4 (28,6%) мали ускладнення бактеріальної та грибкової етіології. Всі хворі отримували, окрім комплексної терапії, місцево препарат «Пімафукорт», змащуючи тонким шаром уражені місця два рази на день. У 8 (57,1%) хворих вже на 3-4 добу спостерігалось значне клінічне покращення, а у 9 (64,3%) через тиждень наступив повний регрес проявів вторинної інфекції. При застосуванні даного препарату жодного випадку побічних ефектів не спостерігалось.

Таким чином, місцево застосування комбінованого препарату, який вміщує гідрокортизон, неомицин и натаміцин, у вигляді мазі або крему для ліку-

вання атопічного дерматиту, ускладненого порушенням мікробіоценозу шкіри показало добрий результат, що дає змогу рекомендувати його, як препарат з високою безпечністю застосування та відсутністю побічних ефектів.

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З COVID-19**

*Геревич Н.Р., Жуков Є.В., Кірейчук Д.С., Сидоренко А.І., Юрко В.В.*

**Науковий керівник: доц. Соколюк Н.Л.**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Симптоми після гострого захворювання на COVID-19 дуже мінливі та широкомасштабні та можуть зберігатися протягом тижнів або навіть місяців.

Мета дослідження: на базі навчально-практичного пульмонологічного центру кафедри та ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського розробити комплекс дихальної гімнастики та оцінити його ефективність у хворих які перенесли пневмонію асоційовану з COVID-19.

Матеріали та методи: Обстежено 20 пацієнтів, що звернулися до центру на обстеження зі скаргами на кашель, задишку, дискомфорт у грудях, загальну слабкість, тахікардію. Всі хворі перенесли пневмонію асоційовану з COVID-19. Кожен пацієнт відповів на анкету(опитувальник) з 8 запитань ( кожне питання 1-5 балів). Згідно отриманих результатів розроблялась індивідуальний дихальний комплекс. Протягом 5 днів хворі під керівництвом інструктора опановували його, а потім протягом 3 місяців застосовували його вдома самостійно. Критерієм ефективності – зниження кількості балів та покращення показників спірометрії.

Основні результати: Спірометричне обстеження на початку спостереження виявило зміни показника ЖЕЛвд  $68,6 \pm 3,8$ , ОФВ1  $78 \pm 4,3$ , ФЖЕЛ  $80 \pm 4,5$  при Індекс Тиффно  $84 \pm 3,5$ . Через 1 місяць ЖЕЛвд  $78 \pm 2,1$ , ОФВ1  $80 \pm 2,1$ , ФЖЕЛ  $84 \pm 3,8$ , Індекс Тиффно.  $80 + 2,1$ , через 3 місяці ЖЕЛвд  $88 \pm 1,1$ , ОФВ1  $86 \pm 2,3$ , ФЖЕЛ  $88 \pm 1,8$ , що вказує на покращення вдиху і свідчить про зменшення рестриктивних порушень.

На початку дослідження сума балів згідно опитувальника склала  $29 \pm 2,2$ , через місяць  $19,2 \pm 2,4$ , через 3місяці  $14,0 \pm 1,1$ . Відмічалась наступна тенденція по симптомів: покращення сну - зменшення харкотиння – зменшення кашлю-- - тахікардія - дискомфорт у грудях – втомлюваність – задишка - толерантність до фізичного навантаження, яка спостерігалася протягом всього спостереження. Через 6 місяців кашель був лише у 1 пацієнта ( курець), дискомфорт у грудях, тахікардія не спостерігалася, втомлюваність залишилася у 3, а задишка при значному фізичному навантаженні у 2 пацієнтів.

Висновок. Запропонована анкета може бути рекомендована для оцінки ефективності дихальних реабілітаційних вправ при лікуванні постковідного синдрому, а використання індивідуального підходу до вибору лікувальних дихальних прав у хворих після COVID пневмонії сприяє зменшенню тривалості посковідного синдрому.

## ЛІКУВАННЯ РІЗНОКОЛЬОРОВОГО ЛИШАЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

*Герич С.Р.*

**Науковий керівник: доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: обумовлена перманентним зростанням рівня захворюваності даного дерматозу, підвищенням звернення хворих на висівкоподібний лишай різних вікових груп, збільшенням частоти рецидивів даного захворювання.

Різнокольоровий лишай, як відомо, є хронічним дерматозом мікотичного походження, що уражає роговий шар епідермісу шкіри. Збудником захворювання є гриби *Pityrosporum orbiculare* та *Pityrosporum ovale*, які тепер об'єднали в одну групу *Malassezia furfur*.

Мета: оцінити терапевтичну ефективність і переносимість 1% розчину тербінафіну, 1% крему похідного імідазолу в терапії різнокольорового лишая.

Матеріали та методи дослідження: У дослідження було залучено 18 пацієнтів, хворих на висівкоподібний лишай. З них 10 чоловіків і 8 жінок віком від 17 до 45 років, з тривалістю захворювання від 1 міс до 2 років.

Хворі в комплексному лікуванні одержували 1% розчину тербінафіну, 1% крему похідного імідазолу. Терапевтичну ефективність оцінювали за динамікою клінічних проявів захворювання та результатами мікологічних досліджень. Переносимість препаратів оцінювали за наявністю подразнень у місці застосування та алергічних реакцій.

Результати: Використовуючи 1% розчину тербінафіну, 1% крему похідного імідазолу, пацієнти відмічали зменшення свербіжу вже після першого нанесення препаратів, купірування свербіжу відзначали на 5–6-й день лікування у 14 хворих (77,7%). Терапевтичний ефект, а саме розрішення еритематозно-сквамозних елементів, виявляли на 6–7-й день після початку лікування у 12 хворих (66,6%). Клінічне видужання відмічали у 17 пацієнтів (94,4%) на  $(16,6 \pm 1,6)$  дня лікування, мікологічну негативізацію – у 100% хворих на  $(14,0 \pm 0,3)$  дня лікування. Пацієнти залишились задоволеними після використання даних препаратів. У жодного пацієнта не спостерігали місцевоподразнювальної дії та алергічних реакцій.

Висновки. Препарати, що містять 1% розчину тербінафіну, 1% крему похідного імідазолу, виявляють виражений терапевтичний ефект (94,4%) у лікуванні різнокольорового лишая, сприяють швидкому клінічному (на  $(16,6 \pm 1,6)$  дня) та мікологічному (на  $(14,0 \pm 0,3)$  дня) видужанню пацієнтів. Препарати характеризуються хорошою переносимістю, мають оптимальні споживчі властивості – зручні у використанні, не залишають слідів на білизні, мають високу комплаєнтність, а також не викликають місцевоподразнювальної дії та алергічних реакцій.



## **АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ОСНОВНИХ ВИДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ**

*Годуадзе Г.Н., Дідик Н.Р.*

**Наукові керівники: доц. Пелипенко О.В., ас. Гончаров А.В.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедію  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. П'ятова кістка відіграє надважливу роль у опороздатності нижньої кінцівки. Переломи п'яти становлять близько 60% пошкоджень заплесна, а пацієнтами є працездатні особи молодого та середнього віку. Висока частота ускладнень та незадовільних результатів лікування, ризик первинної інвалідизації (до 10%) підтверджують актуальність даної патології на сьогоднішній день.

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз ефективності основних видів оперативного лікування складних переломів п'ятової кістки з визначенням їх переваг та недоліків.

Матеріали та методи дослідження. Досліджено результати лікування 21 пацієнта (24 переломи п'ятової кістки). Переважна кількість були чоловіки – 20 (95.2%). Середній вік пацієнтів склав 43.4 роки.

Порівнювались 2 групи пацієнтів, яким було виконано: I-а група (10 переломів) – закрита репозиція та малоінвазивна фіксація за допомогою канюльованих стягуючих гвинтів; II-а група (14 переломів) – відкрита репозиція та фіксація пластиною з гвинтами. Оцінювали ранній післяопераційний період та віддалені функціональні результати. Для оцінки післяопераційного болю використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ). Якість життя оцінювали за шкалою The Lower Extremity Functional Scale (LEFS) через 3 місяці після виписки.

Результати дослідження. Серед пацієнтів I-ї групи больовий синдром в ранньому післяопераційному періоді за ВАШ у 70% трактувався як помірний, у 30% - слабкий; серед пацієнтів II-ї групи: у 64% - сильний, і 36% - помірний. Набряк м'яких тканин у I-й групі самостійно зменшувався на 3-4 добу, у пацієнтів II-ї групи був вираженим у всіх випадках та зменшувався на фоні протинабрякової терапії через 5-6 діб. Серед I-ї групи пацієнтів післяопераційні рани загоювалися первинно та без ускладнень у всіх випадках. Середня тривалість загоєння склала 12 діб. При лікуванні хворих II-ї групи у 57% (8 випадків) відзначалися крайові некрози шкірного клаптя, з яких лише 25% (2 випадки) не потребували додаткових втручань. Серед інших 75% виникала необхідність у застосуванні додаткових методів лікування (перев'язки з гепарином, некректомія тощо). Середня довготривалість загоєння склала 29 діб. В 2-х випадках (14.2%) відмічалася тривале незагоєння, що потребувало додаткового оперативного втручання.

Строк непрацездатності пацієнтів I-ї групи в середньому становив 7 тижнів, а якість життя через 3 місяці після виписки за шкалою LEFS складала 66 балів. Середній строк непрацездатності пацієнтів групи II становив 12 тижнів, якість життя - 34 бали.

Висновки. Віддаючи перевагу малоінвазивному втручанням можливо запобігти значній кількості ускладнень, зменшити больовий синдром, прискорити загоєння ран, знизити термін непрацездатності майже в 2 рази та покращити якість життя в середньому на 40% вже через 3 місяці після виписки зі стаціонару.

## **ДИСТАЛЬНА РЕІНСЕРЦІЯ ДВОГОЛОВОГО М'ЯЗА ПЛЕЧА ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ВІДРИВІ**

*Головко Д.В., Джумасєв М.У., Чумаченко М.О.*

**Науковий керівник: Півень Ю.М.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Збільшення інтенсивності навантажень на верхню кінцівку (заняття силовими видами спорту, важка фізична праця, в поєднанні з неправильним харчуванням) призводить до дегенеративно-дистрофічних змін сухожилка. В зв'язку з цим, в останні 5 років спостерігаємо у чоловіків збільшення частоти випадків пошкодження дистального місця інсерції двоголового м'яза плеча. Існуючі хірургічні методики є занадто об'ємними та травматичними. А деякі травматологи-ортопеди поліклінічної ланки, оскільки зберігається функції згинання в ліктьовому суглобі за рахунок плечового м'яза, взагалі рекомендують пацієнтам консервативне лікування. Строк непрацездатності хворих збільшується – якість життя пацієнтів та функціональність верхньої кінцівки погіршується. Тому існує нагальна потреба в розробці та впровадженні в практику малоінвазивних методів хірургічного лікування.

**Мета.** Покращення результатів лікування пацієнтів з пошкодженням дистальної інсерції двоголового м'яза плеча, який спричинений травматичним відривом. Відновлення функціональності верхньої кінцівки.

**Методи дослідження.** В догоспітальному обстеженні пацієнтів проводились: цифрова рентгенографія, ультразвукове дослідження, а в деяких випадках МРТ ліктьового суглоба, для визначення локалізації сухожилка та ступеня його ушкодження. Починаючи з 2018 року і до теперішнього часу групу, що досліджувалась, склали 12 хворих. Всі вони мали больовий синдром в ліктьовому суглобі, плечі, який спричинений відривом довгої головки двоголового м'яза від дистального місця інсерції. Післятравматичний період від 1 доби до 2 тижнів. Вік пацієнтів від 33 років до 51 року (середній вік 42 роки). Всі травмовані – чоловіки. Хворі оперовані розробленою методикою дистальної реінсерції двоголового м'яза за використання анкерної фіксації. Контрольна група (12 пацієнтів) з аналогічними показниками лікувалась стандартним хірургічним методом реінсерції.

**Основні результати.** Результати оцінювали за загальноприйнятою шкалою DASH. Порівняння дистальної реінсерції двоголового м'яза за використання анкерної фіксації при травматичному відриві сухожилка, із стандартними рекомендованими методиками реінсерції показало: травматичність розробленої методики є значно меншою, зникнення больового синдрому в ліктьовому суглобі, плечі та раннє повноцінне відновлення функціональності верхньої кінцівки настають на 2 тижні раніше, що дозволило зменшити термін реабілітації та непрацездатності хворих.

**Висновки.** 1. Розроблена методика хірургічного втручання є малоінвазивною та переважає в ефективності в порівнянні із стандартними методами операцій. 2. Використання анкерних фіксаторів дозволяє провести повноцінну дистальну реінсерцію двоголового м'яза. 3. Лікування пацієнтів за наведеною методикою дає можливість знизити непрацездатність хворих та зменшити строки реабілітації.

## **ФАКТОРИ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ**

*Гончаренко О.О., Даценко І.В., Старікова М.С., Дусько Д.М.*

**Науковий керівник: доц. Кітура Є.М.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність проблеми визначається раннім формуванням ускладнень у пацієнтів на подагру, частим залученням в патологічний процес серцево-судинної системи (ССС). Вважається, що ураження ССС виникає близько у 50% хворих у перші 6-10 років з моменту дебюту захворювання, а метаболічний синдром розвивається у 25-60% хворих.

Мета роботи: встановити фактори ризику та надати прогностичну оцінку у розвитку кардіоваскулярної патології у хворих на подагру.

Матеріали та методи. Обстежено 50 пацієнтів з достовірним діагнозом подагри (чоловіки), середній вік яких становив 54,5±5,6 років. Обстеження хворих включало: антропометрію (індекс маси тіла (ІМТ), окружність талії); лабораторні обстеження (глюкоза крові, HbA1c, ліпідограма, креатинін, аналіз сечі, моніторинг ШКФ, сечової кислоти, сиворотки крові); інструментальні методи (вимірювання АТ, ЕКГ, ЕхоКГ, УЗД судин шиї). Контрольна група 15 здорових осіб. Статистичний аналіз проводився за допомогою прикладних програм STATISTICA 6,0 та Excel (Microsoft Office 2007).

Результати. Серед основних факторів ризику ІХС найчастіше зустрічалися паління (70%), підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) та ХС ЛПНЩ. Середній рівень ЗХ в середньому склав 5,4±1,2 ммоль/л, у 61,4% він виявився підвищеним. АГ зареєстрована у 76,8% пацієнтів (АТ >140 мм рт.ст.). Серед додаткових факторів ризику найчастіше зустрічалися підвищення показників ІМТ. Цукровий діабет другого типу – у 17,7% хворих, у 74% хворих виявлено метаболічний синдром. Виявлено статистично значущу різницю концентрації сечової кислоти у пацієнтів з АГ та без неї: відповідно 507,8±72,0 мкмоль/л і 468,3±93,8 мкмоль/л, <0,05. Найчастіше спостерігалось поєднання основних і додаткових факторів ризику.

**Висновки.**

1. Серед факторів ризику ішемічної хвороби серця у пацієнтів з подагрою найчастіше виявляються паління (70%), абдомінальне ожиріння (ІМТ >25 кг/м<sup>2</sup> – 74%), АГ (САТ >140 мм рт.ст.), підвищення рівня атерогенних ліпідів.

2. Враховуючи простоту скринінгу для оцінки фактору ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів з подагрою віком більше 35 років рекомендується проводити аналізи крові на ліпіди і глікований гемоглобін (HbA1c), моніторинг артеріального тиску і наявного статусу куріння.

3. З метою попередження серцево-судинних захворювань необхідне раннє втручання у пацієнтів із груп високого ризику для модифікації традиційних і нетрадиційних факторів ризику захворювань серцево-судинної системи.

## **РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СПАДКОВОЇ ТРОМБОФІЛІЇ У МЕШКАНОК ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Гречко Г.О., Обідець А.М., Клименко О.В., Стрельнікова О.В.*

**Науковий керівник: доц. Макаров О.Г.**

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність:** В сучасному акушерстві велика увага приділяється вродженим та набутим тромбофіліям. Тромбофілічні стани є однією з самих розповсюджених причин акушерської патології, такої як: синдром звичної втрати плода, затримка розвитку плода, плацентарна недостатність, тяжкі форми прееклампсії, вади розвитку плода, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та інше. Окрему групу тромбофілій викликають спадково обумовлені стани, пов'язані з мутаціями генів.

**Мета дослідження:** Проаналізувати результати тестування на поліморфізм генів системи гемокоагуляційного гомеостазу у мешканок Полтавської області у 2019-2021 роках.

**Матеріали та методи дослідження:** Для виконання поставленої задачі були проаналізовані результати обстеження 140 жінок, що мешкають в Полтавській області. Обстеження проводилося серед вагітних жінок, жінок на етапі прегравідарної підготовки, а також серед пацієнток наперододні призначення гормональної контрацепції та менопаузальної гормонотерапії. Проводилось дослідження генетичних поліморфізмів генів згортання крові, генів системи фібринолізу, генів фолатного циклу.

**Результати дослідження:** При аналізі результатів дослідження виявлено, що найчастіше репродуктивні втрати, асоційовані з патологією системи зсідання крові, обумовлені зниженням активності фолатного обміну та поліморфізмом генів інгібітору активатора плазміногена (PAI-1). Носійство мультигених гомозиготних поліморфізмів або поєднання гетерозиготних мутацій в генах фолатного циклу (MTHFR, MTRR, MTHFD, MTR) сприяють розвитку гіпергомоцистеїнемії, яка була відмічена у 25% обстежених жінок. За нашими даними, поліморфізм PAI-1 у 3,8 разів підвищує ризик виникнення суттєвих ускладнень вагітності. Поліморфізм гена протромбіну G20210A у гетерозиготному вигляді зустрічається рідко (в популяції не частіше ніж 2,5%), але при поєднанні з гомо- або гетерозиготною мутацією FV-Leiden G1691A сприяє розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень при прийомі пероральних естрогенів (ризик венозних тромбоемболічних ускладнень зростає у 80 разів). Тому наявність даних мутацій є протипоказанням для використання комбінованих оральних контрацептивів та менопаузальної гормонотерапії.

**Висновки:** Отримані результати тестування поліморфізмів генів системи гомеостазу продемонстрували високу частоту мутацій. Тому генетичне обстеження на спадкову тромбофілію показано усім жінкам, що мають в анамнезі перинатальні втрати, синдром звичної втрати плода, затримку розвитку плода, плацентарну недостатність, тяжкі форми прееклампсії, вади розвитку плода, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, тромбоемболічні ускладнення з боку близьких родичів у віці до 60 років, а також перед призначенням гормональних контрацептивів та менопаузальної гормонотерапії.

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ НІТРЕСАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Грінченко К.М., Дубінін О.С., Заяць Ю.Б., Котельник І.І., Піддубняк Т.А., Рябовіл Я.В.*

**Науковий керівник: доц. Люлька Н.О.**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: оптимізація лікування хворих на ішемічну хворобу серця та артеріальну гіпертензію

Мета: оцінка клінічної ефективності проведеної терапії згідно ВЕМ, ДМАТ, ХМ ЕКГ, ЕХОКС.

Методи: дослідження проводилось у 60 хворих з стенокардією напруги II-III ФК у поєднанні з АГ I-II ступеня, у віці 40-75 років. Методом випадкової вибірки хворі були розподілені на 2 групи: 1-а (контрольна) приймала еналаприл в середній дозі 24,5± 4,5 мг/добу, 2-а нітрасан в середній дозі 20± 2,5 мг/добу. Всім хворим призначався ізосорбід динітрат 10-20 мг/добу, бета-адреноблокатори, статини, дезагреганти. Період спостереження – 6 місяців.

Результати: в кінці терміну спостереження в обох групах відзначено поліпшення клінічного стану хворих. Середній ФК стенокардії в 1-ій групі зменшився з 2,41±0,71 до 2,28±0,63 балів, в 2-ій з 2,42±0,61 до 2,01±0,52 балів. Толерантність до фізичного навантаження достовірно зросла по збільшенню її тривалості до появи больових нападів і часу появи депресії сегмента ST в 1,25 рази (p<0,05) та в 2,4 рази (p<0,01) в першій групі, в 1,46 (p<0,01) та в 3,2 рази (p<0,01)- в другій групі. Кількість нападів стенокардії та використаних таблеток нітрогліцерину достовірно знизилось в обох групах: на 40% та 55% в першій групі і на 68% і 70%- в другій (p<0,05). За даними ДМАТ у всіх хворих відмічено досягнення цільового рівня АТ<140/90 мм.рт.ст. Число та тривалість ББІМ достовірно (p<0,01) зменшились відповідно в першій групі на 42,4% та 45,8%, в другій на 66,8% та 78,2%. По даним УЗД серця КДР зменшилося на 9,2% (p<0,05) і 9,8% (p<0,05), КСР- на 8,1% та 7,4%, ФВ збільшилась на 7,4% (p<0,05).

Висновок: застосування нітрасану у хворих з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією має виражений антигіпертензивний, антиішемічний та антиангінальний ефекти, покращує якість життя і підвищує толерантність до фізичного навантаження.

# **МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ БУДОВИ НЮХОВИХ ЦИБУЛИН ЛЮДИНИ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ COVID-19- АСОЦІЙОВАНИХ ПНЕВМОНІЙ**

*Грінько Р.М.*

**Науковий керівник: проф. Старченко І.І.**

Кафедра патологічної анатомії з секційним курсом

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Оголошена у 2020 році пандемія COVID-19 привернула увагу клініцистів до морфофункціонального стану нюхової системи. Найважливішим фактором дослідницького інтересу став факт розвитку аносмії як одного з важливих діагностичних симптомів захворювання. Існуючі дослідження вказують на нейровізуалізаційні ознаки розвитку атрофії нюхових цибулин (НЦ) у пацієнтів з коронавірусною хворобою COVID-19, однак недостатньо вивченими залишаються морфологічні зміни НЦ при зазначеній патології.

**Мета:** оцінити морфометричні та морфологічні показники стану нюхових цибулин за умов розвитку COVID-19-асоційованої пневмонії.

**Методи дослідження.** У дослідження включено 22 пари НЦ осіб чоловічої та жіночої статі, що були отримані внаслідок аутопсії. Групу 1 складали НЦ 9 осіб, що мали COVID-19-асоційовану пневмонію. До групи 2 було віднесено НЦ 13 осіб, що загинули з інших причин. Після фіксації у 10%-му нейтральному формаліні матеріал зневоднювали та заключали в парафін за загальноприйнятою методикою. З парафінових блоків на ротаційному мікротомі виготовляли гістологічні зрізи, які фарбували гематоксиліном та еозином. Вивчення мікропрепаратів та проведення морфометричних досліджень проводили за допомогою світлового мікроскопу BX-41 компанії «Olympus» з набором відповідних ліцензійних програм. З метою об'єктивізації отриманих даних на мікропрепаратах визначали відносну площу клітинних елементів, кровоносних мікросудин, фібрилярного компоненту та гомогенних еозинофільних структур. Отримані дані піддавали статистичному аналізу з використанням програми IBM SPSS Statistics 26,0 з використанням U-критерію Манна-Уїтні. Різницю вважали статистично значущою при  $p < 0,05$ .

**Основні результати.** Вивчення матеріалу за допомогою малих збільшень світлового мікроскопа свідчать про те, що у мікропрепаратах групи 1 відмічаються безклітинні зони та більш виражені явища інтерстиціального та периваскулярного набряку. У зразках обох груп виявлені гомогенні еозинофільні тільця округлої форми, що у групі 2 зустрічаються поодинокі, а в групі 1 переважають у місці розташування шару мітральних клітин. Було встановлено статистично значимо меншу питому площу мітральних нейроцитів у групі 1 порівняно з групою 2 ( $0,98 \pm 0,15\%$  проти  $3,41 \pm 0,28\%$ ) та кровоносних мікросудин ( $0,43 \pm 0,09\%$  проти  $1,38 \pm 0,24\%$ ) відповідно. Відносна площа гомогенних еозинофільних включень була значимо вищою у групі 1 порівняно з групою 2 ( $27,36 \pm 3,87\%$  проти  $1,03 \pm 0,63\%$ ).

**Висновки.** Отримані результати вказують на розвиток тяжкої едеми НЦ з переважанням процесів нейродегенерації за рахунок нейроцитолізу мітральних клітин, що в свою чергу може бути морфологічним субстратом розвитку аносмії при COVID-19.

## **ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА АЕРОДИНАМІКУ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ**

*Демченко Ю.В.*

**Науковий керівник: ас. Лобурець А.В.**

Кафедра оториноларингології з офтальмологією  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: переддвер'я та порожнина носа разом з навколоносовими пазухами являють собою початковий відділ дихальних шляхів і в структурно-функціональному відношенні є єдиною системою повітроносних ходів і порожнин. Цей складний біокондиціонер постійно очищає повітря, що вдихається, від пилових частинок, знешкоджує мікроорганізми, проводить його терморегуляцію і зволоження. Незважаючи на свою уявну простоту, аеродинаміка порожнини носа до сьогоднішнього дня практично не вивчена.

Мета роботи: вивчення аеродинаміки порожнини носа і навколоносових пазух.

Методи дослідження: вивчення характеру потоку повітря, підфарбованого штучним димом, в різних відділах порожнини носа в окремі фази дихання із застосуванням відеоендоскопії. Водогліциринова суміш самопливом подається з резервуару в трубку, що його нагнітає, звідки, випаровуючись, виходить через інший кінець трубки у вигляді густої пароповітряної суміші, яка не конденсується і не осідає протягом тривалого часу. Одержуваний дим з води і гліцерину в пропорції 2:1 відповідно. При використанні водогліциринової суміші шкідливі фактори, які подразнюють незахищені ділянки шкірних покривів, слизові оболонки носоглотки і очей, відсутні. Досліджуваний виконує носом вдих водогліциринової газової суміші, під час чого з різних ракурсів проводиться відеодослідження цього процесу.

Основні результати: проведені дослідження свідчать, що носовий клапан в верхньому і нижньому відділах має різний перетин і має кут, що дорівнює 10-15 °, відкритий донизу. Він представляє трикутний щілиноподібний простір між каудальним краєм верхнього латерального хряща і перегородкою носа, який і утворює кут носового клапану, що в нормі становить 5-10 °. Ендоскопічний моніторинг за повітряними потоками показує, що відразу за носовим клапаном струмінь підфарбованого димом повітря закручується в спіраль, а рух повітря носить турбулентний характер. Надалі турбулентний рух повітряного потоку в порожнині носа змінюється на ламінарний. Основні струмені повітряного потоку направляються далі по загальному носовому ходу уздовж середньої носової раковини. Ширина активного повітряного потоку приблизно дорівнює поздовжньому перетину носового клапану – 1,3-1,5 см. Розмір порожнини носа від решітчастої пластинки до його дна дорівнює 4,5-5,0 см. Таким чином, активний повітряний потік займає близько 1/3 частини просвіту порожнини носа.

Висновки: ендоскопічна функціональна корекція внутрішньоносових структур, як складова полісінусотомії, здатна вплинути на аеродинаміку не тільки порожнини носа, але і навколоносових пазух. Тому при проведенні ендоназальних хірургічних втручань, ринохірург повинен спрямувати зусилля на усунення причин аеродинамічних порушень не тільки у носових ходах, але і у навколоносових пазух.

## **ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ**

*Дмитрієв М.В., Кравцов І.В.*

**Науковий керівник: доц. Павленко С.М.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Переломи головки променевої кістки ділянки ліктьового суглоба у дорослих складають від 15% до 56% травм ліктьового суглоба. Ці пошкодження відносяться до внутрішньосуглобових, мають значну кількість незадовільних результатів лікування за даними різних авторів від 12% до 30%. Зменшити ці показники можливо при оптимально підбраному, правильно виконаному оперативному втручанні та раціонально організованому післяопераційному періоді.

Мета роботи. Огляд та оцінка результатів оперативних методів лікування переломів головки променевої кістки різного ступеню тяжкості, які застосовуються в травматологічній клініці КП «1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради».

Матеріали і методи. Нами проаналізовано результати лікування пацієнтів з приводу перелому головки променевої кістки за 2019-2020 рік та три місяці 2021 року. Кількість спостережень – 16 чоловік, з них: жінок – 9, чоловіків – 7. Час звернення – в середньому 3-5дб. За діагнозом: закритий внутрішньосуглобовий перелом головки променевої кістки – 8 пацієнтів, складні пошкодження ліктьового суглоба: переломи головки променевої кістки та перелом ліктьового відростку зі зміщенням – 4, перелом головки променевої кістки поєднаний з вивихом передпліччя – 4 хворих. Діагноз був підтверджений рентгенологічно та КТ. Оперативне лікування проводилось в середньому через 5-7 дб після травми. Показанням до оперативного лікування були переломи II – IV типу за класифікацією тяжкості Mason-Johnston: крайові переломи головки (II тип) – остеосинтез міні-гвинтами –2 пацієнта, уламкові (III тип), але із життєздатними фрагментами головки – пластинами –5, при масивному руйнуванні головки та нежиттєздатними фрагментами кістки (IV тип) –9: резекція головки –5 хворих та ендопротезування –4. Якщо перелом головки променевої кістки супроводжувався переломом ліктьового відростка зі зміщенням проводилась додаткова фіксація ліктьового відростку, при вивихах – первинно закриті вправлення, потім операція на голівці променевої кістки. При надійній достатній фіксації реабілітація розпочиналась – з 1 післяопераційного дня. В інших випадках – через 1-2 тижні.

Результати досліджень. Результати лікування хворих оцінювали за шкалою MEPS (Mayo Elbow Performance Score). Відмінні результати лікування були отримані в 4 випадках, добрі - 8, задовільні - 3, не задовільні - 1.

Висновки. Тактика хірургічного та післяопераційного лікування переломів головки променевої кістки повинна плануватись з урахуванням анатомічної будови ліктьового суглоба, тяжкості пошкодження, можливих ускладнень. Ендопротезування головки променевої кістки при тяжких багатопламкових переломах є найбільш ефективним методом відновлення функції ліктьового суглоба. Високий ступінь фіксації уламків з використанням сучасних імплантів дозволяє проводити більш ранню активізацію пацієнтів, починати післяопераційну реабілітацію. Можливість раннього дозованого навантаження на



оперовану кінцівку приводить до більш швидкої соціальної адаптації пацієнтів, скорочення строків непрацездатності, покращенню якості життя.

## **ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КЛАСИЧНИХ МАРКЕРІВ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ НА ЕТАПІ РАНЬОГО ДІАГНОЗУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ**

*Дядькова В.С., Єрмолаєва А.В., Зінченко О.А., Журба Ю.П., Булатенко А.А.*

**Науковий керівник: доц. Волченко Г.В.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Ранній діагноз ревматоїдного артриту (РА) значною мірою, може бути утрудненим через нетиповість суглобового синдрому, відсутність рентгенологічних змін і характерних позасуглобових проявів. У таких випадках, оцінка класичних маркерів системного запалення – С-реактивного протеїну (СРП) і швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) може суттєво вплинути на формування первинної діагностичної гіпотези.

Метою нашого дослідження була оцінка значущості рівнів СРП і ШОЕ на етапі раннього діагнозу дебюту РА, а також, по можливості, встановити ступінь залежності лабораторної активності системного запалення і важкості суглобового синдрому.

Нами було проаналізовано виписні епікризи на етапі первинного формування діагнозу (госпіталізація не пізніше 6 місяців від початку клінічної маніфестації) 68 пацієнтів із достеменно підтвердженим діагнозом РА у подальші 5 років. Таким чином, досліджувані медичні записи, максимально були наближені до усередненої моделі пацієнта із дебютом РА при первинному амбулаторному зверненні.

Аналіз ШОЕ показав, що тільки у 21% пацієнтів, його рівень перевищував 35 мм на годину, у 31% - спостерігалось помірне його підвищення – від 25 до 35 мм на годину, а у 48%, відхилення від норми у залежності від статі, не відбулося.

Показник СРП був значно більш чутливим, ніж ШОЕ. Його збільшення, 10 мг/л і вище спостерігалось у 67% пацієнтів. У більшості, СРП не перевищував 100 мг/л. Ми спостерігали, що у 50% пацієнтів при навіть важкому перебігу суглобового синдрому, ознаки лабораторного запалення були виражені помірно, а іноді відсутні. Інтересним також був той факт, що зростання активності СРП часто супроводжувалося близькими до норми показниками ШОЕ.

Лабораторна оцінка виразності системного запалення значно полегшує діагноз РА у дебюті. Але існує значна частка пацієнтів, у яких початок навіть важкого суглобового синдрому, супроводжується доволі невиразним зрушеннями ШОЕ і СРП. Таку можливість бажано враховувати для зменшення вірогідності діагностичних помилок.

## **ГІСТЕРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ У ПАЦІЄНТОК З НЕПЛІДДЯМ**

*Дяченко К.І., Головка І.Ю., Кузнецова К.І., Черничко П.П.*

**Кафедра акушерства і гінекології №2**

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність:** Частота невиношування вагітності зростає з віком жінки і не має тенденції до зниження. Однією з причин непліддя є хронічний ендометрит, аномалії розвитку, порушена рецептивність до естрогену на прогестерону, лейоміоми матки (субмукозна). Частота непліддя в сім'ях коливається від 15 до 25 %.

**Мета:** Визначення ефективності діагностики та лікування непліддя за допомогою гістероскопії. Знизити частоту непліддя та перинатальної патології у жінок з хронічним ендометритом (ХЕ).

**Матеріал та методи:** Нами був виконаний ретроспективний аналіз історій хвороб та протоколів гістероскопій, хворих з непліддям на базі КНМП «Кременчуцький перинатальний центр II рівня» за 2015 по 2020 роки.

**Результати:** За період 2015-2020 роки було проведено 146 операцій. Під час яких було проліковано жінок з такими нозологіями: хронічний ендометрит - 82, синехії порожнини матки -12, аномалії розвитку порожнини матки – 13, лейоміоми матки (субмукозна) – 14, поліп тілі матки - 21, гіперплазія ендометрія – 4. Найбільші труднощі при оцінці гістероскопічної картини виникали у випадках диференціації дворогої матки та маткової перегородки. В подібних ситуаціях гістероскопічне обстеження повинно бути доповнене лапароскопією, яка дає змогу уникнути постановки хибного діагнозу. Дан зології в 56,2 % випадків супроводжувались хронічним ендометритом. З непліддям було проліковано 74 хворих, з них гормональний фактор непліддя 74.

**Висновки:** За результатами проведених діагностичної та лікувальної гістероскопії у 76% жінок настала вагітність.

## **КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ**

*Дячук М.В., Донець А.С., Коляндрa В.В., Слабун Д.Ю.*

**Науковий керівник: ас. Ковальов О.С., доц. Пелипенко О.В.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією,

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Переломи кісточок гомілки складають 20-28% від усіх переломів кісток скелету людини, 35-60% усіх внутрішньосуглобових переломів нижньої кінцівки та 38-80% усіх переломів кісток гомілки. Сучасна техніка металоостеосинтезу забезпечує стабільну фіксацію кісткових уламків та дозволяє ранню функцію у гомілково-ступневому суглобі. Недооцінка ступеню пошкодження зв'язок у цій ділянці та невідновлення зв'язкового апарату часто призводять до нестабільності у суглобі з швидким розвитком артрозних змін.

**Мета.** Визначити ефективність кінезіотейпування при свіжих розривах зв'язок у ділянці гомілково-ступневого суглобу у хворих з переломами кісточок.

**Методи дослідження.** До групи дослідження увійшли 52 пацієнти зі свіжими розривами зв'язок у ділянці гомілково-ступневого суглобу з перело-

мами кісточок. Серед травмованих переважали чоловіки (67,3%) працездатного віку (34-50 років). Метод скелетного витягнення використовувався у 3 випадках, як передопераційна підготовка протягом 2 діб. Під час передопераційного планування у 100% випадків використовували рентгенографію, комп'ютерну томографію. Цілеспрямоване дослідження зв'язкового апарату виконувалось під час ультразвукової діагностики або магнітно-резонансної томографії у 3 з 52 пацієнтів. Усім хворим виконували відкриту репозицію та металоостеосинтез переломів кісточок за показаннями. Тяжкість переломів визначали за класифікацією АО. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група – з оперативним відновленням зв'язкового апарату у ділянці гомілково-ступневого суглобу (n – 26); II група – із застосуванням кінезіотейпування (n – 26). Іммобілізація не застосовувалась. Для прискорення початку активних фізичних вправ застосовували вазопротектори, капіляростабілізуючі та нестероїдні протизапальні препарати.

Основні результати. В усіх випадках післяопераційні рани загоїлись первинним натягом. У порівнянні з оперативним відновленням зв'язкового апарату у ділянці гомілково-ступневого суглобу кінезіотейпування за розробленою методикою показало його атравматичність, швидке зниження больового, набрякового синдромів, раннє функціональне відновлення та, особливо, меншу собівартість ніж придбання фіксаторів та шовного матеріалу. Відновлення функції в усіх пацієнтів відмічено в термін від 2 до 2,5 місяців.

Висновки. Кінезіотейпування за розробленою методикою при свіжих розривах зв'язок у хворих з переломами кісточок стабілізує гомілково-ступневий суглоб, є неінвазивною методикою, переважає у ефективності у порівнянні з оперативним відновленням зв'язкового апарату, знижує термін непрацездатності та реабілітаційних заходів, може застосовуватись у комплексі функціонального лікування.

## **ВИЗНАЧЕННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ СЕДАЦІЇ У ПОРІВНЯННІ З ТІОПЕНТАЛОМ НАТРІЮ ПІД ЧАС СУБАРАХНОЇДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ**

*Срохін С.О., Мерзликін Є.В.*

**Науковий керівник: доц.Могильник А.І.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Останніми роками зросла кількість досліджень використання високо-селективного агоніста  $\alpha_2$ -адренорецепторів дексметомідину з метою інтра-операційної седації пацієнта. Нейроаксальні методи анальгезії створюють достатній знеболюючий ефект, але все одно зберігають ефект «присутності» пацієнта під час оперативного втручання. Для вирішення даної проблеми виконується седація пацієнта. У сьогоденній анестезіології найбільш поширеними седативними засобами є тіопентал натрію і дексметомідин. Останній володіє ефектом регульованої седації, але його дія на гемодинаміку є не до кінця вивченою.

Мета: визначити та порівняти клінічну перспективність та безпечність дексметомідину та тіопенталу натрію для інтраопераційної седації.

Методи дослідження: проведення анкетування пацієнтів та їх перед-, інтра- та післяопераційний моніторинг. На базі КП «Перша міська клінічна

лікарня ПМР» було проведено моніторингове обстеження 42 пацієнтів, у яких під час оперативного втручання проводилася комбінована анестезія: спінальна з внутрішньовенною седатцією. Із седативною метою 20 пацієнтів отримували дексмететомідин (основна група), а інші 22 – тіопентал натрію (група порівняння). З'ясували рівень седатції, її тривалість, необхідність в протекції верхніх дихальних шляхів та побічні реакції за шкалою RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale). Оцінка стану пацієнтів виконувалась в палаті перед початком седативної терапії, протягом оперативного втручання та через 30 хв після її закінчення. За орієнтовний рівень седатції за RASS під час операції було обрано бал «-3», а через 30 хв. після її закінчення – «0» балів.

В основній групі встановлено, що середній інтраопераційний рівень седатції «-3,1», а післяопераційний – «0»; у контрольній групі ці показники були «-4,1» та «0,2» відповідно. В основній групі тривалість седатції перевищувала тривалість оперативного втручання на 8,9%, а в контрольній групі – на 12,1%. За умови використання дексмететомідину  $AT_{сер}$  знизився на 12,5%, а пульс – на 14,8%. При застосуванні тіопенталу натрію  $AT_{сер}$  знизився на 20,2%, пульс – на 16,5%. При використанні дексмететомідину не спостерігалось жодної побічної реакції. При використанні тіопенталу натрію було зафіксовано 3(14%) епізоди порушення дихання у вигляді гіпо-вентиляції. В одному випадку (4,5%) було виявлене короточасне апное, що потребувало маскової вентиляції, в іншому (4,5%) обструкція дихальних шляхів з використанням повітропроводу.

Висновок: застосування дексмететомідину в порівнянні з тіопенталом натрію, з метою інтраопераційної седатції під час комбінованої анестезії, показало достовірно більшу ефективність та безпечність через більш швидке досягнення цільового рівня інтраопераційної седатції, меншого кардіодепресивного ефекту та відсутності гіповентиляції.

## **СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПЛОДА ЗА ДАНИМИ КАРДІОТОКОГРАФІЇ ПАЦІЄНТОК ВІДДІЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ КНМП «КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР II РІВНЯ»**

*Жорова Л.А., Корицька Т.С., Мовчан Л.А., Тур О.О.*

**Наукові керівники: проф. Ліхачов В.К., ас. Бордюг В.Д., ас. Кіричек В.О.**

Кафедра акушерства та гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Зростання частоти виявлення патологічних станів плода на пряму залежить від швидкоплинного розвитку акушерства в сьогоденні, збільшення частоти використання новітніх додаткових методів дослідження стану плода та способів їх шифрування. Не дивлячись на це - не своєчасна діагностика патологічних станів плода є однією з проблем сучасного акушерства, що супроводжується збільшенням кількості ускладнень для матері та плода. Одним з відносно новітніх апаратних методів діагностики стану плода є КТГ (кардіотокографія). Кардіотокографія плоду (КТГ) – це сучасний, безпечний метод функціональної діагностики, який застосовується для оцінки внутрішньоутробного стану плоду під час вагітності та пологів і проводиться за допомогою фетального монітора. Він заснований на оцінці частоти серцебиття плода і його зміні в залежності від скорочень ма-

тки і руху плода. Кардіотокографія – важлива складова частина комплексної оцінки стану плода поряд з УЗД і доплерометрією. За допомогою даної процедури лікарі реєструють маткові скорочення і серцебиття ще не народженого малюка. КТГ дозволяє виявити будь-які проблеми і своєчасно почати їх вирішення.

Мета дослідження: виявити реальні можливості оцінки стану плода в анте – та інтранатальному періоді за даними КТГ (кардіотокографії) з використанням шкали Фішера.

Матеріали та методи. Проспективно обстежені 100 пацієнток з фізіологічним перебігом вагітності в терміні 32 – 41 тиждень. Проводилася оцінка практичної значущості фетального монітора Fetal & Maternal Monitor, models : STAR 500 E, L8 LED + LCD який одночасно дає змогу визначити стан вагітної та плода. Середній показник артеріального тиску у обстежених жінок склав  $125,2 \pm 4,4$  на  $78,7 \pm 2,3$  мм рт. ст., пульс -  $78 \pm 2,0$  за 1 хв. Що стосується скорочувальної здатності матки, то у 76 (76,0%) вагітних в 32-38 тижнів вона пов'язана з діагностикою, а у 24(24%) - це провісник майбутніх пологів. Середній показник SpO2 склав  $99,12 \pm 0,11\%$ , незалежно від терміну вагітності, у 10 (10,0%) вагітних - 97%, 70 (70,0%) - 99% і 20 (20,0%) - 100%. З метою оцінки стану плода за характером його серцебиття нами проведений автоматизований аналіз КТГ по шкалі Фішера, під час обстеження, в залежності від терміну вагітності 6-7 балів виявлено у 12 (12,0%) вагітних в 32-34 тижнів і у 10 (10,0%) - в 40 тижнів, що за бальною шкалою відповідає підозрілого типу.

Висновки. Таким чином автоматизований аналіз дозволяє провести кореляційну залежність між основними показниками загального стану організму вагітної (SpO2, артеріальний тиск, пульс) і параметрами КТГ плода (за шкалою Фішера,) з метою розробки акушерської тактики ведення кожної конкретної пацієнтки під час вагітності та в пологах.

## **БІОЛОГІЧНИЙ ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ЕВАКУАТОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ**

*Заклепний Д.І.*

**Науковий керівник: проф. Ксьонз І. В.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією  
Полтавський державний медичний університет

Лікувальне застосування методу біологічного зворотнього зв'язку (БЗЗ) передбачає, що інформація про роботу органів і систем отримується за допомогою реєструючого обладнання. Неінвазивність, відсутність токсичності, надійність та ефективність роблять БЗЗ-методи найбільш перспективними в відновній та превентивній медицині. Таким чином, БЗЗ - це сучасний, високоефективний не медикаментозний метод, при якому використовується поєднаний вплив методів міотренінгу, спрямованого на нормалізацію тону м'язів тазового дна і відновлення реципрокних взаємозв'язків між сфінктерним апаратом, сечовим міхуром і прямою кишкою.

Мета роботи - покращення лікування дітей з евакуаторними порушеннями функцій тазових органів.

При обстеженні дітей виключали ознаки спінального дизрафізму, визначали тонус анального сфінктера, чутливість промежини і рефлекси. При підозрі на нейрогенний характер мікційної дисфункції (МД) обов'язково виконували рентгенографію попереково-крижового відділу хребта. Обов'язковим було ведення щоденника сечовипускань протягом 3-х днів, та актів дефекації і епізодів каломазання протягом 2-х тижнів. На другому етапі проводили інструментальне обстеження, за допомогою УЗД та урофлуометрії з електроміографією (ЕМГ) м'язів промежини та виміри уретровезикального кута (УВК).

За даними проведеного обстеження МД виявлені у 2 дітей, денне нетримання у 1 пацієнта, хронічні закрепи з енкопрезом у 3 хворих, стресове нетримання сечі у 2 дітей. При ЕМГ, у 30% дітей під час сечовипускання відзначалося підвищення активності м'язів тазового дна. При цьому в сечовому міхурі, за даними УЗД, була залишкова сеча. У всіх дітей, які страждають порушеннями функцій тазових органів задньої уретровезикальної кут в спокої був збільшений до  $135 \pm 5^\circ$ . Уже під час проведення перших 3-4-х сеансів БЗЗ у 3 пацієнтів відзначили поліпшення. Зникнення нетримання сечі після першого курсу спостерігалось у 4 дітей, спостерігалась нормалізація акту дефекації у 2 хворих. При необхідності курс БЗЗ можна повторювати через 6 міс.

Таким чином, використання цього методу може виявитися перспективним, при усуненні патологічних рухів м'язів тазового дна, так як БЗЗ спрямований на навчання дитини керувати роботою м'язів тазового дна, вона опосередковано впливає на усунення евакуаторних порушень функції органів малого таза, пов'язаних з роботою м'язів промежини, м'язів ректального і уретрального сфінктерів, і може застосовуватися в амбулаторних умовах.

## **ПРОФІЛАКТИКА СИНОВІАЛЬНОГО ХОНДРОМАТОЗУ В ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ У СПОРТСМЕНІВ**

*Захаренко В.І., Кирилишен Д.О., Трибрат А.А.*

***Науковий керівник: доц. Пелипенко О.В., ас. Ковальов О.С.***

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серед можливих причин розвитку синовіального хондроматозу найбільш часто називають наявність гострої чи хронічної травми суглобу. До групи ризику відносяться люди з високою фізичною активністю. Прогнозування даного патологічного стану на сучасному етапі практично неможливе.

Мета. Визначити особливості післятравматичного реабілітаційного періоду, що ускладнився хондроматозом суглобів у спортсменів.

Методи дослідження. Вивчені анамнестичні дані 23 пацієнтів, що звертались за медичною допомогою до клініки з приводу наявності хондроматозу суглобів. У групу дослідження відібрані хворі, які професійно займаються спортом: пауерліфтинг – 4, волейбол – 3, спортивні танці – 10, футбол – 4, бокс – 2. Переважали чоловіки – 69,5%, вік обстежених коливався від 19 до 41 року. Діагностика стану забезпечена ультразвуковим дослідженням (100%), магнітно-резонансною томографією (87%). Уражувались суглоби: колінний – 16 (69,5%), ліктьовий – 3 (13%), плечовий – 2 (8,5%), кульшовий – 1 (4%).

Основні результати. З'ясовано, що до комплексу призначених реабілітаційних заходів обов'язково входили: тимчасова іммобілізація, фізіопроцедури, ЛФК. Призначеного терміну іммобілізації дотримались лише 3 пацієнта, а 4 порушили режим фіксації вже на 3 добу при призначених трьох тижнях.

11 пацієнтів отримали курс фізіопроцедур, серед яких найчастіше застосовували електрофорез з анестетиком або кортикостероїдом та УВЧ.

Курс відновної лікувальної фізкультури пройшли всі постраждалі. Слід відмітити, що під керівництвом інструктора даний курс проходила лише третина обстежених (7 випадків), решта займалась самостійно за програмою отриманою з інтернет-джерел.

Усім обстеженим запропоновано хірургічне малоінвазивне втручання з видалення хондроматозних тіл. У 16 хворих указане оперативне втручання успішно виконано. 14 обстежених закінчили спортивну кар'єру за станом здоров'я.

Висновки. Хондроматоз суглобів може бути наслідком перенесеної спортивної травми. Одним з важливих компонентів профілактики даного ускладнення є чітке дотримання лікарських рекомендацій щодо реабілітаційного періоду.

## **ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТА ТРАДИЦІЙНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ**

*Зезекало Є.О.*

***Науковий керівник: проф. Дудченко М.О., ас. Прихідько Р.А.***

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий апендицит – гостре неспецифічне запалення червоподібного відростка, має досить швидкий перебіг та може призвести до таких ускладнень, як: апендикулярний інфільтрат/абсцес, розлитий перитоніт, сепсис та летальні випадки.

Мета роботи. Порівняти, оцінити та проаналізувати післяопераційний період у пацієнтів яким було виконано мінімальноінвазивну апендектомію та традиційне видалення червоподібного відростку.

Матеріали та методи дослідження. Було досліджено 30 пацієнтів з попереднім діагнозом «Гострий апендицит», які були прооперовані на базі кафедри хірургії №4 з малоінвазивною хірургією, на території КП «З МКЛ ПМР». Пацієнти були поділені на дві групи – основна та контрольна. В кожній з груп по 15 пацієнтів. В основній групі хворим виконали відеолапароскопічну апендектомію, а в контрольній – традиційне, «відкрите» видалення відростка. Для об'єктивності дослідження усі пацієнти були взяті із заключним діагнозом: гострий флегмонозний неускладнений апендицит. Середній вік всіх пацієнтів складає 32,5 років. Жінки склали 63% (19 пацієнтів), чоловіки – 37% (11 пацієнтів). У післяопераційному періоді ми аналізували такі показники, як: больовий синдром, активізація пацієнтів, наявність дренажу, проведені ліжко-дні.

Результати дослідження. За результатами дослідження виявлено, що при мінімально-інвазивному способі апендектомії больовий синдром триває, в середньому, на 60% менше ніж у пацієнтів які були прооперовані в

традиційний спосіб. Перебування у стаціонарі в контрольній групі в середньому на 45% триваліше, ніж у основній групі. Вилучення дренажу та активізація пацієнтів майже не залежать від способу оперативного лікування.

Операція	Відеолапароскопічна апендектомія	Традиційна апендектомія
Больовий синдром (кількість днів)	1,5 ± 1 доби	4,0 ± 1 доби
Вилучення дренажу (на котрий день)	1,0 ± 0.5 добу	1,5 ± 0.5 добу
Ліжко-дні	3,0 ± 1.1 доби	5,0 ± 1.4 доби
Активізація пацієнтів (на яку добу)	1-шу добу	1-шу добу

Висновок. Таким чином, проаналізувавши вище вказані показники ми встановили, що якість життя в ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів після відеолапароскопічної апендектомії значно вище, ніж у хворих, яким виконувався «відкритий» спосіб операції.

## **ПІДВИЩЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ, ШЛЯХОМ ОЦІНКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА АНАТОМО-МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

*Іванченко А.Ю., Сень М.С.*

**Науковий керівник: проф. Безкоровайна І.М.**

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Регматогенне відшарування сітківки (РВС) є тяжким захворюванням органу зору, що потребує висококваліфікованого і високотехнологічного оперативного лікування, проте, не дивлячись на сучасну методику лікування РВС, залишається невдоволення клінічними результатами цих операцій. Відшарування сітківки є провідною причиною сліпоти й інвалідності, при цьому 70 % випадків цієї патології розвивається в осіб працездатного віку що є соціально-економічною проблемою.

Мета досліджень: визначити роль пілінгу внутрішньої межевої мембрани (ВММ) та його вплив на функціональний та морфологічний стан макули після операції з приводу РВС для максимального покращення результатів гостроти зору після відшарування сітківки та уточнення показань до видалення ВММ при РВС.

Ряд авторів описали тенденцію до поліпшення гостроти зору у пацієнтів, яким під час вітректомії був проведений пілінг ВММ при регматогенному відшаруванні сітківки (Garweg, Justus G. MD; Deiss, Mario VMed, 2018), інші дослідники продемонстрували тенденцію до погіршення гостроти зору в групі ВММ пілінгу (Blanco-Teijeiro MJ, Bande Rodriguez M, 2018); у деяких дослідженнях показані однакові післяопераційні функціональні результати в обох варіантах оперативного лікування (Foveau P, Leroy B, 2018; Keissy Sousa, Gil Calvão-Santos, 2020).



Не зважаючи на те, що пілінг ВММ при регматогенному відшарування сітківки значно знижує частоту утворення епіретинального фіброзу, треба враховувати анатомо-морфологічні зміни сітківки після пілінгу ВММ та їх вплив на післяопераційні клінічні результати

Визначення біомаркерів крові має потенціал для кращого прогнозування ризику ПВР після хірургічного втручання для гальмування патологічної реакції, що викликає утворення фіброзних плівок на сітківці, які у свою чергу погіршують значно клінічні результати в післяопераційному періоді.

Аналіз даних літератури показує, що в значній частині випадків, не дивлячись на повне прилягання відшаруваної сітківки, гострота зору відновлюється не у повному обсязі. Практично відсутні дані про порівняння впливу на гостроту зору видалення ВММ при вітректомії у віддаленому періоді, порушення гемодинаміки в макулярній зоні за даними ОКТ (оптична когерентна томографія)-ангіографії у пацієнтів з РВС.

Отже, поєднання належної хірургічної техніки та нових діагностичних маркерів, як клінічних, так й імунологічних, може допомогти поліпшити діагностику та прогноз лікування регматогенного відшарування.

## **ВПЛИВ АКНЕ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ**

*Кацул М.Ю*

**Науковий керівник: Васильєва К.В**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Acne vulgaris є одним з найбільш рас роз поширених захворювань в дерматології, яке вражає до 85% підлітків і 10% дорослих. Пік захворюваності доводиться на період статевого дозрівання, найбільш «крихий» вік, коли відбувається формування людини як особистості, зачіпаючи всі сфери його життя. Залежно від ступеня тяжкості виділяють наступні форми: комедональне, папуло-пустульозне, конглобатні акне. Важкі клінічні форми нерідко призводять до утворення безобразних рубців, які негативно впливають на впливають на самооцінку людини. Однак, незалежно від ступеня тяжкості, все висипання є психологічним навантаженням для людини, що супроводжується стресом, депресією, тривогою і, як наслідок, зниженням якості життя. Акне уражаються відкриті частини тіла та обличчя людини. Отже, дане захворювання істотно впливає на психоемоційний стан пацієнтів і їх взаємодію з навколишнім світом.

Мета дослідження. Аналіз і оцінка якості життя пацієнтів з акне.

Матеріали і методи дослідження. Вивчення якості життя пацієнтів з акне проводилося при спостереженні їх і опитуванні методом анкетування з використанням дерматологічного індексу якості життя (DLQI) і шкали APSEA. Було опитано 25 пацієнтів (19-23 роки), жінок - 14, чоловіків - 11. Опитування психологічного і соціального ефекту впливу вугрів - APSEA (Assesment of Phychological and Social Effects of Acne) містить 15 питань. Перші 6 питань мають по 4 варіанти відповідей, потрібно вибрати в кожному тільки один з чотирьох. За відповідь нараховується 0, 3, 6 або 9 балів. Решта 9 питань оцінюються за візуальною аналогічною шкалою від 0 до 10 балів. Максимальне число балів за тест - 144, мінімальна - 0. Чим більша сума балів, тим сильніше акне порушує якість життя пацієнта. DLQI складається з 6 основних параметрів: симптоми і самопочуття, щоденна активність, дозвілля,

робота, навчання, особисті відносини і лікування. Максимальна сума балів складає 30, а якість життя пацієнтів при цьому назад пропорційна кількості балів. Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнтів середній бал APSEA склав  $67,6 \pm 26,7$ .

Таким чином, ураження шкіри обличчя при акне викликає психотравмуючий стан, який максимально обтяжує міжособистісні і соціально-психологічні відносини, які сприяють зниженню якості життя у даних хворих. У таких пацієнтів можуть розвинути: соціофобія, депресія, тривожний невроз. У свою чергу, ступінь негативного впливу акне на якість життя не можна порівняти з об'єктивним станом пацієнта: навіть легкий ступінь акне може сприяти підвищеному ризику розвитку психічних захворювань і стати однією з причин суїцидів у 10-24-річних. Тому так важливо, щоб медичні працівники, спілкуючись із пацієнтами з акне, знали про те, що з'являються симптоми депресії, щоб допомогти почати ранні втручання в психічне здоров'я, коли це необхідно.

## **ВИЯВЛЕННЯ МОЖЛИВОГО ВПЛИВУ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА**

*Кишка О.Г., Заєць А.А., Дрючко Т.С., Бутенко Ю.С., Кіяшко Д. В.*

**Науковий керівник: доц. Кур'ян О.А.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Актуальність. Синдром подразненої кишки (СПК) відноситься до одного із найбільш поширених багатofакторних захворювань шлунково-кишкового тракту, який зустрічається близько у 10% дорослого населення. Одним із тригерів, що може впливати на тривалість СПК та виникнення захворювання є дисбаланс мікробіоти кишечника, який виникає під впливом різноманітних факторів. Найбільш модифікуючою дією на мікрофлору кишечника володіють антибіотики, які зараз широко використовуються в лікування багатьох захворювань і можуть спричиняти значний дисбаланс мікробіоти, тим самим маючи довгострокові наслідки та провокуючи появу СПК.

Мета роботи. Проаналізувати можливості впливу антибактеріальних препаратів на появу різних підтипів СПК.

Методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 78 хворих із різними підтипами СПК, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному центрі (2017-2019рр.) ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського. Середній вік хворих становив  $35,4 \pm 3,7$  років, співвідношення чоловіків та жінок склало 1:3, без достовірної різниці у віці. Діагноз встановлювався відповідно Римським критеріям IV (2016). Аналізували можливий вплив антибактеріальних препаратів на появу різних підтипів СПК, частоту застосування та тривалість використання до появи перших симптомів хвороби, зміни у мікробіоті кишечника.

Результати дослідження. Серед обстежених хворих, СПК із діареєю (СПКД) виявлено у 29 (37,2%) хворих, із закрепами (СПКЗ) у 27(34,6%) хворих, змішаний тип (СПКЗМ) у 22 (28,2%) хворих. У 28 (35,9%) обстежених хворих із різними підтипами СПК в анамнезі виявлено часте застосування антибактеріальних препаратів, серед яких у пацієнтів із СПКД антибіотики в

анамнезі використовувалися найчастіше – 15 (53,6%) хворих, більше 3-х разів на рік – 8 (28,6%) пацієнтів із тривалістю використання більше 5 днів – 6 (21,4%) хворих ( $p \leq 0,05$ ). Лише у 4 (14,3%) хворих із СПКЗ та у 9 (32,1%) хворих із СПКЗМ також визначали в анамнезі часте застосування антибіотиків, із використанням на протязі року більше 3-х разів на рік у 2 (7,1%) хворих при СПКЗ та 5 (17,9%) хворих СПКЗМ. При аналізі виявлених дисбіотичних змін, у всіх пацієнтів із СПК виявлено зміни у мікрофлорі товстої кишки. Найбільш виражені відхилення визначалися у пацієнтів, що часто застосовували антибіотики на протязі життя. В групі хворих із СПКД переважали збільшення вмісту умовно-патогенної мікрофлори – *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans* - 13 (46,4%) хворих, достовірно частіше, порівнюючи із хворими на СПКЗ - 3 (10,7%) хворих та СПКЗМ - 6 (21,4%) хворих ( $p \leq 0,05$ ).

Висновок. Таким чином, застосування антибактеріальних препаратів може мати суттєвий вплив на появу різних підтипів СПК, найбільш вагомий на виникнення СПК з діареєю та потребує подальшого вивчення даної проблеми.

## **ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*Клепач А.М., Карабець Д.О., Солонець О.С.*

**Науковий керівник: ас. Бодулев О.Ю.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Ортопедично-травматологічні хворі належать до групи високого ризику венозно-тромбоемболічних ускладнень (ВТЕУ), тому необхідність проведення у них післяопераційної профілактики тромбозів та кровотеч є безсумнівною. Актуальність роботи полягає у пошуку найбільш ефективних, патогенетично обґрунтованих шляхів профілактики ВТЕУ, що сприятимуть зниженню летальності, тривалості лікування та кількості ускладнень у хворих з переломами довгих трубчастих кісток нижніх кінцівок.

Метою дослідження є підвищення ефективності лікування хворих з переломами довгих трубчастих кісток нижніх кінцівок шляхом уточнення механізмів формування порушень гемостазу на тлі застосування еноксапарину та ривароксабану.

До дослідження були залучені хворі з переломами довгих трубчастих кісток нижніх кінцівок (стегно, гомілка), які знаходилися на лікуванні в травматологічному відділенні КП «1-А МКЛ ПМР». Серед причин хірургічного лікування основними були: закритий перелом верхньої третини стегнової кістки, обох кісток гомілки в нижній третині, обох кісток гомілки в середній третині.

Загальна кількість складала всього 90 хворих, з них: чоловіків - 51,1%, жінок - 48,9%. Усі хворі були розподілені на дві групи: в першій групі хворих тромбопрофілактика проводилася за допомогою еноксапарину в дозі 0,5 мг/кг на добу, в другій групі застосовувався ривароксабан – по 20 мг на добу, додатково хворі отримували ідентичні механічні методи профілактики. До операції тромбопрофілактика здійснювалась за допомогою еластичного бинтування здорової кінцівки. Після операції профілактика тромбоемболічних

укладень починалась через 12 годин за допомогою механічних методів, а саме: ранньої активізації, лікувальної гімнастики. Введення антикоагулянтів починалось через 6 годин після закінчення операції. Досліджувані були рандомізовані за віком, основним захворюванням, супутньою патологією та тяжкістю стану. Середній вік хворих склав  $42,9 \pm 12,58$  років. Групи хворих були співставні за супутньою патологією, віком та статтю. Усі пацієнти були оцінені за шкалою Саргіні, середня оцінка першої групи становила  $7,8 \pm 1,5$  балів, середня оцінка другої групи становила  $8,3 \pm 0,9$  балів.

Під час дослідження використовувались такі методи: епідеміологічні, загальноклінічні (дослідження показників аналізів крові, сечі, глюкози крові та коагулограм хворих), біохімічні (аналіз біохімічних показників хворих), інструментальні (аналіз даних УЗД вен нижніх кінцівок на початку дослідження, на 1,3,5 дні після операції та перед виписуванням).

У групі хворих, які отримували еноксапарин натрію по 0,5 мг/кг спостерігались наступні зміни: на 1 добу відмічалась гіпокоагуляція, на 3 та 5 добу відмічалась гіперкоагуляція; при проведенні ультрасонографії на 5 добу після операції було виявлено 36,67 % випадків ТГВ гомілки; крововтрата під час операції в середньому склала  $525,3 \pm 44,8$  мл.

У групі хворих, які отримували ривароксабан по 20 мг на добу, спостерігалась помірна гіпокоагуляція; при проведенні ультрасонографії було виявлено 10 % випадків ТГВ гомілки; крововтрата під час операції в середньому склала  $424,5 \pm 34,2$  мл.

У підсумку встановлено, що застосування комплексної профілактики тромбоемболічних ускладнень, а саме механічних методів у поєднанні з ривароксабаном по 20 мг на добу дозволило достовірно знизити частоту виникнення тромбоемболічних ускладнень за відсутності достовірних даних про збільшення інтраопераційної крововтрати.

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

*Климко В.О., Лугова Ю.Р., Одарушенко В.В., Піддубна Є.А., Підлісна Н.О.*

**Науковий керівник: доц. Іваницький І.В.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Розповсюдженість фіброзних змін підшлункової залози значно зростає із віком. Відомо, що наявність та вираженість фіброзних змін підшлункової залози тісно пов'язані із засвоєнням жиророзчинних вітамінів, зокрема вітаміну Д та порушенням засвоєння кальцію, що може призводити до розвитку вторинних остеопоротичних змін кісток. У той же час із збільшенням віку, із настанням менопаузи значно збільшується ризик розвитку первинного остеопорозу.

Метою нашої роботи було дослідити вплив фіброзних змін підшлункової залози на розвиток та перебіг остеопорозу у жінок в пост менопаузі. Для цього нами було обстежено 43 пацієнтки жіночої статі середнім віком  $51,3 \pm 3,28$  років із середнім віком менопаузи  $5,7 \pm 2,15$  років на момент обстеження. Після проведення ультразвукового обстеження черевної порожнини усі пацієнтки були поділені на дві групи. У першу увійшли 28 пацієнок,

які мали ознаки фіброзних змін підшлункової залози (підвищення ехогенності паренхіми залози, нерівність контуру залози, неоднорідність ехоструктури). У другу групу увійшли 15 пацієнток без ознак фіброзних змін підшлункової залози. Після розподілу на групи усім пацієнткам було проведена двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія. Середній показник Т критерію в першій групі склав  $- 2,1 \pm 0,3$ ; Z критерію  $- 1,3 \pm 0,1$ . Середній показник Т критерію в другій групі склав  $- 1,3 \pm 0,4$ ; Z критерію  $- 0,5 \pm 0,2$ . при проведенні статистичного аналізу нами була виявлена висока достовірність відмінностей між дослідженими групами ( $p=0,031$  для Т критерію та  $p=0,011$  для Z критерію).

Отримані дані свідчать про високий рівень впливу патології підшлункової залози на розвиток остеопоротичних змін кісток у пацієнток в постменопаузі, при чому для пацієнток із фіброзними змінами підшлункової залози характерним є розвиток вторинних остеопоротичних змін, на що вказує низький рівень Z критерію у цій групі.

Подальшим напрямком наших досліджень планується визначення ролі гіповітамінозу D у розвитку остеопенічних змін кісток у постменопаузальних пацієнток із фіброзними змінами підшлункової залози та визначення ефективних напрямків корекції остеопенічних змін у таких пацієнток.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ТАР-БЛОКА ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА ПОРІВНЯННІ З НАРКОТИЧНИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНМУ ПЕРІОДІ**

*Коваленко Т.О., Васильєва Т.А.*

**Науковий керівник: Черкун М.В.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Найчастіше біль, який з'являється у пацієнта після втручань на органах черевної порожнини, пов'язаний із розтином її стінки, у такому разі адекватна анальгезія в післяопераційному періоді може відігравати вирішальну роль. Методики регіонарної анестезії передньої черевної стінки істотно поліпшують якість інтраопераційної та післяопераційної анальгезії.

Мета роботи: оцінити ефективність ТАР-блока (Transversus Abdominis

Plane Block), виконаного під ультразвуковим контролем, у перші 24 години після операцій у порівнянні з наркотичними анальгетиками.

Методи дослідження: анкетування пацієнтів та їх перед-, інтра-, та післяопераційний моніторинг.

На базі МЛДЦ "Медіон" у дослідженні взяли участь 36 пацієнтів віком від 26 до 55 років, II ASA, з приводу вузлової лейоміоми матки лапароскопічним доступом, які були розділені на дві групи: А ( $n=18$ ) — стандартна анальгезія (Морфін гідрохлорид); Б ( $n=18$ ) — ТАР-блок. У групі Б після премедикації діазепамом 10 мг в/в, 20 мл 0,25% бупівакаїну було введено в нейрофасціальний простір поперечної мускулатури живота в ділянці поперекового трикутника Пті з обох сторін. Пункція виконувалась голкою Stimuplex А 50-100 мм під ультразвуковим контролем. Кількість анальгезій оцінювали через 1, 4, 6 і 24 години після операції. Застосування ТАР-блока привело до зменшення кількості балів візуальної аналогової шкали болю: у групі Б порівняно з групою А після операції —  $1,0 \pm 1,6$  проти  $6,6 \pm 3,0$  ( $p < 0,05$ ). Потреба в мор-

фіні протягом перших 24 год після операції була відсутньою в групі Б —не застосовувалося додаткове введення морфіну, проти  $(20,4 \pm 10,1)$  мг ( $p < 0,05$ ) і відповідно меншою була частота післяопераційної нудоти і блювання. Ускладнень, пов'язаних з ТАР-блоком, не зафіксовано. Усі пацієнти, які отримали ТАР-блок, відзначили високий рівень задоволеності післяопераційним знеболенням.

Висновок: застосування ТАР-блока призвело до зменшення больового синдрому після операцій та на всіх наступних тимчасових етапах, у тому числі через 24 год. ТАР-блок, забезпечує високоєфективне знеболення в перші 24 години після оперативного втручання та знижує необхідність в опіоїдних анальгетиках, також сприяє ранній активізації хворого і виписуванню з медичного закладу.

## **ДИНАМІЧНІ ТЕСТИ ДЛЯ ОЦІНКИ СПРИЙНЯТЛИВОСТІ ДО ІНФУЗІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ СЕПТИЧНОМУ ШОЦІ**

*Конопляник Є.О., Бабич Ю.Г.*

**Науковий керівник: доц. Могильник А.І.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність: ключовим компонентом лікування септичного шоку є інфузійна терапія. У зв'язку з цим перед прийняттям рішення про необхідність інфузійного навантаження важливо визначити, чи відповідає даний пацієнт на інфузію рідини збільшенням серцевого індексу (СІ) або ударного об'єму. З цією метою можуть бути використані тести з інфузійним навантаженням, пасивним підйомом ніг пацієнта та із підвищенням позитивного тиску в кінці видиху (ПТКВ).

Мета: оцінка прогностичної значимості даних тестів для підвищення ефективності інфузійної терапії септичного шоку.

Методи дослідження: в одноцентрове проспективне обсерваційне дослідження включено 14 пацієнтів ВРІТ ПОКЛ з діагнозом сепсису і септичного шоку без ознак важкої гіпергідратації і набряку легенів. Були проведені тести для прогнозування відповіді на інфузійне навантаження: продовжений тест з підйомом ніг (ePLR) протягом 5 хв; продовжений ПТКВ-тест з установкою ПТКВ на рівні 20 см вод. ст. протягом 5 хв; стандартний тест з інфузійним навантаженням (7 мл / кг, час тесту 10 хв).

Основні результати: після проведення тесту з інфузійним навантаженням в 6 респондентів збільшили СІ в середньому на 25% (16-36%) від вихідних значень. У 8 нереспондентів відзначалося зниження СІ на 11% (1,5-17,0%) від вихідних значень. Варіабельність пульсового тиску (ВПТ) склала 26% (21-35%) в групі респондентів і 13 % (9-18%) в групі нереспондентів ( $p = 0,02$ ). Була виявлена кореляція між вихідними значеннями ВПТ і приростом СІ через 1 год. після тесту ( $\rho = 0,65$ ,  $p = 0,01$ ), а також через 12 год. ( $\rho = 0,59$ ,  $p = 0,06$ ) і через 24 год. після нього ( $\rho = 0,59$ ,  $p = 0,049$ ). В ході тесту з підйомом ніг у групі респондентів середнє значення ВПТ зменшилось на 5% (4-13%), а у нереспондентів лише на 3% (0-4%) ( $p = 0,008$ ).

Висновки: використання тестів з пасивним підйомом ніг пацієнта і підвищенням ПТКВ при септичному шоці дозволяє прогнозувати подальше збільшення серцевого викиду на інфузійне навантаження, що дає можливість ідентифікувати групу хворих, сприйнятливих до інфузійної терапії.

## **АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST**

*Корнієнко В.Ю., Котік Т.О., Таравська О.В., Сокол С.О.,  
Монастирський В.В., Ювженко О.С.*

**Наукові керівники: ас. Ткач Л.І., доц. Настрога Т.В.,**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Рання діагностика гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією сегмента ST (зі STEMI) на догоспітальному етапі та госпіталізація хворих у спеціалізовані структурні підрозділи ЗОЗ з метою проведення перкутанного коронарного втручання знижують смертність та покращують результати лікування пацієнтів.

**Мета.** Провести аналіз результатів надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим зі STEMI бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2018-2020 роки.

**Матеріали і методи.** Проведений ретроспективний аналіз 1250 карт виїзду бригад ЕМД (Ф № 110/0) та супровідних листів (Ф № 114/0) за 2018-2020 р. пацієнтів зі STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

**Результати.** На сьогодні, основним методом відновлення прохідності інфарктзалежної артерії (ІЗА) у хворих зі STEMI, відповідно до Наказу МОЗ України № 455 від 2014р., є проведення первинних перкутанних коронарних втручань (ПКВ). Пацієнти зі STEMI, після надання екстреної медичної допомоги, згідно Наказу МОЗ та локального протоколу, для проведення ургентного ПКВ госпіталізувалися у відділення інтервенційної радіології (ВІР) КП «Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського ПОР» та КП "Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради". Кількість пацієнтів, яким виконано ургентне перкутанне коронарне втручання у ВІР ПОКЛ постійно збільшується. Так у 2017р. в ургентному порядку стентовано – 193 хворих із STEMI, у 2018р. 247 хворих, у 2019 році 734 хворих, у 2020 році – 565 хворих. Показник ургентних перкутанних коронарних втручань проведених у пацієнтів у КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр ПОР» в 2018 році склав – 915, у 2019 році – 992, у 2020 році – 1077. Аналіз показників летальності хворих зі STEMI після ПКВ свідчить про її зниження. Так, летальність хворих зі STEMI після ПКВ становила у 2017р. – 7,1%, 2018р. – 5,9%. 2019р. – 6,2%, 2020 рік – 4,7% тоді як летальність від інфаркту міокарда (ІМ ) по - Полтавській області – 11,7%.

**Висновки.** Таким чином, аналіз проведених результатів, щодо застосування ранньої реперфузійної терапії хворих зі STEMI на Полтавщині, переконливо свідчить про зниження летальності .

## **ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕТИНОЇДІВ ПРИ АКНЕ**

*Костенко О.В.*

**Науковий керівник: доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Акне – це хронічне захворювання шкіри, яке проявляється появою неприємних вугрових висипань. При розвитку акне волоссяний канал або канал сальної залози закупорюються надлишком шкірного жиру, у закритій порожнині залози добре розвиваються бактерії, що призводить до запалення шкіри.

Вугровий сип може з'явитися не тільки на обличчі, а також на шиї, плечах, спині, в зоні декольте. Поява акне найбільш характерна для підлітків у період статевого дозрівання, проте може турбувати і дорослих.

Мета: оцінити клінічну ефективність застосування ретиноїдів у хворих з акне.

Проведено пряме відкрите дослідження ефективності та безпеки ретиноїдів в терапії 20 хворих комедональними і папуло - пустульозними формами акне. Призначався крем Адаполен на ніч на очищену шкіру обличчя на проміжні 3-х і більше місяців.

На початковому етапі лікування (перші 7 днів) все пацієнти відзначили прояви сухості шкіри, легкого роздратування у вигляді явищ гіперемії, які легко купірувати призначеним зволожуючим відновлюючим кремом для шкіри. У всіх пацієнтів з папуло-пустульозною формою акне і у (30%) пацієнтів з комедональною формою в перший місяць лікування з'являлися поодинокі дрібні фолікулярні папули запального характеру. До терапії була додана обробка елементів розчином кліндаміцину гідрохлориду 2 рази на день до повного усунення ознак запалення. До третього місяця лікування у 16 (80%) пацієнтів відзначили клінічне одужання у вигляді усунення інфекційного агента, зниження гіперсекреції шкірного сала, повного регресу запальних елементів. У 4 (20%) пацієнтів на шкірі обличчя зберігалися поодинокі комедони закритого типу, без ознак запалення, що потребувало продовження призначеної терапії до 5 місяців і призвело до досягнення клінічного одужання.

Отже, застосування ретиноїдів при акне має високу клінічну ефективність, а також благо прийнятний профіль безпеки у хворих з комедональними і папуло-пустульозними формами акне.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МУКОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

*Кравцова Ю.В., Лаврик Я.Р., Лизенко Т.Г., Луценко Я.В., Новак В.Ю.*

**Науковий керівник: проф. Ждан В.М., ас. Хайменова Г.С.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Перші клінічні ознаки простудного захворювання різної етіології аналогічні, оскільки продромальний період (підвищення температури тіла, головний біль, озноб, кашель, нежить, чхання, першіння в горлі) може супроводжувати респіраторні інфекції, викликані різними інфекційними агентами, нерідко вірусом грипу, в даний час – COVID-19. До найчастішим симптомів COVID-



19 відносять лихоманку, сухий кашель і слабкість. Рідше реєструються закладеність носа, втрата смаку і запаху, біль в горлі, кон'юнктивіт, висипи та інші шкірні висипання. Перебіг гострого респіраторного вірусного захворювання (ГРВЗ) COVID-19, що супроводжується легеневою недостатністю (ЛН), завжди має серйозні несприятливі наслідки для здоров'я пацієнта, включаючи зниження функції легень, погіршення якості життя і збільшення смертності. Згідно з даними клінічних досліджень, включення в схему лікування муколітиків прискорює одужання, поліпшує перебіг «постковідного синдрому». З цієї групи препаратів на особливу увагу заслуговує ердостеїн, який має виражений муколітичний ефект, антиоксидантну і протизапальну активність.

Метою даного дослідження було вивчити вплив ердостеїну на вираженість системного запалення і симптомів у пацієнтів з «постковідним синдромом».

Під спостереженням знаходилися 40 пацієнтів які були госпіталізовані після перенесеного ГРВЗ COVID-19 з ЛН (по 20 в кожній групі). Вихідні демографічні та клінічні характеристики хворих двох груп (вік, показники функції легень, газів артеріальної крові, вираженість симптомів (задишка, харкотиння, кашель), супутні захворювання) були рівноправні. Хворим I групи додатково до базової терапії призначали ердостеїна 300 мг 3 рази на добу перорально протягом 10 днів.

В якості первинної кінцевої точки дослідження був обраний сироватковий рівень С-реактивного білку (як маркер системного запалення) через 10 і 30 днів після початку лікування. Вторинні кінцеві точки включали вираженість респіраторних симптомів і показники функції легень через 10 і 30 днів.

В обох групах відзначено достовірне зниження рівня СРБ через 10 і 30 днів в порівнянні з вихідним показником, проте через 10 днів зменшення цього показника було значно більш вираженим в групі ердостеїна в порівнянні з групою контролю ( $p \geq 0,005$ ). Зменшення симптомів і поліпшення функції легень після початку лікування також були більш істотними в I групі зі статистично достовірною різницею між групами на 10-й день.

Ердостеїн добре переносився, не було зареєстровано жодного випадку небажаних явищ, пов'язаних з прийомом препарату.

Проведене дослідження показало, що додавання до стандартної терапії хворим після перенесеного ГРВЗ COVID-19 з ЛН 10-денного курсу лікування ердостеїном 900 мг/добу забезпечує значне зниження концентрації СРБ в сироватці крові, більш швидке зменшення вираженості симптомів і поліпшення функції легень в порівнянні з контрольною групою. Таким чином, ердостеїн може бути ефективним і безпечним доповненням до терапії «постковідного синдрому», що сприяє прискоренню одужання.

## **ЛІКУВАННЯ ЧЕРЕЗВИРОСТКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ**

*Кузнєцов М.І.*

**Науковий керівник: доц. Гриценко Є. М.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Полтавський державний медичний університет

Черезвиростковий перелом – це тяжка травма ділянки ліктьового суглоба, що часто зустрічається у дітей різного віку. Ускладнення сягають від 8 до 67%, які пов'язані з особливостями даного сегменту, складною анатомією та біомеханікою, близьким проходженням судинно-нервового пучка.

Проведено аналіз результатів лікування у 49 пацієнтів за 2020р. у відділенні травматології КП «ДМКЛ ПМР», з черезвиростковими переломами.

Методи лікування що використовувались як альтернативні: скелетне витягнення з закритою репозицією, закрита репозиція з іммобілізацією гіпсовою пов'язкою та оперативне лікування – остеосинтез дистального відділу плеча спицями Кіршнера. Всім пацієнтам проводилась рентгенографія ліктьового суглобу до та після маніпуляції. З 49 пацієнтів на скелетному витягненні проліковано 19 хворих, закрито репозицію проведено 11 хворим, та 19 пацієнтам проведено оперативне втручання. Отримані хороші та відмінні результати. Тривалість стаціонарного лікування на скелетному витягненні складала в середньому 21 день, після закритої репозиції з подальшою гіпсовою іммобілізацією – 1 день, після оперативного втручання – 11 днів. В середньому через 28 днів після втручання дітям починали проводити ЛФК ліктьового суглобу. У випадках консервативного лікування повного обсягу рухів в ліктьовому суглобі вдавалось досягти значно раніше ніж після оперативного лікування – в середньому на 2 місяці.

Таким чином, незважаючи на те, що оперативне лікування дозволяє значно скоротити термін перебування дитини в стаціонарі, але кращі функціональні результати були отримані після консервативного лікування. Отримані дані говорять про те, що застосування консервативних методик лікування черезвиросткових переломів у дітей є ефективним, приводить до хороших функціональних результатів та має право на існування на сучасному етапі.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМОЛІЄНТІВ У ХВОРИХ АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ В ЯКОСТІ ДОГЛЯДОВОЇ ТЕРАПІЇ.**

*Кулибаба О. В., Сахіб Сафаа Саад Сахіб*

**Науковий керівник: доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Атопічний дерматит (АД) - це хронічне рецидивуюче захворювання шкіри, що характеризується інтенсивним свербіжем, запаленням та сухістю шкіри, які розвиваються у осіб з генетичною схильністю до atopії під дією факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

Особливу актуальність представляє розповсюдження АД серед дитячого населення. За даними епідеміологічних досліджень, що проводились в розвинених країнах, від 10 до 30% дітей страждають АД, а його частка в структурі алергічних захворювань становить 50-75%. У формуванні atopії беруть участь специфічні і неспецифічні механізми. Імунна концепція патогенезу АД ґрунтується на розвитку генетичної схильності до алергії. Генетично де-

терміноване порушення шкірного бар'єру і ліпідної структури рогового шару епідермісу вважається основною причиною ксерозу та підвищеної чутливості шкіри до подразників і антигенів.

Мета: провести ретроспективний аналіз амбулаторних карт та оцінити ефективність застосування емолієнтів у хворих на АД в якості доглядової терапії.

В аналіз дослідження були включені 25 амбулаторних карт хворих з АД різного ступеня тяжкості у віці від 4 до 12 років, з них 12 (48%) хлопчиків та 13 (52%) дівчаток.

Аналіз показав, що пацієнти отримували комплексну терапію, включаючи гіпоалергенну дієту, ентеросорбенти, антигістамінні та ферментні препарати. З зовнішньої терапії - із середньо-тяжким перебігом захворювання хворі отримували топічні ГКС протягом 4-7 днів до зменшення клінічних проявів загострення. За шкірою в повсякденному житті всі пацієнти застосовували емолієнти (2 рази на день - вранці та ввечері) курсом до 8 тижнів. Це дало зменшення лущення та сухості шкіри, у 24% пацієнтів стан шкіри покращився, але ще залишилась екскоріація. На 22 (88%) зменшилась кількість загострень захворювання, на 7-10 тижнів подовжилась тривалість ремісії. Погіршення шкірного процесу не відзначалося.

Проведений ретроспективний аналіз продемонстрував необхідність застосування емолієнтів в якості доглядової терапії за шкірою в повсякденному житті пацієнтів з АД різного ступеня тяжкості.

## **ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПЕЧІНКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

*Маркіна А.Ю., Семко Ю.О.*

**Науковий керівник: ас. Федоров М.А.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. На сьогодні проблема лікування печінкової недостатності все ще залишається актуальною, тому що поряд із нирковою недостатністю вона належить до найбільш тяжких ускладнень серед терапевтичних та інфекційних захворювань і гострих отруень. Захворювання травної системи займають третє місце у структурі захворюваності населення України після захворювань серцево-судинної та дихальної систем, що становить близько 10 % протягом останніх 5 років. Із них близько 1,6 % припадає на захворювання власне печінки. Захворювання печінки посідають п'яте місце в рейтингу причин смертності після інфаркту міокарда, раку, інсульту та захворювань дихальної системи. Летальність при печінковій недостатності досягає 50–80 %.

Метою дослідження було підвищення ефективності проведення детоксикаційної терапії у хворих, в яких розвинулась печінкова недостатність.

Матеріали та методи. Дослідження базується на результатах ретроспективного вивчення історій хвороби 44 хворих із печінковою недостатністю (середній вік — 52,7 ± 2,1 року), які перебували на стаціонарному обстеженні й лікуванні у відділенні реанімації та інтенсивної терапії КП «1-А ПМР МКЛ» в 2020–2021 рр.

Результати дослідження. Під час дослідження було встановлено: достовірно ( $p < 0,05$ ) зменшення рівня АЛТ і АСТ крові хворих внаслідок застосування 5% розчину глюкози у комплексній терапії печінкової недостатності.

Достовірне ( $p < 0,05$ ) відновлення параметрів гемостазу у хворих із печінковою недостатністю внаслідок застосування свіжозамороженої плазми у комплексній терапії. Застосування свіжозамороженої плазми в комплексній інфузійній терапії печінкової недостатності достовірне ( $p < 0,05$ ) не впливає на зниження рівня АЛТ, АСТ та загального білірубину в крові хворих. Застосування свіжозамороженої плазми у комплексній терапії печінкової недостатності достовірно ( $p > 0,05$ ) не впливає на тривалість перебування хворих у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Висновки. Застосування комбінованої інфузійної детоксикаційної терапії (кристалоїди + 5% розчин глюкози) достовірно сприяє зменшенню рівня трансаміназ і загального білірубину в усіх досліджуваних групах незалежно від ступеня тяжкості печінкової недостатності. Недоцільно призначати свіжозаморожену плазму як засіб для детоксикації, відновлення колоїдно-осмотичного тиску крові та корекції гіпоальбумінемії. Єдине показання до її переливання — масивна крововтрата, профілактика та лікування коагулопатичних кровотеч.

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕЙРОБОРЕЛІОЗУ**

*Могила О.О., Матвієць Г.М., Рижа Л.В.*

**Наукові керівники: доц. Гладка В.М., доц. Пурденко Т.Й.**

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

Нейробореліоз (хвороба Лайма) – це поліорганне інфекційне трансмісивне природно-вогнищеве захворювання, збудником якого переважно є *Borrelia burgdorferi*, яка потрапляє до організму людини внаслідок укусу іксодового кліща. Збудник нейробореліозу поширюється лімфогенним, гематогенним і периневральним шляхами та уражає центральну нервову систему. Широкий поліморфізм клінічних проявів захворювання ускладнює своєчасну діагностику і, як наслідок, лікування нейробореліозу.

Мета: на конкретному клінічному прикладі ознайомитись з особливостями клінічних проявів нейробореліоза та можливостями його діагностики і лікування.

Пацієнт М., 54-х років, знаходився на обстеженні та лікуванні у неврологічному відділенні Комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». При госпіталізації скаржився на виражений біль у поперековому відділі хребта та по задню-зовнішній поверхні ніг, який посилювався при рухах та ходьбі, виражену обмеженість обсягу рухів у поперековому відділі хребта, слабкість м'язів обличчя з двох сторін, відчуття оніміння в ділянці губ, нечіткість мови. З анамнезу відомо, що 2 тижні тому після фізичного навантаження відчув біль у правому колінному суглобі, який через кілька днів поширився вгору до кульшового суглобу та поперекової ділянки. З'ясовано, що пацієнта протягом 10 років неодноразово кусали кліщі, чому уваги не приділяв.

У неврологічному статусі – помірний двобічний прозопарез, напруження довгих м'язів спини в поперековому відділі хребта, симптом Ласега 45° з обох сторін, при пальпації болісні міжкостисті проміжки на рівні L4-L5, L5-S1, с-м Керніга (+) з двох сторін. Враховуючи результати аналізу спинномозкової рідини: цитоз –  $350,0 \times 10^6/\text{л}$  (лімфоцити) та позитивні результати імуно-

го блотингу на бореліоз: антитіла IgM та IgG (*Borrelia afzelii*, *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia garinii*), встановлено діагноз: Нейробореліоз: гострий менінгоградикулоневрит (синдром Баннварта) з двобічним помірним прозопарезом, ураженням переважно L5, S1 корінців з двох сторін. Призначено лікування: цефтріаксон, проксіум, тіонекс, прегабалін, династат, дексаметазон, меронем, вітамін B12, діаліпон турбо, ЛФК протягом 10 днів. Відмічена позитивна динаміка у вигляді зменшення асиметрії обличчя, болю в ногах та поперековому відділі хребта.

Висновки. Діагностика нейробореліозу ґрунтується на даних клінічної картини, загального аналізу спинномозкової рідини, серологічних дослідженнях крові і ліквору (виявлення антитіл до борелій). Отже, знання епідеміології, патогенезу, клінічних проявів нейробореліозу та використання сучасних методів діагностики дає змогу своєчасно призначити етіопатогенетичну терапію з метою ерадикації збудника хвороби та швидкого регресування симптомів.

## **ЗАХОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ШТУЧНІЙ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ**

*Олійник А.О. Шевченко І.С Білишко А.В.*

**Наукові керівники: проф. Шкурупій Д.А., доц. Страшко Є.Ю.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної терапії, ерготерапії з спортивною медициною та фізичною реабілітацією

Полтавський державний медичний університет

Станом на січень 2021 року в Україні відбувається приріст захворюваності з ураженням дихальної системи, що призводить до використання штучної вентиляції легень (ШВЛ) при веденні тяжкохворих пацієнтів у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ). Методика ШВЛ забезпечує підтримку життєво необхідних показників фізіологічного дихання тим самим продовжуючи життя пацієнта, але при цьому сприяє розвитку іммобілізаційного синдрому з комплексом поліорганичних порушень, пов'язаних з нефізіологічними обмеженнями рухової і когнітивної активності хворого. Для нівелювання цього ефекту пацієнтам в умовах ВАІТ доцільним є впровадження комплексу реабілітаційних заходів. До цих методів ми віднесли: позиціонування в ліжку, вертикалізація, пасивна кінезотерапія. Останнє має сукупний ефект, але є не однозначним.

Мета роботи - підвищення ефективності інтенсивної терапії у пацієнтів на ШВЛ шляхом застосування методів фізичної реабілітації.

У ВАІТ закладів охорони здоров'я м. Полтави було відібрано 20 пацієнтів, проводилась ШВЛ. 10-ти пацієнтам (група порівняння) проводилась традиційна терапія; іншим 10-ти (основна група) – додатково проводився комплекс фізичних вправ (позиціонування в ліжку, вертикалізація, пасивна кінезотерапія). Для вибору комбінації реабілітаційних заходів застосовувався модифікований індекс Рівермід (mRMI-ICU), Моніторинг проводився в палаті інтенсивної терапії у хворих на інвазивній ШВЛ у перший, третій та восьмий день від початку ШВЛ з визначенням показників сатурації крові (SpO<sub>2</sub>), частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску (АТ). Для статистичної оцінки використовувались непараметричні методи статистики.

Оцінка результатів продемонструвала достовірне збільшення SpO<sub>2</sub> в основній групі на 8-у добу спостереження відносно 3-ої доби (Me=3; p<0,05) та зменшення показника ЧСС 3-ю добу відносно 1-ої доби спостереження (Me=5; p<0,05). Також був отриманий прямий середній зв'язок (-0,4) за показником АТ.

Таким чином, з астосування комплексу фізичної реабілітації у пацієнтів на ШВЛ дозволяє підвищити ефективність інтенсивної терапії, що визначається більшою позитивною динамікою SpO<sub>2</sub> і ранньою стабілізацією показників системи гемодинаміки.

## **НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВЕРТЕБРОГЕННИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**

*Орихівська М.Р., Улинець А.А.*

**Науковий керівник: доц. Силенко Г.Я.**

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

Біль - один з провідних причин всіх звернень до лікаря - до 40% випадків - в системі первинної медичної допомоги, при цьому поширеність хронічного болю в популяції досягає 40-49% . Хронічний больовий синдром і когнітивні порушення входять до числа найбільш недооцінених проблем сучасної охорони здоров'я, а в зв'язку з вираженою непрацездатністю, дезадаптацією і значним зниженням якості життя у таких пацієнтів набувають важливого медико-соціального значення.

Мета дослідження – аналіз нейропсихологічного статусу та когнітивних порушень у пацієнтів з хронічним вертеброгенним больовим синдромом.

Обстежено 25 осіб з хронічним вертеброгенним больовим синдромом, обумовленим дискогенною радікулопатією віком від 40 до 60 років, з них 14 жінок та 11 чоловіків (основна група). Тривалість больового синдрому у хворих була більше 12 місяців. До контрольної групи залучено 20 осіб без хронічного больового синдрому в анамнезі віком від 40 до 60 років. Діагноз був підтверджений за допомогою магнітно-резонансної томографії. Всім пацієнтам проведено клініко-неврологічне дослідження. Оцінку нейропсихологічного статусу вивчали за допомогою шкали ВАШ, шкали особистісної та ситуаційної тривожності Спілберга-Ханіна, шкали депресії Бека. Вивчення когнітивних функцій проводили за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що середні значення інтенсивності болю за ВАШ склали 7,2±0,14 балів (сильний біль).

За допомогою шкали Бека у пацієнтів основної групи виявлені ознаки депресії легкого ступеня. Депресивний стан у пацієнтів основної групи поєднувався з тривогою, що підтвердили результати тесту Спілберга-Ханіна. Показники тестування продемонстрували високий рівень реактивної тривоги в основній групі, які були достовірно вищими в порівнянні з контрольною та помірний рівень особистісної тривожності, яка характеризує преморбідні особливості емоційної сфери пацієнтів незалежно від вираженості больового синдрому у групах пацієнтів.

У ході нейропсихологічних досліджень у пацієнтів з хронічним больовим синдромом виявлено когнітивні порушення легкого ступеню про що свідчать

дані обстеження за Монреальською шкалою. У структурі порушень пізнавальних функцій домінували розлади вербальної пам'яті, концентрації уваги та рахування.

Таким чином, в результаті проведеного дослідження у пацієнтів з хронічним вертеброгенним больовим синдромом відмічається висока поширеність суб'єктивних та об'єктивних порушень когнітивних функцій в першу чергу пам'яті та уваги, легкий ступінь депресії, високий рівень ситуаційної тривожності та помірний ступінь особистісної тривоги.

## **ОЦІНКА СПЕКТРУ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СЕЗОННИМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ В ПОЛТАВСЬКОМУ РЕГІОНІ**

*Перетятко О.С., Бойко Т.О., Олійниченко М.О., Смоктьїй А.І.*

**Науковий керівник: проф. Крючко Т.О.**

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Поширеність алергічного риніту залишається досить актуальною для всіх регіонів України. За результатами численних досліджень активний перебіг даної алергопатології знижує якість життя дітей, тому актуальним являється раннє виявлення пацієнтів з метою запобігання прогресування та хронізації захворювання.

Мета. Встановити регіональну структуру пилкової сенсibilізації у дітей шкільного віку Полтавського регіону та розробити превентивні практичні рекомендації для подальшого впровадження в алгоритми ведення пацієнтів із сезонним алергічним ринітом (САР).

Методологічно дослідження проводилось в два етапи. Спочатку було проаналізовано 256 медичних карт стаціонарних та амбулаторних хворих із САР, нами здійснено оцінку анамнезу захворювання та життя, обтяженість за сімейним анамнезом, клінічний розвиток захворювання під час загострення та спектр сенсibilізації за результатами прик-тестування. На другому етапі було відібрано 34 пацієнти, яким за допомогою методу молекулярної алергодіагностики визначався рівень алергенспецифічних імуноглобулінів Е до пилкових алергенів.

За результатами досліджень було встановлено, що серед дітей із САР більш ніж у половині випадків (52,83%) переважав середньо-тяжкий перебіг захворювання, а у другій половині – легкий (35,16%) та тяжкий (12,11%) варіанти перебігу. Виявлено, що дебют САР (52,73%), з моменту появи перших симптомів переважно спостерігався протягом перших восьми років життя. У цьому віковому періоді найбільша питома вага захворюваності відмічалася у дітей віком 6 – 8 років. Другий пік дебюту САР – у віці від 9 – 11 років, який був пов'язаний з розширенням спектру сенсibilізації та формуванням побутової сенсibilізації на фоні пилкової. За ретроспективними даними було з'ясовано, що перше місце в структурі пилкової сенсibilізації посідає алергія до пилку бур'янів – амброзії та полину. При проведенні методу молекулярної алергодіагностики встановлено сенсibilізацію до мажорних та мінорних алергенів та підтверджено пріоритетність сенсibilізації до пилку амброзії, маркером якого є мажорний компонент Amba1, друге місце займає гіперчутливість до пилку тимофіївки (Phl p 1), потім полину (Art v 1), райграсу (Lol p 1) та берези (Bet v 1).

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про те, що у дітей із САР переважав середньо-тяжкий перебіг захворювання. Також було визначено особливості сенсibiliзації у дітей Полтавського регіону з САР, за якими домінуючими алергенами є пилок амброзії, тимофіївка, полин.

## **ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ**

*Погребняк О.Р.*

**Науковий керівник: проф. Ксьонз І. В.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією.

Полтавський державний медичний університет

Гострий апендицит є найпоширенішим захворюванням у дітей, що вимагає невідкладної хірургічної допомоги. На гострий апендицит можуть страждати діти різного віку. Лапароскопічна апендектомія поступово набуває все ширшого застосування у практиці дитячих хірургів.

Мета роботи - оцінити ефективність мініінвазивного лікування гострого апендициту у дітей.

На базі хірургічного відділення КП «Дитяча міська клінічна лікарня ПМР» в період із 2017 по 2020 роки, було виконано 199 лапароскопічних оперативних втручань з приводу гострого апендициту, що становить 28,0% від загальної кількості проведених апендектомій, в тому числі по роках, а саме: 2017р. – 15 лапароскопічних апендектомій – 8% від загальної кількості апендектомій; 2018р. – 69 лапароскопічних апендектомій – 40% від загальної кількості апендектомій; 2019р. – 60 лапароскопічних апендектомій – 34% від загальної кількості апендектомій; 2020р. – 55 лапароскопічних апендектомій – 30% від загальної кількості апендектомій. Після проведення гістологічного дослідження встановлено, що у 40 дітей було визначено катаральний апендицит, у 100 – флегмонозний, у 59 – гангренозний апендицит. При лапароскопічній апендектомії порти були встановлені наступним чином: 3 порти – 12 мм порт в ділянці пупка для лапароскопа, 10 мм порт в правій мезагастральній ділянці та 5 мм порт по білій лінії живота нижче пупка. Всі апендектомії були виконані лігатурним способом з використанням поліфіламентної нитки «Новасін №0», що розсмоктується з обробкою культу апендикса розчином йоду. Час оперативного втручання з використанням лапароскопічного методу склав 15-75 хвилин. У 45 дітей була виявлена супутня патологія: 15 пахових гриж (2 з них двобічні, внутрішні пахові кільця яких були ушиті методом P.I.R.S.); 20 пупкових гриж; 5 гідатид яєчника; 2 ангіоми сальника; 3 ретенційні кісти яєчника. Всі діти після виконання лапароскопічної апендектомії були виписані зі стаціонару на 3 добу.

Використання мініінвазивних технологій при апендектомії дозволяє зменшити час перебування хворого в стаціонарі, дає можливість виконати ревізю черевної порожнини та виявити супутню патологію.



## **ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Полежаєв Д.О., Рибальченко Є.В., Савуляк Т.М., Семонченков А.І., Швець С.М.*

**Науковий керівник: ас. Лебідь В.Г.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

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

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

В дослідження включені 50 хворих на ОА з синовітом чоловіків та жінок віком від 58-71 років, розділених по групах: *1 група* - (n = 25 хворих), яка отримувала хондропротективний комплекс (глюкозоаміноглікан – пептидний комплекс Остеолон по 1 мл внутрішньом'язево 1 раз на добу, №25 ін'єкцій), а потім - хондроїтин сульфат по 1 саше внутрішньо 1 раз на добу після їжі, 3 місяці; *2 група* – (n = 25 хворих) не отримувала хондропротективної терапії. Усі пацієнти отримували терапію супутніх захворювань: приймали антигіпертензивні препарати (амлодипін 5 мг / гідрохлортиазид 12,5 мг / валсартан Н 160 мг або валсартан 80 (160) мг на добу внутрішньо, постійно), антигіпертензивний, гіполіпідемічний фіто-препарат (Тонзінормін по 2 табл. 3 рази на добу внутрішньо за 30 хвилин до їжі, 3 місяці), вітаміни (вітамін D<sub>3</sub> по 2000 МО на добу після їжі внутрішньо, 12 місяців).

Для визначення ефективності лікування нами використовувались наступні дані: показники індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ в динаміці через 3 місяці після початку обстеження, вираженість синовіту за даними УЗД дослідження суглобів. Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: через 3 місяці терапії ОА синовіту за даними УЗД та клінічно не було виявлено у жодного з обстежених пацієнтів. У той же час показники якості життя були вищими у пацієнтів першої групи. Відмічалось більш виражене зниження індексу Лекена ( $6,3 \pm 1,31$  в першій групі та  $8,3 \pm 1,43$  в другій групі), за показниками шкали WOMAC по всім 17 пунктам відмічалось достовірне ( $p < 0,05$ ) покращення у першій групі у порівнянні із другою, відрізнялись показники шкали ВАШ ( $7,3 \pm 1,2$  в першій групі та  $6,2 \pm 1,3$  в другій групі).

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

# **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА, ОДНОМОМЕНТНА (ЛАПАРОСКОПІЧНА І ЕНДОСКОПІЧНА) ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБІ, УСКЛАДНЕНІЙ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ**

*Попов М.М.*

**Науковий керівник: проф. Дудченко М.О., ас. Шевчук М.П.**

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність:** Синдром механічна жовтяниці (СМЖ), обумовлений холедохолітазом продовжує залишатися однією з основних проблем в сучасній ургентній хірургії. В даний час визначена тактика і сформульовані основні показання для виконання лапароскопічних і ендоскопічних методів хірургічних втручань в залежності від тяжкості стану хворого, проте питання одномоментного використання мініінвазивних втручань в більшості своїй носять спірний характер.

**Мета:** Визначити можливість і доцільність виконання одномоментних поєднаних втручань на позапечінкових жовчних шляхах при жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), ускладненій холедохолітазом.

**Матеріал і методи:** З 2017 по 2020 рр. в клініці було прооперовано з приводу СМЖ, обумовленого холедохолітазом, 36 пацієнтів, з них двохоментне хірургічне лікування застосовано у 15. Середній вік склав 61,6. Найчастіше, 11 хворим, першим етапом виконувалося хірургічне лікування - лапароскопічна холецистектомія, інтраопераційна холангіографія, зовнішнє дренивання холедоха, потім, після стабілізації стану і купірування СМЖ, - ендоскопічне лікування, що включало ендоскопічну ретроградну холангіографію, папілосфінктеротомію і літоекстракцію. Інтервал між операціями в середньому склав 8 днів. Така послідовність операцій була обумовлена деструктивними формами холециститу і вираженою інтоксикацією у пацієнтів. При відсутності вираженого запалення стінки жовчного міхура 4 хворим спочатку виконаний ендоскопічний етап, а потім хірургічний. Інтервал між операціями в середньому склав 23 дні. Середнє перебування в стаціонарі склало - 11.3 л /д. Одномоментно в екстреному порядку прооперовано 21 пацієнт. З них 12 жінок, 9 чоловіків. Середній вік склав - 58,2. Показаннями до операції були: деструктивні форми холециститу (у всіх хворих), холедохолітаз (19), стриктура термінального відділу холедоха (2), наростання механічної жовтяниці (10), гострий біліарний панкреатит (3). Для прийняття рішення про виконання одномоментної операції всім пацієнтам з СМЖ при надходженні до стаціонару здійснювалася оцінка тяжкості стану. На жаль, на даний момент не існує універсальної шкали, що дозволяє точно оцінити стан хворого з СМЖ. З наявних шкал придатними виявилися ASA і SAPS. Якщо визначалося ASA II, SAPSII <35 балів, то колегіально приймали рішення про можливість виконання одномоментної операції. Техніка виконання операції: спочатку виконувалося лапароскопічна холецистектомія з дрениванням холедоха через протоки міхура і інтраопераційна холангіографія, дренивання підпечінкового простору. Далі бригадою ендоскопістів, не змінюючи положення хворого на операційному столі, виконувалося ЕРХПГ, папілосфінктеротомія, літоекстракція. Раніше встановлений дренаж в холедох, в складних технічних ситуаціях, полегшував виконання ендоскопічного етапу, так як з'являлася можливість проведення через нього провідника під

рентгенконтролем через холедох в ДПК. У 2 пацієнтів літоекстракція не виконувалася, тому що причиною СМЖ була стриктура холедоха. З хворим з біліарним панкреатитом виконано додаткове стентування панкреатичної протоки. При виконанні хірургічного етапу операції в 2 випадках здійснена конверсія доступу, пов'язана з технічними труднощами при виконанні літоекстракції через великі розміри конкрементів. Середній час операції склав - 150 хв. В післяопераційному періоді всім хворим проводилась профілактика розвитку гострого панкреатиту поряд з інфузійною, антибактеріальною, протизапальною, симптоматичною терапією. Нормалізація лабораторних показників крові відзначена на  $5 \pm 2$  добу післяопераційного періоду. Середнє перебування в стаціонарі склало - 10.2 л/д. З ускладнень що виникли після операції можна виділити розвиток гострого панкреатиту у 1 пацієнта, купований консервативними методами лікування.

Висновки: Вибір поєданого лапароскопічного і ендоскопічного лікування СМЖ, як ускладнення ЖКХ, повинні визначатися тяжкістю стану хворого, характером деструктивних змін жовчного міхура і ступенем його перифокального запалення, технічними можливостями проведення операції, досвідом хірургічної бригади, проведенням пролонгованої анестезіологічної допомоги з урахуванням супутньої соматичної патології. Проведення одномоментного лікування СМЖ дозволяє поліпшити безпосередні результати лікування, значно знизити терміни перебування хворих в стаціонарі, зменшити витрати на їх лікування.

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПОДОВЖЕНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАНКРЕАТИТУ**

*Пустовар Д.С., Гордієнко І.С.*

**Науковий керівник: ас. Федоров М.А.**

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії  
Полтавський державний медичний університет

Гострий панкреатит є одним із найбільш тяжких, прогностично несприятливих та часто життєво небезпечних гострих захворювань органів черевної порожнини.

Мета: дослідити значення продовженої епідуральної блокади в комплексі інтенсивної терапії (ІТ) хворих з тяжкими формами гострого панкреатиту за допомогою порівняння клінічних, інструментальних і біохімічних показників.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування 30 хворих, які перебували на лікуванні у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії 1-ї МКЛ з приводу різних форм гострого панкреатиту з 2016 по 2017 рік. Хворі були розподілені на дві рівні групи: 1-ша група (основна) — у знеболюванні під час традиційної схеми лікування застосовувалась продовжена епідуральна блокада на рівні Th8 –Th9 ; 2-га група (контрольна) — у знеболюванні продовжена епідуральна блокада не застосовувалась у зв'язку з наявністю проти-показань до катетеризації епідурального простору або відмови хворого від її виконання.

Результати дослідження. В результаті проведеного дослідження виявлено, що застосування епідуральної блокади потребує обов'язкового динамічного контролю гемодинамічних показників через прояви розгорнутої картини системної запальної відповіді та підвищений ризик розвитку гіпотензії у відповідь на введення розчинів місцевих анестетиків в епідуральний простір у

1-шу добу інтенсивної терапії. Епідуральне знеболювання сприяло більш швидкій нормалізації показників альфа-амілази крові, амілази сечі та загального білка у хворих основної групи. Моторно-евакуаторна функція кишечника була імовірно швидше відновлена у хворих з використанням епідуральної блокади. Терміни перебування на стаціонарному лікуванні відрізнялись у двох групах і становили  $31,66 \pm 2,91$  ліжко-дня та  $36,73 \pm 3,26$  ліжко-дня відповідно.

Висновки. Таким чином, застосування продовженої епідуральної блокади на ранніх термінах комплексної ІТ гострого панкреатиту позитивно впливає на усунення симпатичних впливів і больових відчуттів, нормалізацію моторно-евакуаторної функції кишечника та м'язового спазму, суттєво скорочує перебування хворих на лікуванні.

## **РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДРЕНУВАННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ**

*Растовецький О.Л.*

**Науковий керівник: проф. Дудченко М.О., ас. Іващенко Д.М.**

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність: Гострий холангіт (ГХ) є частою причиною ускладнень жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Розвиток цього стану значно погіршує прогноз лікування хворого за рахунок можливості розвитку біліарного сепсису, який в свою чергу може викликати гостру печінкову або ниркову недостатність, зумовлюючи високий відсоток ймовірної летальності (12 – 25%) у даній категорії пацієнтів. Наразі існує багато методів лікування ГХ, такі як консервативне лікування з використанням емпіричної антибактеріальної терапії, виконання дренивання жовчних шляхів через дуоденоскопію, відкриті та лапароскопічні методи дренивання жовчних шляхів для їх декомпресії.

Мета: Покращення лікування пацієнтів з гострим холангітом шляхом використання лапароскопічного дренивання жовчних шляхів та послідувочої таргетної антибактеріальної терапії, зважаючи на антибіотикограму посіву жовчі.

Методи: У дослідженні взяли участь 24 пацієнти з клінічними проявами гострого холангіту які були поділені на 2 групи: у 1-й групі (12 хворих) усім було виконане лапароскопічне втручання, одним із етапом якого було зовнішнє дренивання холедоуху. Хворі 2-ї групи (12 пацієнтів) – ретроспективний аналіз випадків, які були проліковані консервативно з призначенням емпіричної антибактеріальної, протизапальної, дезінтоксикаційної терапії. Оцінювали тривалість гіпертермічного синдрому, больового синдрому, тривалості стаціонарного лікування. Пацієнтам 1-ї групи виконували мікробіологічне дослідження жовчі, згідно якого на 3-ю добу змінювали антибіотикотерапію за результатами чутливості до антибіотиків.

Результати: Оцінюючи результати мікробіологічного посіву жовчі у хворих на гострий холангіт, встановлено що ведучими мікроорганізмами, що грали роль у запаленні були ешерихії (49%), ентерококи (14%), клостридії (12%), стрептококи (11%), клебсієли (9%), протей (5%). При цьому доля монокультур склала 25%, у інших 75% пацієнтів були представлені бактеріальні асоціації. На основі аналізу чутливості до антибіотиків за методом дисків, на 3-ю добу коригували антибактеріальну терапію.

За результатами дослідження встановлено, що гіпертермічний синдром у 1-ї групи після проведення лапароскопічного зовнішнього дренивання жовчовивідних шляхів склав  $5,8 \pm 0,8$  днів, в порівняння з 2-ю групою ( $6,7 \pm 0,6$  діб). Тривалість больового синдрому у пацієнтів 1-ї групи була меншою на 38% ніж у пацієнтів 2-ї групи, навіть незважаючи на оперативне лікування, а загальний термін стаціонарного лікування знизився з  $12 \pm 2,2$  діб у 2-й групі до  $8,5 \pm 1,3$  доби у 1-й групі.

Висновки: Лапароскопічне дренивання жовчовивідних шляхів у пацієнтів з гострим холангітом є дієвим методом покращення прогнозу перебігу захворювання, зменшення вираженості клінічних проявів хвороби, дає змогу використовувати більш раціональну цільову антибіотикотерапію та має бути рекомендованим методом при наявності даної патології.

## **МЕНЕДЖМЕНТ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ: ФОКУС НА НПЗП**

*Рибальченко Є.В., Савуляк Т.М.*

**Науковий керівник: доц. Бабаніна М.Ю.**

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

НПЗП є одними з найбільш часто призначуваними ліками в світі. Більше 30 млн осіб щодня приймають НПЗП, причому 40% цих пацієнтів мають вік старше 60 років. Тривалий прийом НПЗП призводить до виникнення цілого ряду побічних ефектів, насамперед з боку шлунково-кишкового тракту. Тому питання вибору найбільш ефективного та безпечного НПЗП має неабияку актуальність. У ревматологічній практиці НПЗП залишається важливим класом лікарських засобів, які призначаються всім пацієнтам із запальним та больовим синдромом при патології суглобів та хребта, що безпосередньо впливає на якість життя пацієнтів.

Мета дослідження: дослідити ефективність та безпечність застосування нестероїдних протизапальних препаратів при ревматологічних захворюваннях із коморбідністю.

Був проведений огляд літературних джерел, проаналізовано 30 історій хвороб пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ревматологічному центрі ПОКЛ, з наступними діагнозами: остеоартрит, ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондилоартрит, псоріатичний артрит, реактивний артрит. Усі пацієнти мали супутні захворювання: ІХС, ГХ, ЦД II типу, ожиріння та отримували терапію НПЗП.

Для оцінки ефективності та безпечності лікування, перебігу супутніх захворювань, вираженості больового синдрому використовувались скарги пацієнта, дані загального огляду, показники WOMAC-індексу, Візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.

За результатами дослідження найбільшу ефективність виявили селективні інгібітори ЦОГ-2. При лікуванні анкілозуючого спондилоартриту найчастіше використовувалися селективні інгібітори ЦОГ-2 з фармакологічної групи коксибів (целекоксиб), що були найбільш ефективними при купіруванні больового синдрому, кількість побічних ефектів була мінімальна. А при лікуванні псоріатичного, ревматоїдного артрити, остеоартриту лікарями призначалися німесулід та препарат з проміжною селективністю – мелоксикам.

При застосуванні останніх частіше спостерігалися побічні дії з боку шлунково-кишкового тракту у вигляді болю та дискомфорту в епігастральній ділянці, відрижки, печії, нудоти; з боку серцево-судинної системи – набряки, прояви серцевої недостатності.

Таким чином, селективні інгібітори ЦОГ-2 показали найбільшу безпечність та значну ефективність при лікуванні ревматологічних хворих із коморбідною патологією.

## **МЕТОДИ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА У ДІТЕЙ**

*Рибачук В.О.*

**Науковий керівник: доц. Гриценко Є.М.**

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією  
Полтавський державний медичний університет

Черепно-мозкова травма – стан, що виникає внаслідок механічного ушкодження головного мозку, його оболонок, судин, кісток черепа і зовнішніх покривів голови. До тяжкої черепно-мозкової травми відносять забиття та стиснення головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

Метою дослідження є питання вибору матеріалу для закриття кранію - та краніофасціальних дефектів при тяжкій черепно-мозковій травмі.

Проведено ретроспективний аналіз виконання краніопластики у дітей черепно-мозковою травмою. Краніопластика виконана 18 хлопчикам та 12 дівчаткам у віці від 10 місяців до 15 років. Дефекти кісток черепа виникли внаслідок переломів (вдавлених-12, уламкових-8), трепанацій з приводу внутрішньочерепних гематом (10). Найчастіше при операціях (10), що не супроводжувалися тяжким пошкодженням мозку, закриття дефекту було одномоментним і полягало в усуненні вдавленого перелому або імплантації кісткового клаптя отриманого при трепанації на місце. Пізню краніопластику використовували в 20 випадках у дітей оперованих з приводу травм з тяжким пошкодженням мозку. При виборі матеріалу для пластики перевага надавалася аутокістці, але її використання обмежене при дрібноуламчастих переломах, інфікуванні уламків, а також при лізисі кісткової пластини. У 5 дітей кісткові клапті, отримані при пластичній трепанації, зберігали розташовуючи під шкірою в лівій здухвинній ділянці з проведенням краніопластики через 4-7 міс. В 2 випадках проведено металокраніопластику титановими пластинами типу «Ажур». В 5 випадках використовували стандартні титанові пластини. У 8 дітей з кістковим дефектом великої площі за даними спіральної комп'ютерної томографії була виконана стереолітографічна модель та проведено краніопластику індивідуальним титановим експлантантом компанії «Ім-планТек» (м. Київ).

Вибір способу, матеріалу та терміну виконання краніопластики є індивідуальним і залежить від характеру патології, віку дитини, розмірів кісткового дефекту. При пізній краніопластичній перспективним є використання індивідуальних титанових конструкцій.

## **ОБТЯЖЕНИЙ АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАГРОЗЛИВОГО АБОРТУ**

*Саула Н.О., Шаповал Р.С., Шевчук У.В., Прищепя С.В.*

**Науковий керівник: доц. Тарановська О.О.**

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність – серед причин переривання вагітності в першому триместрі провідну роль грають абсолютна або відносна недостатність прогестерона, а також запальне або посттравматичне ураження рецепторного апарата ендометрія, що обумовлює неповноцінність секреторної трансформації ендометрія, нідації плідного яйця та інвазії трофобласта.

Мета дослідження – встановлення критичних термінів вагітності та виявлення особливостей клінічного перебігу самовільного загрозливого викидня в залежності від особливостей акушерського анамнезу.

Матеріали та методи дослідження – був проведений аналіз 120 історій хвороб вагітних жінок у віці 20-40 років (середній вік 26,7 роки), що отримували лікування загрозливого викидня у першому та другому триместрах вагітності в гінекологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім.М.В.Скляфосовського ПОР» у 2020-21 роках із сприятливим закінченням гестації. 33% жінок були першовагітними. 67% жінок мали в анамнезі вагітності: у 19% жінок в анамнезі були тільки аборти, у 22% - тільки пологи, у 26% - і пологи, і аборти. Усім вагітним проводилось лікування гестагенами та гемостатиками ( утрожестан по 200 мг двічі на добу та гемотран у дозі 4,5 грами на добу в три прийоми). Вагітні були виписані з стаціонару зі збереженою вагітністю.

Результати дослідження – 53% жінок поступали до лікарні в терміні вагітності 7-8 тижнів, що відповідає початку першої хвилі інвазії трофобласта. Близько третини поступлень (29%) відбулися в терміні вагітності 9-12 тижнів, що хронологічно співпадає з закінченням першої хвилі інвазії трофобласта. У першовагітних пік поступлень до стаціонару був відмічений у терміні 6-7 тижнів (в 41% випадків), 23% першовагітних були госпіталізовані в терміні 8 тижнів. Вагітні, що мали в анамнезі тільки пологи, найчастіше (28%) поступали у терміні вагітності 11-12 тижнів. Пацієнтки, які мали в анамнезі тільки аборти, були госпіталізовані приблизно з однаковою частотою в різні терміни вагітності. Тривалість кров'яних виділень із статевих шляхів коливалась від 2 до 10 діб, на тлі лікування у більшості випадків кров'яні виділення припинялись протягом 2-3 діб. Більш ніж у половині випадків (57%) загрозливий викидень перебігав на тлі запальних змін у піхві. Етіологічними факторами вагітності були: кишкова паличка, протей, Klebsiella, гриби роду Candida, ентерококи, стафілококи.

Висновки: Критичним терміном щодо виникнення загрози мимовільного викидня у першовагітних став термін 6-7 тижнів вагітності (початок першої хвилі інвазії трофобласта). Для жінок, які народжували, цей термін відповідає 11-12 тижням (закінчення першої хвилі інвазії трофобласта). Ризик самовільного викидня у жінок, які мали аборти в анамнезі, існує протягом усього першого триместра вагітності, що пов'язано з посттравматичним та інфекційним ураженням рецепторного апарата ендометрія.

## **ОЦІНКА РІВНЯ СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІСІЮ - АСТМА/ХОЗЛ ПЕРЕХРЕСТ**

*Солов'ян М.О., Темник Л.П., Філяшин О.І., Ханенко О.Г.,  
Бунецька А.В., Шуміло О.І.*

**Науковий керівник: доц.Настрога Т.В.**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

На сьогоднішній час, поширеність БА та ХОЗЛ продовжує неупинно зростати.

Мета дослідження. Визначити і оцінити рівень становлення засад здорового способу життя (ЗСЖ) у хворих з поєднаною патологією - АСТМА/ХОЗЛ перехрест (АХП) для оптимізації лікування і профілактики даної патології. Матеріали і методи дослідження. В дослідження включені 30 хворих на АХП, та 35 практично здорових осіб. Середній вік склав 43,8±1,9 р. Групи були співставні за віком та статтю. Діагноз АХП формували згідно з наказом МОЗ України №868 від 08.10.2013, та №555 від 27.06.2013р. Оцінка рівня становлення засад ЗСЖ кожного хворого на АХП проводилась за допомогою опитувальника Носова А.Г. «Сформованість компонентів здорового способу життя». Оцінювалась біоімпедансна характеристика складу.

Результати. При обстеженні за допомогою опитувальника Носова А.Г, визначений рівень становлення ЗСЖ. Так, у 32% хворих на АХП, відмічено об'єктно-пасивний (низький) рівень, тоді як в групі практично здорових цей показник був у 9% осіб; об'єктно-активний, тобто середній рівень становлення був у 58% хворих та 25% практично здорових; високий рівень суб'єктний - у 10% хворих, проти 63% здорових. Таким чином, у переважній більшості хворих на АХП- 58%, відмічався середній рівень становлення ЗСЖ, тоді як в групі практично здорових у переважній більшості респондентів - 63% відмічено високий рівень дотримання ЗСЖ. При вивченні біоімпедансного аналізу тіла у хворих на АХП, при порівнянні з групою практично здорових, відмічено суттєві розбіжності по: індексу маси тіла (ІМТ), відсотковому вмісту жиру. Так, ІМТ у хворих на АХП склав 29,9±1,02, проти 26,1±0,8 % у респондентів контрольної групи ( $p<0,05$ ); відсотковий вміст жиру у хворих на АХП становив 30,4 ± 1,1%, тоді як у контрольній групі він складав 26,5±0,9 % ( $p<0,05$ ). Отримані результати свідчать, що у хворих на АХП, вірогідно частіше спостерігаються метаболічні порушення (надмірна маса тіла), у порівнянні із групою практично здорових, що значно погіршує клінічний перебіг та прогноз АХП. При оцінюванні результатів скринінгового тестування на предмет виявлення відхилення від засад ЗСЖ, наявності факторів ризику і об'єктивних доказів дотримання ЗСЖ відмічено суттєві розбіжності ( $p<0,05$ ) між респондентами основної і контрольної групи за шкалою: 4.- Чи робите Ви ранкову зарядку?, що дозволяє стверджувати про вагомий вплив ранкової зарядки в профілактиці захворювань.

Висновки. Результати проведених досліджень дозволяють виявити порушення пацієнтами рекомендацій, щодо дотримання основних засад ЗСЖ, і розробити оптимізовано-індивідуалізований підхід з визначенням алгоритму дій та особистісної поведінки кожному хворому.



## **ВПЛИВ М-ХОЛІНОБЛОКАТОРІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ДГПЗ**

*Тарасенко В.О., Рогов В.В.*

**Наукові керівники: проф. Саричев Л.П., Савченко, Р.Б.**

Кафедра урології з судовою медициною

Полтавський державний медичний університет

Вступ. З 2010 р. до складу терапевтичних засобів при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) включені М-холіноблокатори, які суттєво покращили якість життя хворих (EAU 2010). При цьому, F. Jacquia et al. (2015) помітили у пацієнтів, які тривало приймали М-холіноблокатори збільшення кількості залишкової сечі (ЗС) та зниження урофлоуметричних показників.

Мета дослідження: вивчити вплив М-холіноблокаторів на розвиток декомпенсації сечового міхура при ДГПЗ.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження 381 хворого, які знаходились на стаціонарному лікуванні в урологічній клініці у 2018-2020 рр. з приводу ДГПЗ (вік  $67,49 \pm 5,95$  р.).

В стадії субкомпенсації СМ було 232 хворих (I-PSS –  $24,75 \pm 4,73$ ; ЗС –  $126,82 \pm 68,30$  мл;  $Q_{\max}$  –  $9,41 \pm 2,30$  мл/с), із них 18,5% впродовж  $9,4 \pm 3,2$  міс. отримували М-холіноблокатори високопотенційної комюлятивної дії, а 21,9% впродовж  $15,1 \pm 9,2$  міс. – М-холіноблокатори низькопотенційної комюлятивної антихолінергічної дії;

В стадії декомпенсації СМ було 149 хворих (I-PSS –  $34,3 \pm 1$ ; ЗС –  $884,3 \pm 363,9$  мл). Із них 20,81% впродовж  $21,6 \pm 9,1$  місяців отримували М-холіноблокатори високопотенційної комюлятивної дії, а 19,5% впродовж  $74,6 \pm 80,5$  місяців – М-холіноблокатори низькопотенційної комюлятивної антихолінергічної дії.

Результати. У пацієнтів із субкомпенсованим СМ, які отримували М-холіноблокатори, IPSS виявився на 24,9% нижчими ( $20,8 \pm 3,8$  та  $26,9 \pm 2,9$  відповідно,  $P < 0,001$ ), QoL – на 9,3% нижчими ( $3,9 \pm 0,6$  та  $4,3 \pm 0,7$  відповідно,  $P = 0,001$ ), кількість ЗС – на 57,8% більшою ( $165,8 \pm 90,1$  мл та  $105,1 \pm 49,4$  мл відповідно,  $P < 0,001$ ),  $Q_{\max}$  – на 17,8% меншою ( $8,3 \pm 2,4$  та  $10,1 \pm 2$  відповідно,  $P < 0,001$ ),  $Q_{\text{ave}}$  – на 19,4% меншою ( $2,5 \pm 1,6$  та  $3,1 \pm 0,9$  відповідно,  $P = 0,016$ ), ефективний об'єм сечовипускання – на 23,1% меншим ( $151,3 \pm 40,9$  та  $196,7 \pm 43,7$  відповідно,  $P < 0,001$ ).

У пацієнтів із декомпенсованим СМ, які отримували М-холіноблокатори, кількість ЗС виявилась на 81,1% більшою ( $1258,6 \pm 539,7$  мл та  $695,2 \pm 300,1$  мл відповідно,  $P < 0,001$ ), в той час, показники IPSS та QoL майже не відрізнялися.

Висновки. Тривалий прийом М-холіноблокаторів може бути додатковим фактором декомпенсації сечового міхура у хворих на ДГПЗ.

## **ПОРІВНЮВАЛЬНИЙ АНАЛІЗ УРАЖЕНЬ ЯЄЧНИКІВ ЕНДОМЕТРІОЇДНОГО ТА ІНШОГО ГЕНЕЗУ**

*Тернова Т.О., Денисенко А.А., Ковтун А.В., Пасюк А.В.*

**Науковий керівник: доц. Добровольська Л.М.**

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність: Ендометріоз - одне з самих розповсюджених захворювань серед жінок репродуктивного віку. Частота виявлення ендометріозу коливається у межах 7%-10%. У 70% випадків він є причиною хронічних тазових болів та у 30% обумовлює непліддя.

Мета дослідження: Зробити порівнювальний аналіз клінічних особливостей ендометріозу яєчників та враження яєчників іншого генезу.

Матеріали та методи дослідження: Для виконання поставленої задачі було проаналізовано 110 історій хвороб жінок з доброякісними новоутвореннями яєчників, що були прооперовані в гінекологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім.М.В.Скляфосовського ПОР» Першу групу обстежених склали жінки з ендометріозом яєчників (50 хворих). У другу групу увійшли жінки з кістами яєчників іншої етіології (60 хворих). Середній вік хворих першої групи склав 32,5 років, тоді як в другій групі цей показник відповідав 27,8 рокам.

Результати дослідження: При аналізі акушерсько-гінекологічного анамнезу виявлено: в групі хворих з враженням яєчників не ендометриоїдного генезу 62,5% жінок народжували 1-2 рази, 13,3% мали в анамнезі 3 та більше пологів, у 53,6% в анамнезі було 1-2 аборти, у 34,2% - 3 аборти та більше. В анамнезі у 11,2% пацієнток відмічено первинне непліддя, у 12,4% – вторинне непліддя, у 32,8% жінок - самовільні аборти. В групі хворих з враженням яєчників ендометриоїдного характеру 41,5% жінок народжували 1-2 рази, 9,3% - мали 3 та більше пологів, у 52,6% було 1-2 аборта, у 42,2% - 3 аборта та більше. В анамнезі у 21,2% пацієнток відмічено первинне непліддя, у 28,4% – вторинне непліддя, у 42,8% жінок - самовільні аборти.

При аналізі соматичного анамнезу виявлено: в групі хворих з враженням яєчників не ендометриоїдного характеру у 18,7% були наявні захворювання молочної залози, у 11,3% - обмінні ендокринні порушення, у 36,7% - нейроциркуляторна дистонія, у 12,3% - варикозна хвороба, у 13,2% - захворювання нирок та сечовивідних шляхів, у 28,4% - часті простудні захворювання. В групі хворих з враженням яєчників ендометріозом - у 24,5% мали місце захворювання молочної залози, у 22,4% - обмінні ендокринні порушення, у 47,2% - нейроциркуляторна дистонія, у 21,7 - варикозна хвороба, у 13,2% - захворювання нирок та сечовивідних шляхів, у 36,4% - часті простудні захворювання.

При надходженні до стаціонару 89,7% хворих на ендометріоз жінок скаржились на виражені болі в ділянці малого тазу та порушення менструального циклу. В другій групі такі скарги пред'являли лише 38,2% жінок. У 47,6% хворих на ендометріоз відмічалось погіршення загального стану, слабкість, зниження працездатності, вегетативні розлади, депресія. В групі порівняння така симптоматика відмічалась лише у 12,1% жінок.

Висновок: Ендометріоз яєчників клінічно проявляє себе частіше у жінок після 30 років, негативно впливає на репродуктивну функцію, суттєво погіршує якість життя жінок. Тому своєчасна його профілактика, діагностика та лікування дозволять значно знизити ті негативні наслідки, які несе за собою ця хвороба.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБУ ВАЛАЦИКЛОВІРУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ**

*Тітенко В.С.*

**Науковий керівник: доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Генітальний герпес (ГГ) - це довічна інфекція, яка призводить до виникнення болючих і рецидивуючих уражень геніталій, системних ускладнень, значних психоемоційних проблем, яка характеризується проявами печіння, набряклістю, свербжею а в подальшому появою бульбашок та ерозії, покриті твердою кіркою.

Мета: провести аналіз, оцінити ефективність та побічну дію препарату валацикловіру (Вальтрекс) у комплексній терапії у лікуванні генітального герпесу у пацієнтів.

В ході дослідження було сформовано групу 25 хворих, яка отримувала етіотропну противірусну терапію препаратом Вальтрексом. Етіотропна терапія препаратом Вальтрекс проводилась усім хворим тривалістю до 21 дня по 500 мг два рази на день. Поряд з етіотропною терапією хворим призначались гепатопротектори. На 14-й день етіотропної терапії у хворих спостерігалась наступна динаміка клінічних проявів: у 16 (64%) хворих зникли міхурцеві висипання, у 8 (32%) - виразки епітелізувались, у 12 (48%) зник свербіж. Припинилися виділення з уретри у 7(28%) хворих. Неврологічні болі утримувались у 2 (8%) хворих, але інтенсивність їх значно зменшилась. У 9 (36%) хворих значно зменшились болі в м'язах і у 4 (16%) - в суглобах, дизуричні явища утримувались у 2 (8%) хворих. У 9 (36%) хворих значно зменшились лімфатичні вузли.

На 21-й день прийому етіотропної терапії клінічні прояви мали позитивну динаміку: 24 (96%) хворих, у той же час у 1 (4%) - утримувались клінічні прояви. У 1 (4%) хворого утримувались болі у м'язах і невралгія сідничного нерва, незначне збільшення пахових лімфовузлів.

На 21-й день результат специфічного ПЛА у хворих був від'ємний при вихідному позитивному у всіх хворих. Рівень специфічного IgM був у межах норми 19 (90,5%) хворих. Рівень IgG під час лікування суттєво не змінювався.

Була проведена оцінка побічної дії препарату. На 14-й день прийому Вальтрекс скарг зі сторони інших систем не спостерігалось. На 21-й день змін зі сторони систем не виявлено. Погану переносимість валацикловіру в серед хворих не було відмічено. Побічних дій з боку інших систем не спостерігалось.

Аналіз проведених досліджень показав клінічну ефективність валацикловіру (Вальтрекс). Ефективність дії на підставі результатів ПЛА становила 100%, а за даними ІФА (нормалізація підвищеного рівня специфічного IgM) - 90,5%.

## ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Тулянцева Є.О.

**Науковий керівник: проф. Величко В.І.**

Кафедра сімейної медицини

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) все частіше називають неінфекційною епідемією XXI ст. Оскільки це хронічне захворювання, воно вимагає тривалої, довічної терапії з необхідністю постійного прийому медичних препаратів та зміни способу життя, що включає раціональне харчування, адекватну фізичну активність та проведення самоконтролю глікемії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я неналежне виконання пацієнтом лікарських рекомендацій, є серйозною медичною проблемою, що погіршує перебіг захворювання, підвищує частоту ускладнень, кількість госпіталізацій та фінансових витрат на лікування пацієнтів.

Мета. Вивчити прихильність до лікування пацієнтів з ЦД2.

Методи дослідження. Дослідження проводилось на базі Одеської клінічної лікарні на залізничному транспорті. Нами було проведено обстеження 25 пацієнтів (13 чоловіків і 12 жінок) середнім віком  $57,84 \pm 5,06$  років. Середня тривалість захворювання на ЦД2 складала  $8,72 \pm 2,94$  років (менш як 5 років - 12%; від 5-10 років - 60%, більше ніж 10 років - 28%). Середній рівень глюкози крові натще склав 7,4 ммоль/л. Середній показник ІМТ 31,4, що відповідає ожирінню I ступеня. Пацієнти отримували наступне лікування: цукрознижуючі препарати - 84%, інсулінотерапію - 4%, комбінацію (цукрознижуючі препарати + інсулін) - 12%. Прихильністю до лікування хворих на ЦД2 оцінювалася за допомогою шкали Моріскі-Гріна (4-question scale Morisky-Green), яка складається з 4 пунктів, що стосуються ставлення пацієнта до прийому препаратів. Кожен пункт оцінюється за принципом "Так-Ні". Відповідь "Так" оцінюється в 0 балів, а відповідь "Ні" в 1 бал. Прихильними вважаються пацієнти, які набрали 4 бали, недостатньо прихильними – 3 бали, неприхильні до лікування пацієнти, які набрали 2 бали і менше.

Основні результати. При аналізі результатів було встановлено, що прихильними до лікування (4 бали) були лише 8 (32%) з 25 пацієнтів, з них 3 чоловіків та 5 жінок; недостатньо прихильними (3 бали) – 5 (20%), з них 2 чоловіків, 3 жінок; та неприхильними до лікування (2 бали та менше) – 12 (48%), з них 8 чоловіків, 4 жінки. Середній бал за 4-бальною шкалою склав 1,96, що свідчить про низьку прихильності до лікування. Порівнюючи гендерні відмінності в прихильності до лікування було виявлено, що чоловіки більш схильні забувати приймати препарати або пропускати прийом препаратів при зміні самопочуття в порівнянні з жінками. Середній бал для чоловіків склав 1,38, для жінок – 2,58.

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження показали, що пацієнти з ЦД2 мають низьку прихильність до лікування. Найгірша прихильність у чоловіків в порівнянні з жінками. Необхідно проводити заходи щодо підвищення прихильності до лікування серед всіх пацієнтів з ЦД2, оскільки це покращує прогноз, знижує частоту ускладнень, кількість госпіталізацій та фінансових витрат на лікування пацієнтів.

## **РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ У ЖІНОК ПЕРИМЕНАПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ**

*Уграновська А.І.*

**Науковий керівник: доц. Васильєва К.В.**

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Вчення про екзему має багатовікову історію. За цей період неодноразово обговорювалися і аналізувалися різні аспекти етіології і патогенезу, що було підкріплено даними клінічних і лабораторних досліджень вітчизняних і зарубіжних вчених. Особливої актуальності набуває вплив статевих гормонів у жінок раннього перименопаузального віку, хворих на різні форми екземи. Дана когорта пацієнток відрізняється досить повільним регресом клінічних проявів мікробної екземи під впливом традиційної терапії, непереносимістю деяких антибіотиків, загостренням супутньої патології. Складні механізми гормональної перебудови супроводжуються імунним дисбалансом, вегетосудинною дистонією, нервово-психічними стресами. В таких пацієнток екзема набуває тривалого перебігу, з частими рецидивами, що знижує працездатність та якість життя.

Метою нашого дослідження є необхідність застосування гепатопротекторів з жовчогінним ефектом в комплексному лікуванні мікробної екземи у жінок перименопаузального віку.

Під нашим спостереженням знаходилось 26 жінок перименопаузального віку (від 50 до 60 років) хворих на мікробну екзему. Усім пацієнткам були зроблені загальноклінічні обстеження, біохімічні дослідження крові (прямий, непрямий білірубін, залишковий азот, креатинин та ін.), коагулограма, УЗД дослідження ШКТ та нирок, консультація гінеколога за загальноприйнятим протоколом.

За результатами УЗД дослідження у 22 (84,61%) пацієнток була виявлена патологія жовчного міхура, без утворення конкрементів, печінки, ознаки гастродуоденіту, у 12 – х (46,15%) пацієнток були ознаки хронічного пієло-нефриту та ще у 17 (65,38%) пацієнток спостерігалась супутня патологія органів травлення та сечовидільної системи.

Після консультації у гастроентеролога призначено препарат гепатопротектор урсодезоксихолева кислота (Урсофальк). Урсодезоксихолева кислота - жовчна кислота, яка зменшує вміст холестерину в жовчі. Препарат являє собою очищений сухий екстракт соку свіжого листа артишоку польового, має гіпохолестеренемічну, холеретичну, гепатопротекторну, антиоксидантну, дезінтоксикаційну та діуретичну дію. Нашим пацієнткам урсодезоксихолева кислота призначалась протягом 3 місяців по 1 капсулі (250мг) на ніч.

Спостерігалось швидке регресування клінічних проявів екземи та відповідно скорочення терміну стаціонарного лікування до 14 днів та подовження ремісії до 6 місяців.

Таким чином, гепатопротектори мають вагоме місце при комплексному лікуванні мікробної екземи у пацієнток з гормональною перебудовою організму.

# ДИНАМІКА ТВОРЧОСТІ ГЕНІАЛЬНИХ ХУДОЖНИКІВ ВІД ЕПОХИ РЕНЕСАНСУ ДО СУЧАСНОСТІ, ЯКІ МАЛИ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

*Федорова О.Ю.*

**Науковий керівник: проф. Животовська Л.В.**

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології  
Полтавський державний медичний університет

Темою для дискусії в психіатрії та філософії є питання геніальності. У різні часи судження про душевно хворих людей відрізнялись. В античний період «безумство» вважалось частиною мистецтва, Платон називав його третім видом одержимості та несамовитості. В Середньовіччі божевільних було прийнято поділяти на глибоко грішних і блаженних, до перших належали «буйні», до других – «спокійні». В часи Просвітництва головним був науковий підхід, геній не може бути безумним, але може стати ним, часто в наслідок тяжкої розумової праці. Саме тоді вперше піднялось питання щодо визначення поняття норми. Наразі світовою науковою спільнотою досліджується, чи може разом існувати геніальність і психічне захворювання.

В даній науковій роботі досліджується поєднання геніальності та божевілля, вплив психічного захворювання на творчу діяльність відомих митців. Об'єктом дослідження був творчий шлях семи художників від епохи Ренесансу до наших днів, які мали психічні розлади. Основним методом дослідження був біографічно-анамнестичний.

Ієронім Босх є представником Північного Відродження. Масштабність, масовість дієвих осіб, символізм в картинах, а також об'єднання їх в триптихи були характерні для художників того часу, але тут ми бачимо дещо зовсім інше. Масовість доходить до переповненості простору, не залишається буквально пустого місця, персонажі живуть різним життям, увага не прикута до однієї точки, з'являються фантастичні чудовиська, такі як риби з різними частинами людського тіла в них, так і створіння, вигляд яких пояснити важко. На фоні одних цілісних полотен митця інші сприймаються розщепленими. До них належать: «Святі відлюдники», «Віз сина», «Сад земних насолод», «Спокуса святого Антонія», «Страшний суд».

Франческо Бассано-молодший був сином та послідовником Якопо Бассано. Як стверджують сучасники, художник все життя страждав від приступів меланхолії, схильність до якої успадкував від своєї матері. Темами картин були пейзажі, написання ж портретів унікав, на відміну від батька та молодшого брата Леандро. Кольорова гамма була або монохромна тепла (цикл «Пори року» 1586р.), або контрастна холодна («Стриження вівць», «Літо» 1575р., «Христос в славі»). Контраст створювався за рахунок тіней, а не завдяки розмаїттю барв. Франческо Бассано-молодший покінчив життя самогубством, будучи не в силах пережити смерть батька.

Франсуа Лемуан - живописець епохи Рококо, переважно писав міфологію Античності. Член Королівської Академії, працював на замовлення Людовіка XV (розпис стелі палацу, портрет «Людовік XV дарує мир Європі»). В 1733р. став професором Академії. Цей рік виявився поворотним для художника, коли від поєднання фізичної перевтоми, інтриг з боку придворних та смерті коханої дружини, починає «втрачати розум». На картинах це відображається масштабною війною («Апофеоз Геркулеса»), боротьбою, де страх поєднується зі злістю. Історики стверджують, що художник страждав від

«параноїдальних приступів шизофренії». Через декілька годин після закінчення полотна «Час, який захищає Правду від Брехні та Заздрості» Франсуа Лемуан покінчив життя самогубством, заколовши себе 9 ударами кинджала.

Франсиско Гойя - іспанський художник і гравер епохи романтизму. Сучасники характеризували його як людину чистолюбну і конфліктну, інтригана, який прагнув здобути найвищу посаду при дворі. Він побоювався переслідувань з боку влади і церкви, що змушувало його часто переїжджати. В 1793р. Гойя захворів, вперше перенісши приступ лихоманки, внаслідок якої втратив слух, стала паралізованою права рука, виникли розлади мови та зору, були напливи галюцинацій. Якщо до приступу в його картинах переважали миролюбні сюжети, то після перенесеної хвороби в картинах з'являються фантастичні образи, страхітливі, містичні і міфологічні теми, з перевагою темних і холодних колірних відтінків. Гойя виявляв виражену підозрілість, конфліктність та демонстративну зневагу, важко пристосовувався до мінливих політичних обставин в країні, ізолюючись в ці моменти від суспільства. Чудовою ілюстрацією цього періоду є серія офортів «Капрічос», де кожна картина відтворює політичні, релігійні та соціальні устої тогочасного життя.

Річард Дадд – британський художник Новітнього часу, представник вікторіанського казкового живопису. Страждав на шизофренію і лікувався в лікарнях Бедлам та Бродмур. 1842р. під час подорожі по Греції та Близькому Сходу у нього стався приступ гострого психозу: голос в голові, який, здавалось належав Осирісу, наказав йому молитись і знищити всіх, у кого вселявся диявол. До хвороби творчість Дадда перегукувалась з творчістю інших художників, в ній була академічність, стиль та техніка («Пейзаж», «Портрет чоловіка», «Сцена з «Гамлету»). Картини почали змінюватись в 1841р. – з'явилась містика та об'єднуюча деталь - зображення завжди однаково танцюючих людей («Пак», «Спляча Титанія», «Прийдіть до мене жовті піски»), що суперечила раннім портретам та пейзажам. Пізніше додалась неповненькість простору та деталізація.

Михайло Олександрович Врубель – російський художник-символіст. Ще у віці 5-6 років з'явилась потреба в аутистичних захопленнях, весь свій час віддавав малюванню. В колі оточуючих тримався одноосібно, за що його називали «маленьким філософом». Був ейдетиком і у віці 10 років відтворював фреску Мікеланджело «Страшний суд», копію якої бачив лиш раз. З підліткового віку змінився в більш компанійську сторону, став вести богемний образ життя. Та хоч все і давалось легко, він міг не доводити деяких справ до кінця. Ілюстрацією цього служить нарис «Банкетуючі римляни», робота над яким йшла 2 роки. Наступним періодом був творчий підйом і виконання грандіозної роботи в Кирилівській церкві: самостійний її розпис та створення ікон, розробка 150 фігур для реставраційних робіт. Він змінився часом тяжких душевних мук з епізодами аутоагресивної поведінки – різав собі груди, щоб «зменшити страждання» за нерозділеним коханням. Єдина закінчена картина «Дівчинка на фоні персидського килима». Період 1890-1902 рр. відзначався серією картин «Демон». Врубель, який завжди був впевнений в собі, надалі стверджується вже в рамках маячення величі, отожднюючи себе з могутнім демоном, що страждає і бореться. У 1892 р. він заразився сифілісом, а в 1902р. процес розвинувся до сифілітичних галюцинозів. Малюнки, зроблені в стінах лікарні, були примітивні. В 1904р. настає ремісія і художник знову працює. Це період полотна «Троянда в склян-

ці», «Перлинна раковина», «Видіння пророка Ізекіля», «Азраїл» та незавершені «Після концерта» і «Портрет Брюсова». Впродовж життя Михайло Врубель страждав від приступів біполярного афективного розладу, а під кінець життя від деменції внаслідок нейросифіліса.

Яйої Кусама - сучасна японська художниця в стилі абстракціонізму та поп-арту. З дитинства страждає на шизофренію, в структурі якої зберігаються стійкі прості галюцинації та нав'язливі думки суїцидального змісту. Перший напад галюцинацій трапився у Яйої в десять років. Дівчинка розглядала скатертину в квіточку, і в якийсь момент їй здалося, що квіти почали поширюватися на всі поверхні предметів в кімнаті, на вікна та стіни. Пізніше вони перетворились на кружки. Ключова риса творчості – точки та кружки з фалічною символікою, об'єднані в одне велике зображення.

Таким чином, дискусія про існування одночасно психічної хвороби і геніальності продовжується, тому що кожне наступне визначення «геній» відмінне від попереднього, тобто це поняття динамічне, а геній ніколи не працював для минулого. В результаті аналізу творчості вищеописаних художників, можна визначити, що перед геніальним розумом хвороба безсила, а значить ці два поняття існують незалежно один від одного. Психічне захворювання впливає на діяльність митця, та попри це людина здатна до продуктивного та суспільно корисного самовираження.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРЧОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ТА ШКІРНИМИ ПРОЯВАМИ ХАРЧОВОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ**

*Филенко Д. М., Мельниченко М.І., Попов М.О., Польська К.Р.*

***Науковий керівник: проф. Крючко Т.О.***

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

У зв'язку зі збільшенням кількості алергічних реакцій на їжу та складними патогенетичними механізмами їх реалізації все більшої актуальності набувають проблеми діагностики харчової гіперчутливості (ХГЧ).

Мета – дослідити структуру харчової сенсибілізації у дітей з гастроінтестинальними та шкірними проявами харчової гіперчутливості.

Матеріали та методи дослідження. Для вивчення спектру харчової сенсибілізації було проведено шкірне алерготестування (прик-тести та скарифікаційні проби) у 64 дітей з гастроінтестинальними (1 група) та у 56 пацієнтів з шкірними (2 група) проявами харчової гіперчутливості. Симптоми гіперчутливості до харчових продуктів мали всі без виключення пацієнти серед обох досліджуваних груп, що підтверджено даними анкетування, тому, при відсутності протипоказань учасники дослідження підлягали постановці шкірних алергопроб за стандартними методиками.

Результати дослідження. Порівняльний аналіз результатів шкірного алерготестування у дітей 1-ї групи виявив, що спектр харчової сенсибілізації представлений харчовими алергенами, які статистично значимо перевищували аналогічні проби серед дітей з шкірними проявами ХГЧ. Так, серед пацієнтів 1-ї групи достовірно частіше реєструвалися позитивні шкірні тести на білок та жовток курячого яйця, що виявлялися у третини (37,5% та 34,4%) дітей проти 17,9% та 16,1% обстежених групи порівняння ( $p < 0,05$ );



молоко (48,4% проти 23,2%;  $\chi^2=7,13$ ;  $p=0,08$ ); рибу: короп – 29,7% проти 10,7% ( $\chi^2=5,42$ ;  $p=0,02$ ), минтай – 21,9% проти 7,1% ( $\chi^2=3,99$ ;  $p=0,046$ ) та бобові: арахіс – 45,3% проти 21,4% ( $\chi^2=6,55$ ;  $p<0,01$ ) й сою – 34,4% проти 23,2% однак, в останньому випадку, різниця не була статистично значимою і мала лише тенденцію до достовірності. Групу дітей з шкірними проявами ХГЧ відрізняла статистично значима частка позитивних реакцій при постановці шкірних проб зі злаковими алергенами, зокрема пшеничною крупкою – 48,2% проти 21,9 % дітей з гастроінтестинальними симптомами ХГЧ ( $\chi^2=8,08$ ;  $p=0,004$ ) та гречаною мукою – 33,9% проти 17,2% дітей 1-ї групи ( $\chi^2=3,82$ ;  $p<0,05$ ).

Висновок. Таким чином, аналіз частоти позитивних алергологічних шкірних тестів на харчові алергени в обстежених дітей 1-ї групи встановив пріоритетну роль у формуванні симптомів харчової гіперчутливості молока, яєць, бобових та риби, тоді як групу пацієнтів з шкірними проявами гіперчутливості відрізняла статистично вища сенсibiлізація до злакових культур.

## **ВНУТРІШНЬОУТРОБНЕ ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА: ДІАГНОСТИКА І ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ**

*Чамата К.Г., Гордієнко А.О., Роненко (Кальчева) К.В., Бражчик А.С.*

**Науковий керівник: проф. Ліхачов В.К.**

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність: У сучасному акушерстві велика увага приділяється проблемі внутрішньоутробного інфікування (ВУІ), оскільки внаслідок ВУІ виникає порушення розвитку плода та народження інфікованої дитини. В структурі перинатальної смертності ВУІ складає майже третину випадків.

Мета дослідження: Проаналізувати наслідки ВУІ щодо перебігу вагітності, пологів та стану немовлят, оцінити вплив ВУІ на стан плаценти, ефективність лікування ВУІ під час вагітності.

Матеріали та методи дослідження: Для виконання поставленої задачі нами було ретроспективно проаналізовано 100 історій вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок, пологи яких закінчилися народженням інфікованих немовлят. Жінки були розділені на 2 групи. Першу групу склали 63 вагітних (63%), які отримували під час вагітності антибактеріальне лікування відповідно виявленій флорі та чутливості збудників до антибіотиків. До другої групи увійшло 57 жінок (57%), які з різних причин відмовились від антибактеріальної терапії. З діагностичною метою використовувалося бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження, а також метод ПЛР, імуноферментний аналіз, ехографічне дослідження плода з доплерометрією.

Результати дослідження: При аналізі результатів дослідження виявлено: відповідно до даних бактеріоскопічного дослідження у всіх обстежених вагітних виявлено підвищена кількість лейкоцитів, кокова флора у 94%, грибова флора у 85% вагітних. При бактеріологічному дослідженні виявлено: анаеробні бактерії в діагностично значущій концентрації – у 72% вагітних, аеробні бактерії – у 28% вагітних. За даними ПЛР матеріалу з цервікального каналу у 43 вагітних виявлений ВПГ 1 та 2 типів, ЦМВ – у 12 вагітних, хламідії – у 19 обстежених. Антибактеріальне лікування в першій групі вагітних проводили відповідно до чутливості до антибіотиків. Для оцінювання ефек-

тивності лікування ми порівняли результати клінічного перебігу вагітності та пологів. У вагітних другої групи, які не отримували антибактеріальну терапію з приводу виявленої урогенітальної інфекції, в 12 випадках відбувся пізній самовільний аборт, у 6 випадках відбулись передчасні пологи; у 45 вагітних з другої групи розвинулась плацентарна недостатність, однак порушення кровоплину у судинах пуповини виникли тільки у 6 вагітних. У 61 жінки першої групи відбулись своєчасні пологи, тоді як у жінок другої групи пологи при доношеній вагітності відбулися лише у 22 вагітних. Середня вага плодів також суттєво різнилася між першою та другою групами: 3286 грамів та 2824 грамів відповідно.

Висновки:

1. Інфікування вагітної жінки є тригером високого ризику щодо внутрішньоутробного інфікування плода та матково-плацентарного комплексу.

2. Своєчасно призначена антибактеріальна терапія відповідно до виявленої мікрофлори та її чутливості до антибіотиків дозволяє суттєво знизити кількість ускладнень вагітності та пологів, а також частоту перинатальної патології.

## **СТАН ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА COVID-19**

*Шуляньська А.Г., Кириченко К.Є., Донченко В.О., Дорошенко О.О.,*

*Ількун Д.О., Солов'ян М.О.*

**Науковий керівник: доц. Кітура О.Є.**

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

В теперішній час COVID-19 не вважається патологією тільки органів дихання. Доведено, що потрапляючи в організм, вірус взаємодіє з певними рецепторами, яких більше всього в судинах легень, серця, нирках, кишківнику та інших органах. На думку багатьох авторів, ступінь тяжкості перенесеної інфекції COVID -19 впливає на ступінь вираженості симптомів вже після перенесеного захворювання.

Мета дослідження: оцінити стан органів травлення у пацієнтів, які перехворіли на COVID -19.

Методи дослідження: обстежено 25 пацієнтів віком 23-50 років (середній вік склав  $36,4 \pm 4,8$  роки), які перенесли інфекцію COVID -19. У 10 (40 %) пацієнтів діагностовано легкий перебіг захворювання, у 7 (28 %) – перебіг середньої тяжкості, у 8 (32 %) хворих – тяжкі прояви у вигляді пневмонії. У дослідження не включалися пацієнти з раніше діагностованою патологією органів травлення (кислотозалежні захворювання, хронічні дифузні захворювання печінки, неспецифічні запальні захворювання кишечника, синдром подразненого кишечника, хронічний панкреатит). Всім хворим було проведено загальноклінічні обстеження, копро грама, біохімічне дослідження крові з визначенням функціональних проб печінки (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЛФ, рівня білірубіну пофракційно), альфа-амілази, УЗД ОЧП, ФГДС. Всім хворим проводилося анкетування за допомогою опитувальника GSRS, який включає в себе 15 запитань, що визначають прояв гастроентерологічної патології у відповідності до градації ступеню проявів симптомів. Відповіді на поставлені запитання дозволяють виявити основні синдроми враження органів трав-

лення. Статистичний аналіз отриманих результатів проводився з використанням програми "Microsoft Excel".

Основні результати дослідження: встановлено, що у 6 (24 %) пацієнтів спостерігаються ознаки цитолітичного та холестатичного синдромів, які виникли під час госпіталізації та продовжували зберігатися в період відновлення. Практично у всіх пацієнтів після перенесеної коронавірусної інфекції виявлено ознаки шлункової та кишкової диспепсії: у 12 (48 %) – пацієнтів виявлено диспептичний синдром, у 8 (32 %) пацієнтів – діарейний синдром, у 5 (20 %) – рефлюксний синдром, у 3 (12 %) – констипаційний синдром. За даними ФГДС у 6 (24 %) пацієнтів виявлено ерозивно-виразкове враження шлунково-кишкового тракту, який супроводжувався синдромом абдомінального болю у 4 (16 %).

Висновки: у пацієнтів, які перенесли COVID -19 спостерігаються органічні та функціональні зміни зі сторони органів травлення, що, на думку деяких авторів пов'язано з прийомом лікарських засобів (протизапальної, антибактеріальної, противірусної терапії) та прямим цитопатичним ураженням вірусом SARS-CoV-2, а також розвитком гіперімунної відповіді при COVID-19.

## СЕКЦІЯ «СТОМАТОЛОГІЯ»

### НОВИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЛИБОКОГО КАРІЕСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

*Бенні А.Ю., Коваль Д.О., Кодіров Улугбек, Петренко А.В.,  
Дорошенко О.В.*

**Науковий керівник: доц. Поліщук Т.В.**

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Карієс є одним із найпоширеніших захворювань ротової порожнини, тому є однією із основних проблем сучасної стоматології та медицини. Згідно офіційних статистичних даних Всесвітньої організації охорони здоров'я, карієсом зубів уражено понад 90 % населення земної кулі. Важливі проблеми карієсу обумовлена ще й тим, що при несвоєчасному його лікуванні можуть розвиватися різні одонтогенні ускладнення. Загальноновизнаним механізмом виникнення карієсу є прогресуюча демінералізація твердих тканин зубів під дією органічних кислот.

Метою нашого дослідження є розробити лікувально-профілактичний комплекс для оптимізації ефективності лікування гострого глибокого карієсу постійних зубів у дітей під час композитних реставрацій зубів, який забезпечує підвищення ефекту профілактики вторинного карієсу за рахунок продовження строку служби реставрацій.

Об'єкти та методи дослідження. В дослідження були включені діти із декомпенсованою формою карієсу за наявності гострого глибокого карієсу постійних зубів. Ефективність розробленого профілактичного комплексу досліджували за показниками гігієнічного стану порожнини рота, динаміки інтенсивності карієсу.

Основні результати. Поставлену задачу вирішували шляхом використання лікувально-профілактичного комплексу під час терапевтичного лікування гострого глибокого карієсу постійних зубів. Запропонований спосіб профілактики карієсу постійних зубів у дітей здійснювали наступним чином: проводили професійну гігієну ротової порожнини та навчання дітей правил індивідуальної гігієни порожнини рота. Після препарування глибокої каріозної порожнини та медичної обробки проводили глибоке фторування емалі із дентином фторумісним засобом «Глуфторед» (ВладМиВа), який наносили одноразово у такій послідовності: на висушену каріозну порожнину наносили суспензію гідрооксиду кальцію (для захисту пульпи), потім через 1 хвилину висушували та обробляли рідиною, через 1 хвилину просушували та знову обробляли суспензією. Потім накладали ізолюючу прокладку та пломбували каріозну порожнину фотополімерним матеріалом. Для підвищення функціональної резистентності емалі застосовували апікації стоматологічного крему «Tooth Mousse» (GC): ввечері, після чищення зубів, горішину препарату ватною паличкою або сухим чистим пальцем наносили на зубний ряд верхньої та нижньої щелеп та розподіляли по всім зубам. Крем утримували у порожнині рота 2-3 хвилини, потім спльовували. Порожнину рота не

ополіскували, рекомендували 2 години утриматися від прийому їжі та напоїв. Для індивідуальної гігієни ротової порожнини рекомендовано використання зубної пасти «Активний кальцій» (R.O.C.S.) 2 рази на день, вранці та ввечері.

Курс лікувально-профілактичних заходів складає 1 місяць, який повторюють 2 рази на рік. Метод, що пропонується, має перевагу у використанні для дітей, його профілактичній направленості, клінічній ефективності після використання, відсутності побічних ефектів, має тривалу клінічну ремісію. Через один рік, після 2-х курсів застосування профілактичного комплексу у пацієнтів інтенсивність каріозного процесу не збільшилася за індексом КПВп, пломби відповідали усім вимогам, індекс Green-Vermillion знизився з 2,4 до 0,6, що свідчить про хороший гігієнічний стан порожнини рота. ТЕР склав 3 бали, що вказує на високу стійкість зубів до карієсу.

Все вищезазначене дозволяє зробити висновок про ефективність запропонованого способу та рекомендувати його для впровадження у клінічну медицину.

## **СТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

*Боевцев К.С., Бураков Є.В., Михайлов Б.О., Павлов А.П., Стасів С.О.*

**Науковий керівник: доц. Максименко А.І.**

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Цукровий діабет (ЦД) I типу (інсулінозалежний) найчастіше спостерігається у дітей та підлітків та виникає внаслідок аутоімунного руйнування  $\beta$ -клітин в підшлунковій залозі. В результаті чого зменшується кількість секретції інсуліну та підвищення рівня глюкози в крові. Метаболічні зміни, такі як ксеростомія і підвищення рівня глюкози в слині, може призвести до високої поширеності стоматологічних захворювань у дітей з цукровим діабетом.

Мета дослідження. Визначити структуру стоматологічної захворюваності у дітей, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет.

Матеріали та методи дослідження. Проведено стоматологічне обстеження 62 дітей в віці 12-16 років на базі ДПВ № 3 КП «ДМКЛ ПМР». Діти були розділені на 2 клінічні групи, а саме 31 дитина із цукровим діабетом I типу, важка форма, стадія субкомпенсації вуглеводного обміну та 31 особа без супутньої патології. У всіх обстежених визначали поширеність та інтенсивність карієсу (за індексами КПВз), оцінювали стан тканин пародонту (РМА), слизової оболонки порожнини рота та червоної облямівки губ. Рівень гігієни порожнини рота визначали за індексом Гріна-Верміліона (ОHI-S). Статистичну обробку результатів дослідження здійснювали за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз проведеного дослідження свідчить про значну перевагу проявів захворювань тканин пародонту і СОПР у дітей з цукровим діабетом. Так, у 23 підлітків (74,2%) з першої групи був діагностований хронічний генералізований катаральний гінгівіт різних ступенів тяжкості, в другій групі – у 10 осіб (32,3%). У 18 пацієнтів (58,1%) з цукровим діабетом спостерігали набряклість, пастозність, анемічність СОПР, відбитки зубів на бічній поверхні язика та щоках. Всі діти з цук-

ровим діабетом скаржились на періодичну сухість та терпкість в порожнині рота, подібних скарг у практично здорових дітей не виявлено.

Рівень поширеності карієсу був високим, як серед дітей з ЦД (93,5%) так і в групі практично здорових дітей (83,9%). Інтенсивність карієсу у дітей з ЦД була вищою ( $2,7 \pm 1,5$ ), ніж у дітей без супутньої патології ( $1,9 \pm 1,6$ ).

Аналіз гігієнічного стану порожнини рота дозволив зробити висновок про відсутність відмінностей у рівні гігієнічного стану порожнини рота, як усередині групи пацієнтів з ЦД (ОHI-S= $1,7 \pm 0,4$ ), так і при порівнянні з практично здоровими дітьми (ОHI-S= $1,9 \pm 0,3$ ).

Висновки. У дітей, хворих на цукровий діабет у порівнянні з дітьми без такої патології визначені зміни в порожнині рота, які полягають у високому рівні поширеності та інтенсивності запалення тканин пародонту та вищій інтенсивності каріозного процесу.

## **ПСИХОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ**

*Бугрим К.Р.*

**Науковий керівник: доц. Бережна О. Е.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Дитяча стоматологія – це окремий особливий напрямок серед усіх розділів стоматології. Маленькі пацієнти вимагають до себе особливої уваги та підходу.

Метою нашої роботи було показати важливість структури дитячого прийому, особливості методики і психологічні аспекти.

Організація дитячого стоматологічного прийому викликає низку труднощів, пов'язаних з поведінкою дітей та їх батьків. Для досягнення успіху лікар-стоматолог повинен мати основи знань вікової та сімейної психології, володіти різними технологіями управління поведінкою дітей в процесі проведення кожної стоматологічної маніпуляції.

Зазвичай діти дуже бояться першої зустрічі з лікарем-стоматологом, тому наша мета зробити для них найбільш сприятливі умови, в яких вони зможуть проявити нам свою довіру. Кожна дитина – це окрема особистість зі своїми інтересами та захопленнями, до якої ми повинні знайти підхід. Це важливо, тому що перший негативний досвід лікування може принести в майбутньому багато проблем. Але не варто забувати і про їхніх батьків, яким треба пояснити важливість своєчасного лікування тимчасових зубів і регулярних професійних оглядів.

## **АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЗУБІВ**

*Головач А.О., Короткіх А.О., Лобода Я.Р., Плахотя О.С.,  
Работа Є.В., Сошенко Ю.В., Сушич О.В., Кінтілій А.В.*

**Науковий керівник: доц. Коломієць С.В.**

Кафедра: післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Основною причиною аномалій зубів визначають порушення механізму закладки зубного зачатку. Серед зубо-щелепних аномалій гіпердонтія зустрічається у 2% пацієнтів, причому удвічі більше у чоловіків, ніж у жінок (2:1) та частіше розташована на верхній щелепі, ніж на нижній (8:1), виявляється випадково, діагностують надкомплектний сформований або недорозвинений 33 зуб. Виявленій зубо-щелепній аномалії не приділяють достатньої уваги.

Мета роботи – скласти практичні рекомендації для лікарів-інтернів по відношенню до пацієнтів з гіпердонтією.

Нами було обстежено 19 пацієнта з гіпердонтією у віці від 6 до 45 років. Після суб'єктивного та об'єктивного обстеження у пацієнтів встановлено діагноз гіпердонтія (рентгенологічне обстеження пацієнта проводилось за показаннями – ОПТГ, КТ).

Клінічний випадок. На ортопантограммі у *пацієнта А., 45 років* виявлена гіпердонтія (надкомплектний ретенований та дистопований у щічний бік зуб за 18 комплектним зубом).

Хірургічне (видалення надкомплектного зуба під місцевим знеболюванням за показаннями). Хід операції: анестезія туберальна та піднебінна Sol. Ubistesini 4% 1.7 мл сформований та відшарований слизово-окисний клапоть, проведена остеоконтактномія зовнішньої кортикальної пластинки, видалений надкомплектний зуб, гемостаз. Шви. Дані рекомендації та призначене медикаментозне (антибактеріальне, протизапальне, пробіотичні препарати та ін.). Прогнозовані можливі ускладнення цієї патології.

Висновок: для профілактики виникнення зубо-щелепних аномалій та ускладнень гіпердонтії (косметичний дефект, порушення прикусу, кісти щелеп, травми слизової оболонки щоки, язика, піднебіння, неврогенні прояви, запальні процеси, тощо) у різних клінічних випадках необхідно:

- під час обстеження стоматологічних пацієнтів звертати увагу на хвороби прорізування зубів, в цих випадках потрібно виконувати пацієнтам рентгенологічне дослідження, КТ або ОПТГ;
- ознайомлення пацієнтів з наслідками гіпердонтії у разі відмови від подальшого лікування;
- обов'язкова консультація пацієнтів у лікаря-ортодонта;
- проведення оперативного втручання амбулаторно або стаціонарно, під седацією чи загальним знеболенням за показанням;
- контролювання виконання пацієнтом рекомендацій після операційного втручання;
- при лікуванні гіпердонтії деякі клінічні ситуації дозволяють змінити послідовність хірургічних та терапевтичних маніпуляцій;
- видалення надкомплектних зубів проводять для створення умов для росту та розвитку постійних зубів та корекції порушень прикусу, а та-

кож для ліквідації ускладнень, які з'являються у пацієнтів індивідуально при гіпердонтії у різних клінічних випадках;

- ознайомлення пацієнта з послідовністю лікування та можливістю ускладнень гіпердонтії у разі відмови від хірургічного лікування цієї патології, щоб запобігти прогресуванню зубо-щелепних аномалій та їх ускладнень.

## **ЕТАПИ ПАРОДОНТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАМІНЮЮТЬ КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ТЕРАПІЇ ПАРОДОНТИТУ**

*Дзюба А. Г., Іосенко В. О.*

**Наукові керівник: доц. Шинкевич В.І.,**

**доц. Удальцова-Гродзинська К.О.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

У 2017 році була презентована нова класифікація пародонтиту, що включає стадії та ступені захворювання, та має на меті пов'язати їх з підходами до профілактики та лікування. Враховуючи, що нинішня медицина ґрунтується на найкращих доказах, необхідно керуватись ними при прийнятті клінічних рішень щодо лікування пацієнтів із пародонтитом. Отже, існує потреба використовувати сучасні клінічні керівництва, обґрунтовані доказовими даними для лікування пародонтиту.

Порівняльний аналіз принципів української навчальної концепції лікування пародонтиту з клінічним практичним керівництвом, розробленим під егідою Європейської федерації періодонтології, згідно методології Асоціації наукових медичних товариств у Німеччині та GRADE (Система класифікації, оцінки, розробки й експертизи рекомендацій) показав глобально, що поетапний підхід до терапії, визнаний передовим, порівняно з комплексним.

Перший крок терапії для всіх пацієнтів спрямований на зміну поведінки шляхом мотивації пацієнта до успішного видалення над'ясенної зубної біоплівки та контролю факторів ризику. Другий етап терапії, також для всіх ступенів тяжкості, у зубах із пародонтальними кишнями, – це терапія, пов'язана з причиною захворювання, спрямована на контроль (зменшення/усунення) під'ясенної біоплівки та конкрементів. Третій етап спрямований на лікування тих ділянок, які не реагують адекватно на другий етап терапії (наявність кишень  $\geq 4$  мм з кровотечею при зондуванні або наявність глибоких пародонтальних кишень  $[\geq 6$  мм]), мета – отримання подальшого доступу для під'ясенної інструментальної обробки, або спрямованість на регенерацію чи резекцію тих змін, які ускладнюють лікування пародонтиту (внутрішньокісткові та фуракаційні ураження); лише на цьому етапі підключається пародонтальна хірургія, не зважаючи на наявність показань на перших візитах. Хірургічне лікування навіть протипоказане, якщо не дотримується високий рівень гігієни. Четвертий етап – підтримуюча пародонтологічна терапія спрямована на підтримку стабільності пародонта у всіх пацієнтів, поєднує профілактичні та терапевтичні втручання першого та другого етапів, разом з дотриманням рекомендованих режимів гігієни порожнини рота та здоровим способом життя. Отже, для до- та післядипломної освіти лікарів-



стоматологів корисно змінити концепцію комплексного на поетапний комплексний підхід до лікування пародонтиту.

## **МОТИВАЦІЯ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ**

*Жуковська-Шоломицька А.В.*

**Науковий керівник: Слобода М.Т.**

Кафедра ортодонції

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність теми. На сьогоднішній день провідним напрямком у дитячій стоматології є профілактика. Проблема догляду за порожниною рота у дітей, з урахуванням високої поширеності раннього карієсу та інших стоматологічних захворювань залишається актуальною. Не рідко причиною поганої гігієни порожнини рота у дітей є недостатня інформованість батьків про причини виникнення стоматологічних захворювань та методи догляду за порожниною рота. Одним із найважливіших етапів забезпечення ретельної та регулярної гігієни ротової порожнини, особливо у дітей є мотивація.

Метою дослідження було продемонструвати ефективність методів мотивації індивідуальної гігієни порожнини рота у дітей дошкільного віку.

Методи дослідження. Вивчення стоматологічного статусу та показників гігієни порожнини рота проводилося у 14 дітей віком 3-7 років, на кафедрі ортодонції Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Стан гігієни порожнини рота оцінювали за допомогою спрощеного індексу зубного нальоту O'Leary. Після обстеження всіх дітей навчали стандартному методу чищення зубів, проводили підбір засобів індивідуальної гігієни та запропонували додаткові методи мотивації: пісочний годинник, музичне відео, мобільний додаток, книжки про чищення зубів. Через 3 місяці проводили повторне обстеження.

Основні результати. У результаті проведених досліджень встановлено, що найпопулярнішими предметами мотивації для дітей стали музичне відео (57,14%) та пісочний годинник (50%). Дитячу книжку про чищення зубів обрали 35,71% батьків, а мобільний додаток - 14,29%. Частка батьків, котрі повідомили, що чистять зуби дітям двічі на день, значно зросла (з 21,43% до 78,57%). Спостерігалось покращення гігієни порожнини рота у всіх дітей після проведення гігієнічного навчання порівнянно з первинним обстеженням, що підтверджувалося показниками індексу зубного нальоту, середні значення якого знизилися з 44,23% до 12,5%.

Висновки. Додаткове використання сучасних мотиваційних методів гігієни підвищує інтерес дитини до чищення зубів та допомагає покращити гігієнічний стан ротової порожнини.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ОЦІНКИ ПОЛОЖЕННЯ НИЖНІХ РІЗЦІВ**

*Загоранська Н.С.*

**Науковий керівник: ас. Коробов П.С.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Полтавський державний медичний університет

Планування ортодонтичного лікування не проводиться без додаткових методів дослідження, антропометричних вимірів в тому числі. Цефалометричний аналіз телерентгенограм (ТРГ) дає можливість вивчити не тільки морфологічні особливості щелепно-лицевої ділянки, а й відрізнити патологію від анатомічних варіантів норми, встановити взаємозв'язок з іншими краніальними та гнатичними елементами. Оцінка позиції нижніх різців є ключовим фактором у складанні плану лікування для досягнення функціональної і естетичної складової ортодонтичного лікування.

Тому метою нашого дослідження було порівняти різні методи оцінки положення нижніх різців щодо показань до видалення при плануванні ортодонтичного лікування.

Матеріали і методи: було досліджено 20 ТРГ ортодонтичних пацієнтів з постійним прикусом та проведена порівняльна характеристика естетичних показників норми положення нижніх різців за методами Ricketts, Tweed, Steiner.

Ricketts оцінює позицію нижніх різців по відношенню до верхньої щелепи, визначаючи відстань від найбільш лабіальної точки коронки зуба до площини А-Рог. В нормі вона становить  $1 \pm 3$  мм.

Tweed дійшов висновку, що положення вісі нижніх різців відносно мандибулярної площини ML в нормі утворює кут ( $88 \pm 3^\circ$ ).

Steiner визначав кут інклінації між віссю нижнього різця та площиною NB, який в нормі становить  $25^\circ$ , а також враховує відстань від найбільш лабіальної точки коронки зуба до цієї площини, що в нормі становить 4 мм.

За результатами нашого дослідження встановлено, що варіабельність відхилень від норми за Ricketts становить від  $-4$  до 5 мм та виявлений у 5 пацієнтів (25%). За Tweed діапазон відхилень становив від  $-18^\circ$  до  $25^\circ$  та виявлений у 13 пацієнтів (65%). Порівнюючи кутовий параметр нахилу нижнього різця за Steiner, амплітуда відхилень становила від  $-14^\circ$  до  $10^\circ$  та виявлено у 8 пацієнтів (40%), а за лінійним параметром – від  $-4$  до 6 і виявлено у 6 пацієнтів (30%).

Тобто, оцінка норми за одним автором супроводжується значним відхиленням від норми за іншим, і навпаки. Це вказує на те, що при оцінці гармонійності положення нижніх різців відносно різних цефалометричних орієнтирів має взаємовиключні показники, і це пов'язано з різницею положення в межах варіабельності норми.

Висновок. Отже, повну і досконалу оцінку гармонійності положення нижніх центральних різців з використанням лише одного методу аналізу неможливо. Тому для повноцінного та якісного визначення плану лікування необхідно застосовувати різні методи виміру, порівнювати результати та визначати особливості складання плану лікування. Адже повніша і детальніша діагностика зробить результат лікування більш прогнозованим.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ЗНАЧИМОСТІ САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ДЕНТАЛЬНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ НАСЛІДКІВ**

*Зененко Ю.О., Стельмашук В.А.*

**Науковий керівник : ас. Веруга О.І.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність: Травматичні uszkodження зубів у дітей зустрічаються значно частіше, ніж у дорослих. Особливо у віковій групі 8-14 років, з піком в 10-13 років. У хлопців-підлітків денто-альвеолярна травма зустрічається в 30-40%, а в дівчат того ж віку в 20-30%.

Мета: Визначення рівня обізнаності населення стосовно травми зубів у дітей та її попередження (шляхом анкетування). Проведення профілактики із застосуванням методів санітарно-просвітницької роботи.

Об'єкт та методи дослідження: архівні матеріали, пацієнти з гострими травмами зубів, що звертались до КНП Дитячої стоматологічної поліклініки Чернігівської міської ради.

Результати дослідження: Результати опитування батьків підтверджують актуальність проблеми дентальної травми у дітей: близько половини (~42%) всіх опитаних перенесли травму зубів безпосередньо або були свідками такої травми у оточуючих. Проте у всіх опитаних груп населення дослідження продемонструвало низький рівень санітарних знань про дентальну травму, її профілактику та заходи невідкладної допомоги.

В ході дослідження були виявлені недостатньо високі показники інформованості про травму зубів з різних джерел: всього ~30% опитаних отримували інформацію такого характеру при цьому ставлять під сумнів якість представленої інформації та ступінь її засвоєння, так як в ході аналізу відповідей тільки декілька запитань мають найбільші відсотки вірних відповідей.

Все це говорить про надзвичайно високу потребу в розробці і проведенні організованої санітарно-просвітницької програми для населення.

82% опитаних згодні з тим, що персонал який працює з дітьми, повинен знати основи допомоги при травмі зубів. Ці цифри говорять про важливість вибору вчителів, тренерів і інших фахівців педагогічного профілю, як одну з основних цільових аудиторій для санітарно просвітницької роботи.

Спираючись на дані анкетування для покращення запам'ятовування та візуалізації інформації була розроблена листівка-біюлетень для батьків та дітей.

Висновки: У повсякденній практиці питання дентальних травм є досить актуальним і потребує певних знань та навичок для діагностування і лікування пацієнтів, а особливо швидкого реагування для надання невідкладної допомоги. Що в свою чергу спонукає лікарів до покращення та підвищення рівня своїх знань. Результати анкетування свідчать про необхідність проведення санітарно просвітницької роботи, як серед батьків та дітей, так і серед персоналу, що працює з дітьми.

## **ФІТОТЕРАПІЯ ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ**

*Зубенко М.В., Ткаченко В.В., Тащіріфов Ф.Х., Дегтярьова О.В.,  
Безбородов Д.І., Мовчан М.О*

**Науковий керівник: Шевченко В.К.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Всуп: Збільшений інтерес стоматологів до фітотерапії пояснюється тим, що рослинні препарати добре переносяться, в переважній більшості випадків побічні ефекти від застосування препаратів рослинного походження відсутні. Наявність в складі більшості рослинних препаратів біологічно активних речовин, мікроелементів дозволяє їх застосовувати для профілактики і лікування хвороб пародонта і слизової оболонки рота.

Фітопрепарати - це лікарські засоби, що отримуються виключно з рослинної сировини, трав, цілої рослини або його екстракту, представляють собою багатокомпонентні комплекси біологічно активних речовин. До лікарських рослин України належать 2219 видів. Найбільшу видову різноманітність лікарських рослин виявлено в лісостеповій зоні (1337 видів).

Корисні властивості лікарської рослини залежить від вмісту активних речовин, що мають лікувальний ефект. Кожна рослина має унікальний хімічний склад, і деякі рослини мають більше дієвих речовин у своєму листі, другі — у квітах, треті — у корі, кореневищах, а інші — в плодах та насінні.

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. Препарати різних рослин добре поєднуються між собою, часто посилюючи дію один одного (явище синергізму). Мабуть, тому багатокомпонентні 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 пародонта і слизову оболонку порожнини рота. Вдосконалили знання про взаємодію лікарських рослин із синтетичними медикаментозними препаратами. Дізналися про особливості збору, заготівлі, сушіння та зберігання рослинної сировини.

## **СВОЄЧАСНЕ ВИЯВЛЕННЯ ПАПІЛОМ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ**

*Кашкалда Ю. В., Білоус Д. Д., Саркісян О. Г., Зима В.В.*

**Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., ас. Хавалкіна Л.М.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Папіломи під час стоматологічного прийому зустрічаються досить часто. Папілома - це передракове захворювання. Досить довгий час пацієнт не звертає уваги на новоутворення, особливо, якщо це не впливає на естетичний вигляд. Небезпека полягає саме в цьому. Тому своєчасне звернення за медичною допомогою та вчасно розпочате лікування можуть

допомогти уникнути ряду небажаних наслідків і ускладнень, особливо, якщо звернути увагу на сучасну тенденцію до зростання випадків малігнізації та виникнення передракових станів.

Мета. Надати більш чітке уявлення про папіломи. Звернути увагу лікарів-стоматологів на важливість своєчасного виявлення та лікування папілом.

Папілома – це доброякісна пухлина, яка локалізується на слизовій оболонці порожнини рота (СОПР) у вигляді поодинокого утворення на ніжці з ворсинчастою поверхнею, інколи нагадує цвітну капусту. Папілома росте повільно, болу не викликає. Часто піддається травматизації, що викликає розвиток запалення (збільшується, стає болісною).

Папілома - епітеліальна пухлина, що підвищується над поверхнею СО, буває грибоподібної або округлої форми діаметром від 1-2 мм до 1 см і розташовується на ніжці або на широкій основі, блідо-рожевого кольору. При пальпації м'яка, безболісна. Зроговіла папілома має щільнішу консистенцію і білий колір. СО навколо папіломи може бути дещо гіперемованою.

Вони можуть розташовуватися на повіках, на грудях і під грудьми, на шиї, в роті, на губах, в пахвових западинах, на статевих органах.

Диференціювати папіломи потрібно з: фібромою шкіри, шкірним рогом, кератоакантомою, бородавчастою лейкоплакією, бородавчастим передраком, змішаною пухлиною.

Лікування переважно хірургічне (лазерне видалення папілом, кріодеструкція, електрокоагуляція, хімічна коагуляція, радіохірургія).

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів організовано обласний «Науково-практичний центр захворювань слизової оболонки порожнини рота», керівником якого є професор Скрипнікова Т.П. 80% пацієнтів, що звертаються до центру зі всієї області – консультативні. Відсоток пацієнтів, які звернулися безпосередньо із папіломами складає 20%, виявлених при огляді – 30%.

Висновки. Важливо, щоб пацієнти не займалися самолікуванням. Вони часто намагаються боротися з папіломами соком чистотілу, перев'язування ниткою і т.д. Небезпека таких методів лікування полягає в тому, що навіть незначна травма може призвести до малігнізації. Крім того, існує високий ризик інфікування, нагноення папіломи.

Тому, лікарю-стоматологу-терапевту необхідно доступно донести до пацієнта серйозність даної патології.

## **РОБОТА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В УМОВАХ АДАПТИВНОГО КАРАНТИНУ**

*Кисельова А.О., Ветрова О.О., Новікова А.Ю., Циба П.В.*

**Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., к.мед.н. Хавалкіна Л.М.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У зв'язку з складною епідеміологічною ситуацією у світі виникають певні труднощі в роботі лікаря -стоматолога. Враховуючи той факт, що на прийомі в умовах стоматологічної клініки відбувається тісний контакт між лікарем та пацієнтом, виділяється велика кількість механічних часточок та інфекційних агентів у вигляді аерозолі в оточуючий простір. Що має неабияке значення в розповсюдженні вірусної інфекції, саме це стало причи-

ною заборони роботи лікарів стоматологів на період карантину за винятком невідкладних ситуацій та загострень.

Ризик інфікування медичних працівників, в першу чергу, пов'язаний з: проведенням аерозольгенеруючих процедур (серцево-легенева реанімація, трахеостомія, бронхоскопія тощо); наданням медичної допомоги в умовах відділень інтенсивної терапії пацієнтів з COVID-19; роботою в приймальних відділеннях та на пунктах сортування; роботою в амбулаторних, поліклінічних та консультативно-діагностичних відділеннях закладів охорони здоров'я.

Метою роботи стало дослідження способів, методів захисту лікаря-стоматолога на повсякденному прийомі в умовах адаптивного карантину.

На щоденному прийомі кожен пацієнт має розглядатись як потенційно інфікований. Треба неухильно виконувати прості правила, які можуть попередити інфікування. Профілактичні заходи для запобігання поширення коронавірусної хвороби мають здійснюватися відповідно до стандартів медичної допомоги COVID-19. Усі працівники медичного закладу, що надає стоматологічну допомогу повинні проходити температурний скринінг перед початком роботи. Бажано використовувати безконтактні прилади вимірювання.

Прийом пацієнтів здійснюється виключно за попереднім записом з дотриманням часового інтервалу не менше 15 хвилин між відвідувачами та проведенням необхідного прибирання. Перебування в приміщенні сторонніх осіб та очікування своєї черги у закладі забороняється, за винятком одного з батьків, які супроводжують дитину або особу з інвалідністю.

На вході до закладу необхідно організувати місце для обробки рук пацієнтів спиртовмісним антисептиком з концентрацією понад 70% етилового спирту.

Коронавірусна хвороба віднесена до особливо небезпечних інфекційних хвороб, у зв'язку з чим працівники, які мають контакт з хворими, особами з підозрою, або працюють з біологічним матеріалом хворих, повинні бути забезпечені робочим одягом (не менше 3-х комплектів), захисним одягом та засобами індивідуального захисту одноразового чи багаторазового використання.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів з початку введення адаптивного карантину і по теперішній час жорстко виконуються вимоги наказу №722 від 28.03.2020 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу(COVID-19».

Для захисту очей лікарі-стоматологи використовують: захисні окуляри (закриті з непрямою вентиляцією, прозорі пластикові лінзи з покриттям від запотівання; ремінці, що регулюються, забезпечують міцне закріплення, стійкі до очищення та дезінфекції); захисний щиток/екран (повністю захищає обличчя, виготовлений із прозорого матеріалу, з конструкцією що забезпечує щільне прилягання до голови, стійкий до очищення та дезінфекції).

Захист органів дихання здійснюється за допомогою респіраторів (призначені для захисту від дрібнодисперсних аерозолів, максимальний захист від твердих та рідких аерозолів; виготовлені з нетканного фільтрувального матеріалу, оснащені носовим зажимом і обтуратором); медичних (хірургічних) масок (виготовлені з гіпоалергенного нетканного матеріалу, на резинках або зав'язках).

Захист рук обов'язковий. Використовують рукавички непудрені (без талку, нітрилові, еластичні, не містять латексу або натурального каучуку, для одноразового використання, універсальні).

Одноразові медичні маски повинні змінюватися кожні 2-3 години, тривалість використання респіраторів впродовж робочої зміни визначається рекомендаціями виробника. Маску (респіратор) необхідно замінити: якщо вона стала вологою; відбувся дотик до неї потенційно забрудненими руками; після виходу з брудної зони; відбулося потрапляння на маску (респіратор) будь-яких біологічних рідин.

Вироби багаторазового використання (захисні окуляри, захисний екран /щиток тощо.) знезаражують протиранням їх кожні 2 години з використанням спиртовмісних дезінфікуючих засобів, двократно, з інтервалом 15 хв.

У нових протоколах ведення стоматологічного прийому під час пандемії Американська та Австралійська асоціації стоматологів вимагають обов'язкове використання кофердаму, який знижує вміст інфікованої частини аерозольної хмари та її поширення на 70%.

Окрім системи кофердам, є обов'язковим застосування слиновідсмоктувача та стоматологічного пілососа. Ці засоби забезпечують мінімальне поширення інфікованої аерозольної хмари.

Під час роботи лікаря-стоматолога утворюється аерозольна хмара, яка містить контаміновані краплі слини та крові пацієнта. Лікар-стоматолог та асистент протягом всього стоматологічного лікування знаходяться у цій хмарі. Відповідно, це підвищує ризик їхнього інфікування.

Висновки. Отже, для безпеки персоналу лікувального закладу та відвідувачів важливо дотримуватися рекомендованих правил в спілкуванні з пацієнтами та в колективі. Щоб уберегти себе та своїх близьких, необхідно чітко виконувати відповідні рекомендації.

## **ПЕРЕБІГ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.**

*Кишинська О.І.*

**Науковий керівник: доц. Позур Н.З.**

Кафедра терапії і сімейної медицини ПО

Івано-Франківський національний медичний університет

На сьогоднішній день, коронавірусна хвороба є одним із найнебезпечніших факторів ризику, який призводить до дестабілізації, погіршення перебігу і смерті від серцево-судинних захворювань (ССЗ). (Наказ МОЗ України від 17.09.2020 р. № 2122 «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)». Є потреба про поглиблене вивчення патогенетичного зв'язку серцево-судинних захворювань та COVID-19. Патолофізіологічно, SARS - CoV-2 зв'язується з рецепторами ACE-2 для проникнення всередину клітини. ACE 2, які експресуються легенями, серцем та судинами, є ключовим членом PAAC та важливим у патогенезі ССЗ. Серцево-судинні захворювання асоційовані з COVID-19 внаслідок інфекції SARS - CoV-2 та інших коморбідностей (АГ). ССЗ можуть бути первинним феноменом при COVID-19, або розвиватися вторинно внаслідок гострого пошкодження легенів спричиненого серцевою недостатністю.

Метою дослідження став аналіз особливостей перебігу серцево-судинних захворювань у пацієнтів з коронавірусною хворобою COVID-19 на статистично значущій вибірці.

Нами було проведено обстеження 72 пацієнтів, госпіталізованих з пневмонією на фоні гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої SARS - CoV-2, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП “ЦМКЛ” Івано-Франківської міської ради. Діагноз COVID-19 було підтверджено відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та локальних протоколів діагностики та лікування COVID-19. Період спостереження тривав з 1 грудня 2020р. по 31 січня 2021р. Пацієнти перебували під спостереженням включно до 7 лютого 2021р.

В процесі дослідження були застосовані клінічні методи дослідження: збір анамнезу, збір епідеміологічного анамнезу, фізикальний огляд. Додаткові методи обстеження включали лабораторні дослідження та інструментальні методи обстеження: ЕКГ, Ехо-КГ, Холтеровське моніторування ЕКГ, рентгенографія органів грудної клітки, комп'ютерна томографія ОГК.

Результати дослідження: Загальна кількість пацієнтів, які відповідали критеріям відбору, становила 72 особи з вірусно-бактеріальною пневмонією на тлі гострої респіраторної хвороби COVID-19, індукованою SARS - CoV-2. Загалом: 46 жінок, з них - 50-60 років - 16 осіб; 40-50 років - 28 осіб; менше 40 років - 2 особи.

Чоловіків – 26 осіб; з них - 50-60 років - 8 осіб, 40-50 років - 17 осіб; менше 40 років - 1 особа. Середній вік пацієнтів склав 58,3 (± 2,3 роки).

У пацієнтів з COVID-19 асоційованою пневмонією, у досліджуваній групі було виявлено: Гіпертонічна хвороба серця – у 36 осіб (ІІст - 25 хворих (жін.- 14, чол - 11) ІІІст (після перенесеного інсульту чи інфаркту міокарду) - 11 хворих (жін.-7 чол - 4). Ожиріння - 21 особа (жін. - 14; чол. - 7).

ЦД 2 типу – 14 осіб (жін. - 6; чол. - 8). Ішемічна хвороба серця - 49 осіб (жін. - 28; чол - 21); в тому числі із стенокардією напруги ФК ІІІ – 14 осіб жін.- 4; чол.- 10). Гострий інфаркт міокарда - 4 особи (жін. - 2; чол. - 2)

Гострий інфекційний вірусний міокардит - 3 особи (жін. - 1; чол. - 2)

Пацієнти з недостатністю мітрального клапану на тлі хронічної ревматичної хвороби серця - 4 особи (жін. - 4; чол. - 0)

Серцева недостатність - ІІ Аст. ФКІІІ - 61 пацієнт; в тому числі - із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка 12 пацієнтів; з проміжною систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ=40-49%) - 27 пацієнтів; із зниженою систолічною функцією (ФВ <40%) - 22 пацієнти.

Пацієнти з артеріальною гіпертензією (36 осіб) склали 50% від усіх досліджуваних з діагнозом COVID-19, мали тяжкий перебіг вірусно-бактеріальної пневмонії з дихальною недостатністю ІІІ ст.; потребували кисневої підтримки при погіршенні загального стану - 19 осіб. Респіраторна підтримка здійснювалась за допомогою кисневої маски з резервуаром і маски з позитивним парціальним тиском на видиху (СІРАР). 34 пацієнти із встановленим діагнозом гіпертонічна хвороба серця, продовжували отримувати антигіпертензивну терапію відповідно до настанов ESC/ESH (2018). У трьох пацієнтів на тлі виникнення гіпотонії і гострого пошкодження нирок спостерігалось збільшення рівня креатиніну до 283,2(± 5,4) мкМ/л і зниження ШКФ до 29,5 (± 4,5) мл/хв./1,73м<sup>2</sup>). Пацієнтам проводилось моніторування рівня калію, моніторинг ймовірних аритмій, було відмінено антигіпертензивні препарати і проводилась симптоматична терапія ниркової недостатності. Гострий інфе-



кційний вірусний міокардит розвинувся у 3-х пацієнтів (середній вік - 35,3 ± 1,2 роки), проявами якого були пароксизми фібриляції передсердь - 1 пацієнт., часті політопні шлуночкові екстрасистоли - 2. Всі 3 пацієнти мали ознаки серцевої недостатності IIА ст., яка проявлялась задишкою, прискореним серцевиттям, зниженою працездатністю, і появою набряків нижніх кінцівок. У пацієнтів був підвищений рівень СРП і Тропонінів ІТ до 0,9 (±0,4) нг/мл.. Пацієнти з серцевою недостатністю в анамнезі значно більш тривало перебували в лікарні, ніж пацієнти без серцевої недостатності, мали підвищену потребу в респіраторній підтримці (72%) та інтенсивній медикаментозній терапії.

Пацієнти із обтяженим серцево-судинним анамнезом мали тяжчий перебіг пневмонії, ніж відносно здорові особи того ж віку. Часто спостерігали появу аритмії (фібриляції передсердь, пароксизмальної надшлуночкової тахікардії, частих шлуночкових екстрасистол) вперше в житті, або такі порушення ритму ставали частішими і важче піддавались медикаментозній корекції. Серцева недостатність була пов'язана з майже двократним ризиком госпітальної смертності та лікуванням у відділенні інтенсивної терапії та більш ніж триразовим ризиком ШВЛ.

Заключення. Таким чином, пандемія коронавірусної хвороби Covid-19 в значній мірі загострила клінічні прояви серцево-судинних захворювань, що потребує медикаментозної корекції базової терапії ССЗ на тлі вірусно-бактеріальної пневмонії асоційованої з коронавірусною хворобою COVID-19.

## **ЛІКУВАННЯ ДИСКОЛОРИТІВ ДЕВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ МЕТОДОМ ВІДБІЛЮВАННЯ**

*Коренькова К.А., Загребя О.Ю., Кравченко П.А., Полонець І.Ю.,  
Некраш О.О., Краженко М.С., Рішко Д.А., Бушинська Є.В.*

**Науковий керівник: проф. Скрипникова Т.П., доц. Писаренко О.А.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Питання дентальної косметики актуальні для всіх пацієнтів, тому що вони пов'язані з їх посмішкою та відчуттям віку. Відбілювання зубів може бути методом вибору поряд з лабораторними (керамічні вініри, коронки і т.п.) та позалабораторними (пряма реставрація композитними матеріалами) методами лікування зубів «зони посмішки» з приводу ускладненого карієсу при наявності супутнього дисколориту коронки зуба.

Відбілюючі засоби, які використовуються з цією метою найчастіше містять перекис водню, перексид карбаміду, та натрію перборат.

Незалежно від того яка застосовується техніка або речовина для відбілювання в основі процесу лежить реакція окислення, внаслідок чого утворюються молекули активного кисню, які руйнують зв'язки між молекулами хроматогенів в тканинах зуба.

Мета роботи - вивчити існуючі методики відбілювання девітальних зубів за літературними джерелами та висвітлити результати клінічного спостереження випадків лікування дисколоритів девітальних зубів шляхом відбілювання.

Проведено лікування 5 пацієнтів з дисколоритами коронок девітальних зубів. У трьох з них причиною зміни кольору коронок зубів було лікування кореневих каналів з використанням резорцин-формалін-вмісної пасти. В інших випадках причиною дисколориту було прокращування коронок зуба

продуктами некрозу пульпи зуба. В останніх клінічних випадках проведено ендодонтичне лікування зубів з подальшим рентген контролем якості пломбування. У всіх випадках перед внесенням відбілюючого агента сформовано цервікальний бар'єр з гібридно-модифікованого склоіономерного цементу. Далі проведено відбілювання внутрішньокабінетним та «walking bleach» методами, з використанням гелю Arde Lumine K 35% (Ardenia, Німеччина). Для отримання задовільного результату було необхідно від 1 до 3 процедур через 1-2 дні. Через 2 тижні після останньої процедури відбілювання, коронки зубів відновлювалися композитними пломбувальними матеріалами світлового затвердіння.

Висновок: використання методу відбілювання з подальшим естетичним відновленням коронок зубів дозволяє уникнути значного ослаблення коронки зуба, в порівнянні з ортопедичними методами лікування. Застосування відбілюючих засобів, що містять від 30 до 40% перекису водню в комбінації з натрій перборатом дозволяє в достатньо короткі терміни від 3 до 5 днів отримати позитивні косметичні результати. Чітке дотримання рекомендацій виробника та техніки застосування дозволить запобігти безпосередніх та відтермінованих ускладнень та досягнути успіху у лікуванні.

## **ПСИХОЕМОЦІЙНА СКЛАДОВА В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

*Криворучко О.О.*

**Науковий керівник: доц. Цветкова Н.В.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів  
Полтавський державний медичний університет

Яким би не був стрес - емоційним або фізичним (або тим і іншим одночасно), вплив його на організм має загальні неспецифічні риси. К. Судаков зазначав, що «на основі емоційних стресів формуються психосоматичні захворювання: неврози, порушення серцевої діяльності, артеріальна гіпертензія, виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, імунодефіцити, ендокринопатії і навіть пухлинні захворювання».

Мета дослідження: дослідити психоемоційний стан пацієнтів після фіксації ортопедичних конструкцій на етапі адаптації.

Матеріали та методи дослідження: для оцінки емоційного статусу пацієнтів визначали типологічні особливості нервової системи.

Результати дослідження. Найбільш типовим стресором в клініці ортопедичної стоматології є адаптація до протезів. Існують істотні відмінності в розвитку адаптації в пацієнтів зі «спокійною», «тривожною» і «неспокійною» поведінкою. Клініко-лабораторні показники свідчать про те, що висока тривожність уповільнює адаптацією до повного знімного пластинкового протезу і підвищує ризик вторинних патологічних процесів. Сельє назвав це явище «адаптаційним синдромом» і з'ясував, що він протікає в три стадії - це стадія тривоги, стадія резистентності (адаптації) і стадія виснаження. Якщо захисних сил організму недостатньо, тоді настає третя стадія виснаження адаптаційних резервів, а це вже прямий шлях до хвороби.

Висновок. В дослідженій нами літературі недостатньо висвітлене питання щодо стану пацієнтів на етапі адаптації до ортопедичних конструкцій та методів запобігання негативному впливу стресу на організм.

## **АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

*Кудря А.І., Моторна В.В.*

**Науковий керівник: ас. Мельник В.Л.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Одонтогенні запальні захворювання щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) – актуальна проблема в стоматології. Серед гострих одонтогенних запальних захворювань значну групу становлять розлиті гнійні запалення підшкірної, міжм'язової і міжфасціальної клітковини – флегмони. Знання особливостей клініки, діагностики та лікування цих захворювань допоможе хірургам-стоматологам оперативно надавати необхідну допомогу.

Мета дослідження: встановити особливості діагностики, клінічного перебігу та лікування одонтогенних флегмон щелепно-лицевої локалізації у пацієнта.

В ургентному порядку в ПОКЛ ЩЛХ відділення звернувся хворий 1976 р.н. зі скаргами на біль та набряк в піднижньощелепній ділянці справа, обмеження відкриття рота, порушення жування, загальну слабкість та підвищену температуру тіла до 39°С. Пацієнта раніше турбував зуб на нижній щелепі справа, до лікаря-стоматолога не звертався. За власним розсудом він приймав знеболюючі. Згодом з'явилася припухлість в ділянці нижньої щелепи справа та погіршилося загальне самопочуття, тому й звернувся за допомогою до лікаря-стоматолога, який встановив попередній діагноз і направив до щелепно-лицевого відділення ПОКЛ для подальшої госпіталізації та лікування. Об'єктивно: конфігурація обличчя змінена за рахунок набряку в піднижньощелепній ділянці, нижнього відділу щічної і привушно-жувальної ділянки справа. Шкіра над набряком в піднижньощелепній ділянці гіперемійована, в складку не береться. При пальпації в піднижньощелепній ділянці визначається щільний болючий інфільтрат, у глибині якого відчувається флукуація. Піднижньощелепні лімфатичні вузли справа пропальпувати не вдається через щільний інфільтрат, ліворуч вузли помірно збільшені в розмірах, злегка болючі, м'які, не спаяні між собою і оточуючими тканинами. Відкриття рота обмежене, на 1 палець, ковтання утруднене, жування болісне. Слина тягуча, густа, неможливе спльовування. Слизова оболонка присінку порожнини рота блідо-рожевого кольору, незначно набрякла в ділянці 4.8. Слизова оболонка щелепно-язикового жолобка праворуч гіперемійована, набрякла, при пальпації визначається помірно болючий інфільтрат у підлеглих тканинах. На основі скарг пацієнта, зібраного анамнезу захворювання, диференційної діагностики встановлено діагноз: одонтогенна флегмона підщелепної ділянки справа.

Лікування: операція – розтин флегмони правої підщелепної ділянки. Під місцевою анестезією Sol. Lidocaini 2% – 10мл проведено розріз у правій підщелепній ділянці на 2 см нижче краю нижньої щелепи, завдовжки 5 см. Тупо і гостро пройдені м'які тканини. Оголена кістка. Пройдено по внутрішньому краю нижньої щелепи. Отримано гнійно-геморагічний ексудат. Рана багаторазово промита 3% розчином пероксиду водню, хлоргексидину та дренована гумовим випускником. Гемостаз. Накладена асептична пов'язка. Післяопераційне лікування: стіл №1, режим постільний. Призначено: Sol.

Cefazolini 1 мл 2 рази на день, в/м Sol. Metronidazoli 100 мл 3 рази на день в/в крапельно, Sol. Natrii chloride 0,9% – 400 мл + Dexamethasone 4mg в/в крапельно, Sol. Glucosea 5% 400 мл в/в крапельно, Sol. Furosemidi 1% 2 ml в/в, Sol. Analgini 50% – 2.0 мл + Sol. Dimedroli 1% – 1.0 мл в/м при підвищеній температурі і болю. Проведення щоденних перев'язок пацієнта до повного очищення рани. Промивання рани 3% розчином перексиду водню, заміна гумового випускника. Накладання асептичної пов'язки з левоміколем.

Після проведеного лікування рана очистилася від гнійного ексудату, пацієнту запропоновано вторинну хірургічну обробку рани (накладання швів). Пацієнт від даного втручання відмовився. Рана загоювалась вторинним натягом з утворенням грубого рубця. Через 8 днів після проведеного лікування пацієнт виписаний із стаціонару додому. Йому були дані рекомендації по догляду за ротовою порожниною.

Висновок. Одонтогенні флегмони щелепно-лицевої ділянки – серйозна проблема, яка пов'язана з високим рівнем летальності хворих. Запорукою успішного лікування є своєчасно проведена диференційна діагностика з встановленням остаточного діагнозу та наданням невідкладної висококваліфікованої стаціонарної хірургічної допомоги.

## **АЛГОРИТМ ПРЯМОЇ РЕСТАВРАЦІЇ ПЕРЕДНІХ ЗУБІВ В РАМКАХ КОНКУРСУ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЯК ЗАПОРУКА ЗАПОБІГАННЯ ПОМИЛОК**

*Литвин В.В*

**Науковий керівник: ас. Лазарева К. А.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Професійні конкурси реставрації зубів, зокрема такий як всеукраїнський конкурс «Шлях у світ майстерності», організований кафедрою післядипломної освіти лікарів-стоматологів УМСА та проведений на базі клініки «Професорська стоматологія», дозволяють привернути увагу аудиторії інтернів до проблеми якості реставрацій. Конкурс – це платформа, що дає можливість лікарям продемонструвати кращі практики і позитивний досвід виконання процедур з використанням сучасних матеріалів. На кожному етапі конкурсу відбувається фотореєстрація, яка допомагає журі конкурсу визначити якісне втілення всіх нюансів реставрації. Конкурсний досвід дозволяє отримати важливі спостереження, проаналізувати помилки та труднощі з якими стикаються лікарі-інтерни, сформувати чіткий алгоритм реставрації. Стійкий гарантований результат можна отримати завдяки дотримуванию протоколів роботи, сумлінним тренуванням та аналітичному розумінню головних критеріїв зовнішнього вигляду природних тканин зуба.

До дослідження було включено всі очні конкурсні роботи (8 конкурсantів), виконані лікарями-інтернами в рамках XXII конкурсу «Шлях у світ майстерності», проведеного на базі клініки «Професорська стоматологія». Алгоритм прямої реставрації будь-яких каріозних порожнин складається з важливих етапів, основними з яких є професійна очистка зубів, визначення кольору, знеболення, препарування, накладання рабердаму, адгезивна підготовка, моделювання, фінішна обробка та поліровка реставрації. Вагомим етапом, якому іноді конкурсанти не приділяють достатньо уваги, є самостійний конт-

роль якості реставрації: візуальне порівняння в прохідному і відбитому світлі різних напрямків, зондування ясенного жолобка, перевірка флосами, контрольний рентгенівський знімок, перевірка лавсановою смужкою, візуальне визначення рівня контактної точки і конфігурації проксимальної поверхні, візуальне порівняння з природними зубами у висушеному вигляді для оцінки якості полірування.

За результатами спостережень доведено, що головними труднощами для лікарів є етапи підбору кольору, препарування глибоких порожнин та побудова контактних пунктів.

Висновок. Дотримання чіткого алгоритму дозволяє молодим спеціалістам отримувати прогнозований результат, правильно розраховувати час виконання роботи в рамках конкурсу, аналізувати можливі помилки під час виконання реставрації передніх зубів.

## **ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ НА ХІРУРГІЧНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ**

*Литвин В.В.*

**Науковий керівник: доц. Гуржій О.В.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Однією з ключових тем в дитячій стоматології є проблема боротьби з болем, страхом, тривогою. Відвідування стоматолога в більшості випадків пов'язано з серйозними труднощами не тільки для дитини, але і для батьків, а також і для дитячого лікаря-стоматолога. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, надання стоматологічної допомоги займає перше місце по психонегативному сприйняттю лікування. Більшість стоматологічних втручань (98%) проводиться амбулаторно при збереженій свідомості пацієнта. Діти найбільше схильні до страху, різним проявам негативних емоцій. Виявлено, що у одного з десяти дітей рівень стоматологічного страху, тривоги виражений настільки, що не дозволяє провести лікування.

Мета роботи - розробка методів зниження рівня страху і тривожності на хірургічному стоматологічному прийомі у дітей молодшого дошкільного та молодшого шкільного віку.

У дослідженні брали участь 60 дітей, які потребували надання хірургічної допомоги (видалення тимчасового зуба; пластика вуздечок верхньої губи, язика; видалення ретенційної кісти) у віці 4-10 років, а також їх батьки. Дослідження проводилося під час перших відвідин хірурга-стоматолога з заповненням анкети батьками для виявлення їхнього ставлення до стоматологічних маніпуляцій, можливості лікування дітей під медикаментозним сном і рівня впливу на поведінку дітей на стоматологічному прийомі. Для вивчення психоемоційної реакції дитини нами був використаний метод спостереження і оцінки емоційних і поведінкових реакцій під час проведення хірургічного втручання.

Аналізуючи результати анкетування батьків, нами встановлено, що 80% батьків мають позитивне ставлення до надання стоматологічної допомоги дітям, але 29% із них негативно відносяться до застосування медикаментозного сну.

Як показали наші дослідження, 24% дітей мали легкі ознаки негативної поведінки, 34% - середні ознаки і 15% дітей з сильними ознаками негативної

поведінки під час проведення оперативного втручання. Позитивна поведінка зазначена у 13% і перехідна поведінка у 14% дітей. З огляду на час, витрачений лікарем на умовляння дитини, більшості дітей потрібна від 5 і більше хвилин на психопідготовку перед початком проведення маніпуляції.

Спостерігається прямий взаємозв'язок між рівнем попередньої психологічної підготовки дитини та її психоемоційною реакцією на прийомі у лікаря-стоматолога. Слід зазначити, що дітей з високим рівнем підготовки значно менше, ніж дітей з низьким рівнем. Це свідчить про те, що батьки недостатньо обізнані і компетентні в данному питанні.

Нами розроблено рекомендації для батьків, що дозволять підтримувати ефективний рівень співпраці з дитиною на стоматологічному прийомі, визначено показання до хірургічних втручань під медикаментозним сном з урахуванням психоемоційної поведінки дитини.

## **СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ФОРМУВАННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

*Мануйлик Б.І.*

**Науковий керівник: проф. Чухрай Н.Л., доц. Дубецька-Грабоус І.С.**

Кафедра ортодонтії

Львівський національний медичний університет

імені Данила Галицького

Треті моляри відіграють важливу роль у формуванні зубощелепного апарату людини. На сьогодні серед практикуючих лікарів та науковців існує двояке ставлення щодо збереження цих зубів. Так, доведено, що вони впливають на формування зубощелепних аномалій, можуть бути причиною рецидиву після ортодонтичного лікування та чинником ризику виникнення запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки (Стадницька Н.П., 2009; Салах С.М. Темейза, 2010; Флис П.С., 2013). Водночас, треті моляри забезпечують цілісність та опору зубних рядів, а також їхню жувальну ефективність, стимулюють подальший ріст щелеп при прорізуванні, завершуючи останній (четвертий) етап становлення висоти прикусу, та найголовніше – слугують іноді єдиною надійною дистальною опорою, що особливо важливо, враховуючи високу поширеність карієсу та раннє видалення зубів серед дитячого населення (В.Д. Куроедова, Є.Є. Виженко, 2015; Дорошенко С.І., Кузьменко І.С., Стороженко К.В., 2021). Окрім цього, положення і розміри третіх молярів майже завжди є ключем для прийняття рішення про їх видалення [Гасымова З.В., 2014]. Тому, вивчення положення зачатків третіх молярів та можливого їх впливу на формування аномалій прикусу є актуальною проблемою.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості формування та прорізування третіх молярів на основі даних літератури.

Методи дослідження. Проведено веб-пошук літератури за допомогою розширених функцій різних баз даних, таких як PubMed, Scopus, Embase, Google Scholar, Каталог журналів відкритого доступу (DOAJ) та електронних баз даних Cochrane.

Результати дослідження. За даними літератури, існують різні варіації розмірів, форми, положення, часу розвитку, шляхів прорізування третіх молярів, що необхідно враховувати при виборі тактики лікування.

Так, за даними Стадницької Н.П. (2009), початком формування фолікулів третіх молярів вважають вік від 6 до 16 років. Водночас, Безвужко Е.В., Чу-храй Н.Л. (2013) аналізуючи ортопантомограми щелеп дітей м. Львова віком 7-16 років спостерігали відсутність зародків третіх молярів на обох щелепах у 14,71% випадків, що значно менше, ніж у дітей, що проживають на території з підвищеним вмістом фтору у питній воді (20,16%). Carter and Worthington (2015) провели мета-аналіз досліджень, які оцінили частоту агенезису третіх молярів розглядаючи 92 дослідження в різних регіонах світу та дають глобальну картину того, де у людей з більшою чи меншою ймовірністю спостерігається агенезія третіх молярів.

При цьому, Carvalho RW(2011) відзначає, що прорізування третього моляра змінюється в залежності від расової приналежності, наприклад, у Нігерії, треті моляри нижньої щелепи можуть прорізатись до 14 років, а в Європі - до віку 26 років. Такі фактори, як характер харчування, ступінь використання жувального апарату, стать та генетичне успадкування також впливають на терміни прорізування третього моляра (Hattab FN,1999). В більшості випадків (73-78%) прорізування третіх молярів пов'язане з різними ускладненнями (Стадницька Н.П.,2009;Matsuyama J, 2015).

Деякі дослідники припускають, що жінки мають більшу частоту ураження третього моляра нижньої щелепи порівняно з чоловіками (Kruger E,2001; Juodzbalys G,2013). Водночас, Стадницькою Н.П. (2009) відмічено, що аномалії розташування та форми фолікулів третіх молярів виникають у 18,7% випадків.

Висновки. Лікарська тактика щодо третіх молярів повинна бути індивідуальною, враховуючи індивідуальні особливості розвитку фолікулів та потребу подальшого вивчення.

## **МЕТОДИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

*Мелешко О.О.*

**Науковий керівник: доц. Бережна О. Е.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Рентгенографія – дослідження внутрішньої структури об'єктів, які відображаються за допомогою рентгенівських променів.

У діагностиці стоматологічних захворювань рентгенологічні дослідження займають важливе місце, тому що дозволяють провести детальне обстеження порожнини рота і виявити різні проблеми зубощелепної системи. За допомогою рентгенографії зубів можна побачити внутрішні структури щелеп, визначити стан м'яких і кісткових тканин, в тому числі коренів зубів. Цей вид дослідження допомагає не тільки побачити глибину і ступінь запалення або патології, але і допомагає проводити контроль якості лікування.

Метою нашої роботи стала оцінка методів рентгенографії в стоматології дитячого віку (внутрішньоротова дентальна рентгенографія, панорамна рентгенографія та комп'ютерна томографія (КТ), оскільки ще й досі зберігається міф щодо шкідливого впливу рентгенівських променів на організм дитини, тому деякі батьки з настоороженістю відносяться до такого виду діагностичного дослідження.

Отже, рентгенографія є невід'ємною частиною діагностики в медицині, і в дитячій стоматології зокрема, адже тільки завдяки цим дослідженням можна виявити деякі патологічні процеси і вчасно почати лікування.

## **ФЕНОМЕНИ БОЛЮ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА**

*Мисік Я.С.*

**Наукові керівники: проф.Скрипников П.М., доц. Приходченко С.В.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

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

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

Методи дослідження. При діагностиці первинного симптомокомплексу болю та виявленню МФБС ми поглиблено працювали з низкою питань, а саме: визначення болю (ВООЗ), сприйняття болю, типи болю, джерела болю, гострий та хронічний больовий синдром, ноцицептивний біль, нейропатичний біль, змішаний біль, діагностичний алгоритм визначення болю, біль – як біосоціопсіхологічна модель. Використовувались загальноприйняті вимірювання – загальне обстеження стоматологічного пацієнта, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) і шкала осіб Вонга- Бекера, та додадково - опитувальник DN4 для діагностики нейропатичного болю і анкетування з метою вивчення способу життя пацієнта (скільки часу використовуються гаджети на добу, чи є болі різного генезу в спині, як часто пацієнт приймає знеболюючі засоби, яка добова фізична активність). У дослідженні приймало участь 15 хворих у віці 17 - 19 років з різною стоматологічною патологією та контрольна група - 15 пацієнтів різного віку з відсутністю МФБС. Шкалу болю ВАШ і шкалу осіб Вонга - Бекера використовували як при первинній діагностиці , так і при оцінці якості анестезії та проведених маніпуляцій.



Основні результати. Серед респондентів першої групи всі 15 використовують гаджети більш, ніж 6 годин на добу, тримаючи голову під сильним кутом. Результати дослідження показали, що у 80 % респондентів присутній нейропатичний компонент болю та клінічні прояви МФБС. Сприйняття болю та ефективність проведених маніпуляцій пацієнтів у зв'язку відрізнялися від тих, що давали респонденти контрольної групи.

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

## **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТЕХНІК, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ТИМЧАСОВОГО (ПРОВІЗОРНОГО) ШИНУВАННЯ**

*Полонець І.Ю., Краженко М.С., Загреба О.Ю., Коренькова К.А., Кравченко П.А., Божко А.О., Бережнюк В.О.*

**Науковий керівник: доц. Писаренко О.А., проф. Силенко Ю.І.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Розуміння та оволодіння методами іммобілізації зубів, як підходу у лікуванні, є досить важливим на стоматологічному прийомі, а саме в клінічних ситуаціях, що супроводжуються рухливістю зубів. До таких станів можна віднести пародонтальне шинкування, шинкування коронок одного або декількох зубів після їх видалення, в якості ретенційного апарату після ортодонтичного лікування та ін.

Мета та матеріал для дослідження: на основі аналізу літературних джерел порівняти техніки тимчасового шинкування з використанням FRC (fiber reinforced composite) та WRC (wire reinforced composite) шин, показання до їх застосування та найбільш поширені помилки при використанні цієї методики.

Основні результати. Тимчасове (більш точно провізорне) шинкування, як елемент комплексної терапії, забезпечує достатній захист тканин пародонта, стабілізацію патологічного процесу з приводу якого воно проводилося та відновлення функції жування та естетики.

Тимчасове шинкування яке проводилося з приводу тяжких форм захворювань тканин пародонту сприяє достовірному, тривалому зменшенню рухливості зубів з III до 0-I ступеня за Міллером, таким чином зберігається функціональність та відтермінується видалення зубів та проведення подальшого більш високо вартісного лікування. Крім того використання провізорних шин позитивно впливає на можливість проведення індивідуальної гігієни порожнини рота (кількісне зменшення показників індексів якості гігієни порожнини рота, та кровоточивості при зондуванні), відбувається зменшення або стабілізація показників глибини зондування пародонтальної кишені, рецесії ясни, стабілізація показників рівня втрати клінічного прикріплення ясни.

Помилки при використанні провізорних шин, а саме часткова втрата прикріплення до одного/декількох зубів або повне відклеювання шини від всіх зубів, перелом шини, зношення поверхні композиту пов'язані неправильним обранням типу шини, неврахуванням ступеня рухомості опорних зубів, виду стабілізації оклюзії, наявності ділянок травматичної оклюзії.

## **СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ПРОТЕЗІВ**

*Полянська А.С.*

**Науковий керівник: ас. В.М. Соколовська**

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів

Полтавський державний медичний університет

Як відомо, знімні пластинкові протези із поліметилметакрилатів можуть викликати патологічні зміни в тканинах протезного ложа, спричинюючи при цьому механічну, хіміко-токсичну, сенсibiliзуючу та термоізолюючу дію на слизову оболонку порожнини рота. Порушення співвідношення полімера та мономера при замішуванні пластмаси сприяє збільшенню залишкового мономера, перекису бензолу, амінів у базисах, що в свою чергу, підвищує пористість виробу. Тому, пошук методів удосконалення технологій виготовлення знімних протезів залишаються актуальними.

Мета дослідження. Удосконалення якості виготовлення знімних пластинкових протезів шляхом застосування ультразвукової технології полімеризації базисних матеріалів.

Матеріали і методи дослідження. Нами проведено ортопедичне лікування 61 пацієнта з повною втратою зубів, які розподілені на 2 групи: 1-шу групу склали пацієнти, протези яким виготовили за загальноприйнятою методикою; 2-гу – пацієнти, яким виготовили протези за технологією обробки базисного полімерного матеріалу ультразвуком (деклараційний патент №10807, А61К6/00, 15.11.2005).

Результати дослідження. Запропонована технологія дозволила підвищити міцність базисних матеріалів, зменшити кількість залишкового мономера в них, тим самим продовжити термін користування знімними пластинковими протезами та покращити процеси адаптації до них.

## **ДИНАМІКА ДІЕНОВИХ КОН'ЮГАТІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ СПОНТАННОМУ ПАРОДОНТИТІ НА ТЛІ РІЗНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ**

*Рева О.П.*

Науковий керівник: Яров Ю.Ю.

Кафедра стоматології №2

Донецький національний медичний університет

В динаміці загоєвувальних процесів при пародонтиті важливе значення має система ПОЛ. В основі пошкодження при хірургічному втручанні на тканинах пародонта лежить міграція в цю зону лейкоцитів крові з генеруванням високоактивних токсичних продуктів кисню. Зміна вмісту дієнових кон'югатів в плазмі крові у тварин зі спонтанним пародонтитом на тлі нормореакції організму в динаміці загоєння мала фазний характер з двома максимумами концентрації. Перший максимум визначався на 1-у добу (відповідає наростанню некротичних процесів), другий - на 6-ту добу (відповідає появі маркерів репаративних процесів) з подальшим зниженням

Результати вивчення стану перекисного окислення ліпідів при гіперреактивності організму показали більш високе підвищення концентрації дієнових кон'югатів в усі терміни експерименту. На достовірно підвищеному рівні даний показник утримувався до кінця спостережень ( $p < 0,05$ ). Пікові значення

концентрації ДК спостерігалися на 1-у і 9-у добу, істотно перевищуючи відповідні значення в першій групі - в 1,27 і 2,53 рази ( $p \leq 0,05$ ).

Динаміка вмісту первинних продуктів ПОЛ - дієнових кон'югатів в крові тварин при гіпореактивності організму була наступною: перший пік - визначався на 1-у добу спостереження, другий - на 9-у. При цьому значення концентрації дієнових кон'югатів в усі терміни спостереження були нижчими в порівнянні з такими при нормо-і гіперреактивності організму. Порівняння отриманих результатів з представленими вище показало, що перший максимум концентрації ДК відповідав піку активності некротичних процесів, а другий - максимуму розвитку репаративних процесів.

Таким чином, адекватні збалансовані за часом і рівнем зміни показника перекисного окислення ліпідів приймають участь у формуванні нормореактивної відповіді із синхронізацією некротичних і репаративних процесів. На тлі гіперреактивності організму після хірургічного лікування при спонтанному пародонтиті зміни дієнових кон'югатів сприяють посиленню некротичних і затримці репаративних процесів при загоєнні штучної слизово-кісткової рани. На тлі гіпореактивності організму після хірургічного лікування при спонтанному пародонтиті зміни показника ПОЛ сприяли уповільненню некротичних і затримці репаративних процесів при загоєнні штучної слизово-кісткової рани.

## **ПРОЯВИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ**

*Семеніченко Н.В., Марченко С.А.*

**Науковий керівник: доц. Максименко А.І.**

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. ВІЛ-інфекція у дітей представляє собою патологічний стан, який викликається вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) і характеризується прогресуючим зниженням імунітету дитини. Будь-яких специфічних клінічних симптомів немає.

Зараження дітей ВІЛ може відбуватися від інфікованої матері в процесі вагітності, під час пологів і при годуванні груддю, а також парентеральним шляхом при медичних і парамедичних втручаннях.

Мета роботи. Проаналізувати та узагальнити літературні дані щодо особливостей проявів ВІЛ-інфекції в порожнині рота у дітей.

Результати. Ураження слизової оболонки й шкірного покриву у дітей з ВІЛ-інфекцією зазвичай починаються з розвитку кандидозу. Збудник – дріжджеподібні гриби роду *Candida*. Гриби роду *Candida* вражають не тільки слизові оболонки, але й шкіру з її придатками (волосся й нігті), а також внутрішні органи. Кандидозний стоматит діагностується в більшості хворих СНІДом (до 75%) і проявляється в декількох клінічних формах: ангулярний хейліт, еритематозний, гіперпластичний або псевдомембранозний кандидоз. Вважається, що "раптовий" розвиток кандидозу в дітей, які раніше не одержували антибіотики або кортикостероїди є підозрою на наявність ВІЛ-інфекції й вимагає лабораторного обстеження на ВІЛ. Кандидоз у ВІЛ-інфікованих є комбінованим (генералізованим) ураженням слизової оболонки порожнини рота, стравоходу, кандидозного ангулярного хейліту, дріжджової поплітості великих складок. Нерідко спостерігається сполучення грибкових і вірусних уражень.

Бактеріальні інфекції у ВІЛ-інфікованих дітей найчастіше викликають асоціації різних збудників (фузоспірохети, стрепто- і стафілококи). Проявом цих інфекцій можуть бути гінгівіт, ВІЛ-некротичні ураження ясен або слизової оболонки щік, піднебіння, ВІЛ-хронічний пародонтит.

Вірусні інфекції часто сприяють виникненню уражень слизової оболонки рота у хворих ВІЛ-інфекцією. Серед вірусних інфекцій у клінічній симптоматиці ВІЛ-інфікованих відзначають ураження слизової оболонки порожнини рота, викликані вірусом простого герпесу.

"Волосиста" лейкоплакія зустрічається в 98% хворих ВІЛ-інфекцією та є маркером захворювання. Походження "волосистої" лейкоплакії пов'язане з високим рівнем реплікації вірусу Епштейна - Барра у клітинах епітелію язика.

Також у ВІЛ-інфікованих дітей можуть спостерігатися вірусні бородавки, афтозні та нейропенічні виразки в порожнині рота.

Висновки. ВІЛ-інфекція у дітей характеризується більш швидким прогресуючим перебігом в порівнянні з дорослими. Бактеріальні та вірусні інфекції у ВІЛ-інфікованих дітей перебігають важко, зі схильністю до рецидиву. Тому лікар-стоматолог повинен знати основні прояви ВІЛ-інфекції в порожнині рота у дітей та вміти вчасно надати стоматологічну допомогу таким хворим.

## **ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗУБІВ ПІСЛЯ ГОСТРОЇ ТРАВМИ У ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

*Стельмашук В.А., Зененко Ю.О.,*

**Науковий керівник : ас. Веруґа О.І.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми визначається особливостями лікування травматичних уражень зубів у дитячій практиці, необхідністю своєчасного лікарського втручання, диспансеризації, можливими ускладненнями при зверненні за допомогою в віддалені строки.

Об'єкт та методи дослідження: діти у віці від 8 до 14 років з дентальними травмами передніх зубів.

Методами дослідження: клінічні, рентгенологічні. Проведена диспансеризація.

Результати дослідження. За 1.5 роки проходження інтернатури працювали з чотирнадцятьма випадками гострих травм зубів: 10 випадків перелому емалі та дентину, 6 з них були на стадії формування кореня зубу, їх лікування проводилось без розкриття порожнини зубу. Діагностовано 3 неповних вивихів зубів та один повний вивих з розривом судинно-нервового пучка. Усі пацієнти мали ортопантомографію.

Під час роботи ми користувались оновленими протоколами міжнародної асоціації дентальної травми.

Лікування здійснювалось з урахуванням діагнозу, який визначався клінічними симптомами, даними рентгенологічного обстеження. Пацієнти були на диспансерному обліку впродовж року, з подальшими рекомендаціями, у всіх оцінений сприятливий результат.

Висновки. Таким чином, своєчасне звернення пацієнтів до лікаря дозволяє зберегти функцію зубів. Цілісність зубного ряду

## **МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ**

*Сушич О. В.*

**Наукові керівники:** доц. *Марченко А.В.*, ас. *Тимошенко Ю.В.*

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Стоматологи зачасто стикаються зі скаргами пацієнтами на зміни кольору зубів у вигляді білих плям. Такі зміни виникають за рахунок демінералізації емалі нижче псевдоінтактного поверхневого шару, що характеризує карієс, або як наслідок ортодонтичного лікування (застосування брекет-систем), чи змін при флюорозі.

Варіанти малоінвазивного лікування даних патологій обмежені, та інколи не гарантують повної зупинки патологічного процесу та естетичного комфорту для пацієнтів.

Метою нашої роботи є використання технології, що полягає в інфільтрації ураженої емалі фотополімерними смолами з низькою в'язкістю, може перешкоджати демінералізації і маскувати білі плями.

Нами було проліковано 10 пацієнтів з початковим карієсом, 2 після зняття брекет систем та 2 з початковою формою флюорозу. З пацієнтами обговорювалися різні варіанти лікування, включаючи інфільтрацію смолою, мікробразії і композитні реставрації, при яких є необхідність часткового видалення тканини зуба. Інформували про передбачуваність естетичного результату, довгостроковий прогноз. Пацієнти віддавали перевагу інфільтрації смолою через відносно невелике втручання в структуру зуба, передбачуваність результатів та швидкість проведення маніпуляцій. Отримані результати естетично задовольнили пацієнтів.

Отже, метод лікування інфільтрації ураженої емалі фотополімерними смолами з низькою в'язкістю може перешкоджати демінералізації і зменшує видимість білих плям за рахунок рефрактерного індексу, схожого до емалі.

Демонструючи хороше застосування при лікуванні гіпомінералізації у клінічній практиці, препарат „Icon vestibular“ був також використаний, як мінімальноінвазивний метод лікування наслідків ортодонтичного лікування та/або естетичної корекції початкових стадій флюорозу.

## **РОЗРОБКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ КАРІЄСРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ**

*Ткаченко В.Р., Шевченко Д.В., Амірханян А.А., Бабанян В.Е.,*

*Пінчук Б.В., Татаровський М.О.*

**Науковий керівник:** ас. *Мосієнко А.С.*

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Стоматологічне здоров'я — важлива складова здоров'я людини. Важлив роль у підтриманні гомеостазу твердих тканин зубів належить ротовій рідині, яка забезпечує фізико-хімічні процеси обміну між емалю зуба та ротовою порожниною. В основі мінералізуючої функції слини лежить стан її перенасиченості гідроксиапатитом, розчинність якого залежить від активної концентрації іонів кальцію та фосфору, рН- та іонної сили слини.

Метою нашої роботи є розробка індивідуальної профілактики карієсу зубів у дітей на основі вивчення карієсрезистентності емалі зубів.

Методи дослідження. На базі КП «МДКСП ПМР» нами оглянуто 40 дітей, середній вік яких складав 7-10 років, в порядку планової санації. У всіх обстежених визначали: інтенсивність карієсу за індексами кп, кп+КПВ, КПВ, стан гігієни порожнини рота (ГІ за Федоровим-Володкіною, 1971), РМА. Мінералізуючий потенціал слини оцінювали за її мікрокристалізацією (П.А. Леус, 1977), рН - за допомогою універсального індикаторного паперу («Лакхема», Чехія). Обробка результатів проводилася в Microsoft Excel з використанням метода варіаційної статистики і параметричного t - критерія Стьюдента.

Основні результати. Серед оглянутих дітей компенсовану форму карієсу мало 42,5%, субкомпенсована форма карієса була у 27,5% дітей, декомпенсовану форму карієсу мали 27,5% дітей і тільки одна дитина була здоровою. Середні показники у оглянутих дітей становили: кп= 3,1±0,42 зуба на одного обстеженого, кп+КПВ= 3,9±0,35 зуба на одного обстеженого, КПВ= 0,9± 0,25 зуба на одного обстеженого. ГІ= 1,68±0,006 зуба на одного обстеженого, рН слини показав низький показник та склав 6,2±0,13, що може призводити до вогнищевої де мінералізації емалі зубів і сприяє утворенню каріозних порожнин. Результати дослідження кристалізації ротової рідини дітей залежно від активності каріозного процесу вказують, що частота виявлення кристалів І типу була максимальною у групі дітей з компенсованою формою карієса та становила 25%, у дітей із декомпенсованим перебігом карієсу зубів І тип не зустрічався взагалі.

Висновки. Отже, проведений нами аналіз свідчить про високий рівень інтенсивності карієсу, та про необхідність проведення лікувально-консультативної роботи. Під керівництвом викладача ми розробили заходи індивідуальної профілактики карієсу зубів у дітей, які включали в себе: проведення уроку гігієни порожнини рота, підбір засобів гігієни, індивідуально кожному пацієнту, корекція в харчуванні, були надані рекомендації у відвідуванні лікаря ортодонта пацієнтам з патологією прикусу.

## **ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ**

*Тулянцева Є.О.*

**Науковий керівник: проф. Величко В.І.**

Кафедра сімейної медицини

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Цукровий діабет 2-го типу (ЦД2) все частіше називають неінфекційною епідемією ХХІ ст. Оскільки це хронічне захворювання, воно вимагає тривалої, довічної терапії з необхідністю постійного прийому медичних препаратів та зміни способу життя, що включає раціональне харчування, адекватну фізичну активність та проведення самоконтролю глікемії. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я неналежне виконання пацієнтом лікарських рекомендацій, є серйозною медичною проблемою, що погіршує перебіг захворювання, підвищує частоту ускладнень, кількість госпіталізацій та фінансових витрат на лікування пацієнтів.

Мета. Вивчити прихильність до лікування пацієнтів з ЦД2.

Методи дослідження. Дослідження проводилось на базі Одеської клінічної лікарні на залізничному транспорті. Нами було проведено обстеження 25 пацієнтів (13 чоловіків і 12 жінок) середнім віком  $57,84 \pm 5,06$  років. Середня тривалість захворювання на ЦД2 складала  $8,72 \pm 2,94$  років (менш як 5 років - 12%; від 5-10 років - 60%, більше ніж 10 років - 28%). Середній рівень глюкози крові натще склав 7,4 ммоль/л. Середній показник ІМТ 31,4, що відповідає ожирінню I ступеня. Пацієнти отримували наступне лікування: цукрознижуючі препарати - 84%, інсулінотерапію - 4%, комбінацію (цукрознижуючі препарати + інсулін) - 12%. Прихильність до лікування хворих на ЦД2 оцінювалася за допомогою шкали Моріскі-Гріна (4-question scale Morisky-Green), яка складається з 4 пунктів, що стосуються ставлення пацієнта до прийому препаратів. Кожен пункт оцінюється за принципом "Так-Ні". Відповідь "Так" оцінюється в 0 балів, а відповідь "Ні" в 1 бал. Прихильними вважаються пацієнти, які набрали 4 бали, недостатньо прихильними – 3 бали, неприхильні до лікування пацієнти, які набрали 2 бали і менше.

Основні результати. При аналізі результатів було встановлено, що прихильними до лікування (4 бали) були лише 8 (32%) з 25 пацієнтів, з них 3 чоловіків та 5 жінок; недостатньо прихильними (3 бали) – 5 (20%), з них 2 чоловіків, 3 жінок; та неприхильними до лікування (2 бали та менше) – 12 (48%), з них 8 чоловіків, 4 жінки. Середній бал за 4-бальною шкалою склав 1,96, що свідчить про низьку прихильності до лікування. Порівнюючи гендерні відмінності в прихильності до лікування було виявлено, що чоловіки більш схильні забувати приймати препарати або пропускати прийом препаратів при зміні самопочуття в порівнянні з жінками. Середній бал для чоловіків склав 1,38, для жінок – 2,58.

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження показали, що пацієнти з ЦД2 мають низьку прихильність до лікування. Найгірша прихильність у чоловіків в порівнянні з жінками. Необхідно проводити заходи щодо підвищення прихильності до лікування серед всіх пацієнтів з ЦД2, оскільки це покращує прогноз, знижує частоту ускладнень, кількість госпіталізацій та фінансових витрат на лікування пацієнтів.

## **ПРОЯВИ СИНДРОМУ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ**

*Хардіна І.Р., Ткаченко В.О.*

**Науковий керівник: ас. Мельник В.Л.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Патологія скроневопідщелепного суглоба (СНЩС) займає вагомe місце серед стоматологічних захворювань через складність лікування. Тому, співпраця лікаря-отоларинголога, невропатолога, ревматолога, остеопата, ортопеда-стоматолога долають труднощі в міждисциплінарній діагностиці та складанні доцільного плану лікування. За даними більшості сучасних авторів, захворювання СБД СНЩС виявляються у 25–65% населення, зокрема серед підлітків та молодих людей цей показник коливається в межах 16–30%.

Мета дослідження. Обґрунтувати клінічні прояви СБД СНЩС у пацієнтів молодого віку та виявити особливості їх лікування в залежності від літературних даних до практичних напрацювань.

Матеріали і методи дослідження. Проведено 10-ти річний огляд науково-медичної літератури різних авторів щодо поглядів на етіологію і патогенез, методи діагностики та лікування СБД СНЩС у пацієнтів молодого віку. Нами обстежено 15 осіб віком 17–23 років з ознаками СБД СНЩС. Виявлено, що спричиняє порушення функції СНЩС, є зміна зубних співвідношень і деформація зубних рядів, що виражаються у втраті вертикальних розмірів висоти прикусу – у 91,3% випадків; травми СНЩС – 1,5%; патології сполучної тканини, зокрема ревматизм, – 6,2% випадків. Визначали локалізацію основного болю, іррадіацію його, характер клацання (на початку, в середині або в кінці відкривання та закривання рота). З'ясували, що первинно: біль, клацання, блокування або заклинювання в суглобі.

Лікування пацієнтів, що страждають на СБД СНЩС комплексне: 1 етап- блокування больового синдрому; 2 етап – відновлення правильних верхньо-нижньощелепних взаємозв'язків ортопедичними і терапевтичними методами, 3 етап- реабілітація жувальних м'язів; 4 етап – зниження психоемоційного навантаження на організм пацієнта. Використаний нами план лікування для пацієнтів полягав у наступному:

1. Лікування полягало в полегшенні больових відчуттів і зняття набряклості, м'язових спазмів. Для цього використовували масажні техніки розслаблення м'язів щелеп, застосовували медикаментозні препарати: нестероїдні протизапальні засоби, міорелаксанти, транквілізатори. Займались корекцією постави пацієнтів, за рахунок технік мануальної терапії (остеопат). Також, ін'єкції в тригерні точки жувальних м'язів анестетиків без вазоконстрикторів (блокада рухових гілок трійчастого нерва по П.М. Єгорову).

2. Призначали використання суглобової шини або спеціальної капи. Перевірка результатів після комплексної терапії- фіксація в положенні центральної оклюзії, для кожного пацієнта індивідуально або за допомогою ортопедичного протезування(накладки або коронки), терапевтичного лікування (доцільної композитної реставрації) Лікування проводилось у терміни від 3-х до 6-ти місяців.

Висновки. В основі патогенезу БСД СНЩС лежить спазм жувальних м'язів. При вивченні рентгенологічних особливостей будови і співвідношення кісткових елементів СНЩС у пацієнтів з СБД СНЩС установлена закономірність атипового розміщення суглобових головок в суглобових ямках в залежності від типу (сторони) зміщення нижньої щелепи стосовно верхньої, що проявляється асиметрією суглобових щілин і зміною топографії суглобових головок в суглобових ямках. Кісткові елементи СНЩС при цьому звичної форми і структури (на ранніх етапах розвитку захворювання). На підставі проведеного комплексного обстеження і лікування пацієнтів з СБД СНЩС науково обґрунтований етіопатогенез цього захворювання. Запропонований і клінічно апробований алгоритм діагностики і лікування на СБД СНЩС в залежності від типу (сторони) зміщення нижньої щелепи- скорочує строки обстеження і лікування даної категорії хворих.



## СТОМАТОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА НА ДИТЯЧОМУ ПРИЙОМІ У РЕГІОНАХ З ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ

*Цокур Д.В., Іванова Л.В., Нелюбін Н. М., Севастьянов Є. Ю.*

**Науковий керівник: ас. Мосієнко А.С.**

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Флюороз за поширеністю і медико-соціальною значимістю є однією з важливих проблем в стоматології. У багатьох країнах світу відзначається постійне зростання числа осіб з цією патологією. Згідно даних ВО-ОЗ, оптимальною концентрацією фтору в питній воді в умовах помірного клімату є 0,5—1,0 міліграми на літр. Як відомо, в зонах підвищеного вмісту фторидів в питній воді серед населення спостерігається висока поширеність флюорозу зубів. Полтавський район відноситься до найбільш забрудненої фтором. Вміст фтору в водах деяких районів Полтавщини становить понад 3,0 мг / л. до 12мг/л.

Мета нашої роботи проаналізувати стоматологічне здоров'я дітей у регіоні з підвищеним вмістом фтору та інформувати дітей та їх батьків про таке захворювання, як флюороз, як з ним боротися та попередити його виникнення.

Методи дослідження. Нами було проведено аналіз статистичних даних, висвітлених в науковій літературі.

Основні результати. Згідно епідеміологічних обстежень проведених викладачами кафедри дитячої стоматології, поширеність флюорозу м. Полтави та приміських селищ перебуває на достатньо високому рівні. Ми відмітили високий рівень захворювання флюорозом зубів у дітей сіл Щербані та Великий Тростянець 85,1 %, а у с. Розсошенці цей показник складав 56,9%. Інтенсивність флюорозу зростала відповідно до поширеності і становила 0,5±0,02 бали в учнів м. Полтави, в с.Розсошенці 0,93±0,06 бали, найбільший рівень інтенсивності флюорозу мали учні с.Великий-Тростянець, який складав 2,66±0,13 бали.

Отже, отримані дані свідчать про необхідність в проведенні профілактичної роботи у дітей, які проживають у регіонах з підвищеним рівнем фтору в питній воді. Під контролем наукового керівника нами було розроблено стоматологічну пам'ятку на тему: «Флюороз, що це? Як з ним боротися?». В пам'ятці на доступному рівні для батьків та дітей ми розповіли що з себе представляє таке захворювання, як флюороз, причини його виникнення. Детально розібрані його симптоми, акцентували увагу на тому, що при високому рівні фтористій інтоксикації спостерігаються ураження не тільки зубів, а й шлунково-кишкового тракту, печінки та ендокринної системи, зміни нирок та суглобів. Представлений комплекс профілактичних заходів для попередження даної патології у дітей. Також в пам'ятці нами представлено основні методи лікування флюорозу відповідно до ступеню тяжкості.

Таким чином, на кафедрі дитячої стоматології проведена санітарно-просвітницька робота у вигляді пам'яток, які активно використовуються на дитячому прийомі і є дієвою схемою для лікування та попередження стоматологічної патології.

## **КОРЕЛЯЦІЯ СВОЄЧАСНОГО СТИМУЛЮВАННЯ РОСТУ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕП З РЕЗУЛЬТАТОМ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ**

*Шевчук А.Р.*

**Науковий керівник: Скібіна А.К.**

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Знання концепцій росту і розвитку щелепно-лицьової ділянки, періодів активного росту в різних площинах верхньої та нижньої щелеп дуже важливі для лікарів-стоматологів будь-якої спеціальності, але найбільш актуальною ця тема є для ортодонтів. Знаючи періоди росту щелеп лікарі можуть виявляти проблеми і своєчасно починати раціональне ортодонтичне лікування.

Метою нашої роботи було встановити зв'язок між своєчасним стимулюванням росту верхньої та нижньої щелеп в різних площинах та результатом ортодонтичного лікування.

Сучасним методом прогнозування росту щелеп в ортодонтії є телерентгенографія (ТРГ). Вона дозволяє діагностувати стадію росту пацієнта враховуючи поступову зміну морфології шийних хребців. Під час нашої роботи було виявлено 4 процеси, які визначають ріст і розвиток кісткової тканини: ендохондральне та інтрамембранозне моделювання, поверхнєве ремоделювання та зміщення (первинне та вторинне). Ендохондральна осифікація (моделювання) – це процес, при якому кісткова тканина утворюється з хрящової. Хрящова тканина не містить судин, тому вона може витримувати навантаження. Інтрамембранозною осифікацією (моделювання) називається процес, при якому кісткова тканина синтезується остеобластами, присутніми в мезенхімі. Поверхнєве ремоделювання – це процес зміни форми та розміру вже утвореної кістки шляхом аппозиції або резорбції. Первинне зміщення – це зміна положення кістки шляхом її власного збільшення, а вторинне зміщення представляє собою процес зміни положення кістки шляхом росту суміжної прикріпленої кістки.

Отже, можна констатувати, що верхня щелепа росте за рахунок росту в швах між склепінням черепа і базисом черепа та поверхнєвого ремоделювання. Активний період росту верхньої щелепи в сагітальній площині (первинне зміщення) припадає на 8-11 років. Переміщення нижньої щелепи також відбувається вниз і вперед, але найбільше ріст відбувається по задній поверхні гілки нижньої щелепи та на суглобовому відростку. Активний ріст нижньої щелепи починається в стадії CS2.

Висновки: Для правильного складання плану лікування ми повинні знати і розуміти концепції росту і розвитку щелепно-лицьового комплексу. Знаючи період активного росту відповідної зони, ми можемо найбільш раціонально впливати на неї.

## Зміст

### СЕКЦІЯ «КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА»

МЕЗОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГНІЗДОВОЇ АЛОПЕЦІЇ <b>Авдєєнко В.І.</b> .....	3
ВАЖЛИВІСТЬ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ АТО <b>Антонець А. О., Грибовод І. І.</b> .....	4
ПРОЛОНГОВАНА РЕГІОНАРНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ВЕРХНІЙ КІНЦІВЦІ В ТРАВМАТОЛОГІЇ-ОРТОПЕДІЇ <b>Бабич Е.В., Головня В.Ю.</b> .....	5
ДОСЛІДЖЕННЯ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИСЕПТИКІВ КЛІНІЧНИХ ШТАМІВ А. ВАУМАННІІ, ЩО КОЛОНІЗУЮТЬ ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ ВАЖКОХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ <b>Багнюк Н. А., Левченко Б. І.</b> .....	6
КАРДІОВАСКУЛЯРНІ НАСЛІДКИ СИНДРОМУ СОННИХ АПНОЕ <b>Барабан Ю.А., Сніжко О.М., Стародуб В.В., Тимченко С.С.</b> .....	7
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ НЕЙРОАКСІАЛЬНОЇ БЛОКАДИ В ОРТОПЕДІЇ І ТРАВМАТОЛОГІЇ <b>Борісова Н.В., Гресь Я.А.</b> .....	8
КОРЕКЦІЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХООБСТРУКЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРОЯВІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ <b>Булах О.А., Кришталь Н. В., Короткова Ж.В., Кустова А.А.</b> .....	9
РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДО ПЛІСНЯВИХ ГРИБКІВ У ХВОРИХ З РЕСПІРАТОРНОЮ ПАТОЛОГІЮ <b>Вершенко Д. С.</b> .....	10
ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЕЛІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З COVID-19. <b>Вишар К.Р., Глинська В.В., Яровий Б.Ю., Пасічник С.Ю., Плакса В.М.</b> .....	11
ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ ГЕМІКРАНІЇ <b>Гекалюк К.А., Костюк Р.С., Пасюта О.А.</b> .....	12
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ, УСКЛАДНЕНОГО ПОРУШЕННЯМ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ШКІРИ <b>Герасименко Т.П.</b> .....	13

<p>ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПНЕВМОНІЇ АСОЦІЙОВАНОЇ З COVID-19 Геревич Н.Р., Жуков Є.В., Кірейчук Д.С., Сидоренко А.І., Юрко В.В. ....</p>	14
<p>ЛІКУВАННЯ РІЗНОКОЛЬОРОВОГО ЛИШАЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ Герич С.Р. ....</p>	15
<p>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ОСНОВНИХ ВИДІВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ СКЛАДНИХ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ Годуадзе Г.Н., Дідик Н.Р. ....</p>	16
<p>ДИСТАЛЬНА РЕІНСЕРЦІЯ ДВОГОЛОВОГО М'ЯЗА ПЛЕЧА ПРИ ТРАВМАТИЧНОМУ ВІДРИВІ Головко Д.В., Джумаєв М.У., Чумаченко М.О. ....</p>	17
<p>ФАКТОРИ РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ Гончаренко О.О., Даценко І.В., Старікова М.С., Дусько Д.М. ....</p>	18
<p>РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СПАДКОВОЇ ТРОМБОФІЛІЇ У МЕШКАНОК ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ Гречко Г.О., Обідець А.М., Клименко О.В., Стрельнікова О.В. ....</p>	19
<p>КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ НІТРЕСАНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ Грінченко К.М., Дубінін О.С., Заяць Ю.Б., Котельник І.І., Піддубняк Т.А., Рябовіл Я.В. ....</p>	20
<p>МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ БУДОВИ НЮХОВИХ ЦИБУЛИН ЛЮДИНИ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ COVID-19- АСОЦІЙОВАНИХ ПНЕВМОНІЙ Грінько Р.М. ....</p>	21
<p>ВПЛИВ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА АЕРОДИНАМІКУ ПОРОЖНИНИ НОСА ТА НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ Демченко Ю.В. ....</p>	22
<p>ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОЛОВКИ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ Дмитрієв М.В., Кравцов І.В. ....</p>	23
<p>ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КЛАСИЧНИХ МАРКЕРІВ СИСТЕМОГО ЗАПАЛЕННЯ НА ЕТАПІ РАНЬОГО ДІАГНОЗУ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ Дядькова В.С., Єрмолаєва А.В., Зінченко О.А., Журба Ю.П., Булатенко А.А. ....</p>	24

ГІСТЕРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ У ПАЦІЄНТОК З НЕПЛІДДЯМ Дяченко К.І., Головка І.Ю., Кузнецова К.І., Черничко П.П.....	25
КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБУ Дячук М.В., Донець А.С., Коляндра В.В., Слабун Д.Ю. ....	25
ВИЗНАЧЕННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ СЕДАЦІЇ У ПОРІВНЯННІ З ТІОПЕНТАЛОМ НАТРІУ ПІД ЧАС СУБАРАХНОЇДАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ Єрохін С.О., Мерзликін Є.В. ....	26
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ СТАНУ ПЛОДА ЗА ДАНИМИ КАРДІОТОКОГРАФІЇ ПАЦІЄНТОК ВІДДІЛЕННЯ ПАТОЛОГІЇ ВАГІТНОСТІ КНМП «КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР ІІ РІВНЯ» Жорова Л.А.,Корицька Т.С., Мовчан Л.А., Тур О.О. ....	27
БІОЛОГІЧНИЙ ЗВОРОТНІЙ ЗВ'ЯЗОК В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ЕВАКУАТОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ТАЗОВИХ ОРГАНІВ Заклепний Д.І.....	28
ПРОФІЛАКТИКА СИНОВІАЛЬНОГО ХОНДРОМАТОЗУ В ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОМУ ПЕРІОДІ У СПОРТСМЕНІВ Захаренко В.І., Кирилишен Д.О., Трибрат А.А. ....	29
ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТА ТРАДИЦІЙНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ Зезекало Є.О. ....	30
ПІДВИЩЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ, ШЛЯХОМ ОЦІНКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА АНАТОМО-МОРФОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) Іванченко А.Ю., Сень М.С. ....	31
ВПЛИВ АКНЕ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ Кацун М.Ю.....	32
ВИЯВЛЕННЯ МОЖЛИВОГО ВПЛИВУ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА Кишка О.Г., Засць А.А., Дрючко Т.С., Бутенко Ю.С., Кіяшко Д. В.....	33

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК <b>Клепач А.М., Карабець Д.О., Солонець О.С.</b> .....	34
ВПЛИВ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗИ <b>Климко В.О., Лугова Ю.Р., Одарушенко В.В., Піддубна Є.А., Підлісна Н.О.</b> .....	35
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТАР-БЛОКА ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА ПОРІВНЯННІ З НАРКОТИЧНИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНМУ ПЕРІОДІ <b>Коваленко Т.О., Васильєва Т.А.</b> .....	36
ДИНАМІЧНІ ТЕСТИ ДЛЯ ОЦІНКИ СПРИЙНЯТЛИВОСТІ ДО ІНФУЗІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПРИ СЕПТИЧНОМУ ШОЦІ <b>Конопляник Є.О., Бабич Ю.Г.</b> .....	37
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST <b>Корнієнко В.Ю., Котік Т.О., Таравська О.В., Сокол С.О., Монастирський В.В., Ювженко О.С.</b> .....	38
ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕТИНОЇДІВ ПРИ АКНЕ <b>Костенко О.В.</b> .....	39
ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЛЕГЕНЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МУКОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ <b>Кравцова Ю.В., Лаврик Я.Р., Лизенко Т.Г., Луценко Я.В., Новак В.Ю.</b> .....	39
ЛІКУВАННЯ ЧЕРЕЗВИРОСТКОВИХ ПЕРЕЛОМІВ У ДІТЕЙ <b>Кузнєцов М.І.</b> .....	41
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕМОЛІЄНТІВ У ХВОРИХ АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ В ЯКОСТІ ДОГЛЯДОВОЇ ТЕРАПІЇ. <b>Кулибаба О. В., Сахіб Сафаа Саад Сахіб</b> .....	41
ОСОБЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ ПЕЧІНКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <b>Маркіна А.Ю., Семко Ю.О.</b> .....	42
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕЙРОБОРЕЛІОЗУ <b>Могила О.О., Матвіць Г.М., Рижа Л.В.</b> .....	43

ЗАХОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ШТУЧНІЙ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ <b>Олійник А.О., Шевченко І.С Білишко А.В.</b> .....	44
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ТА КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВЕРТЕБРОГЕННИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ <b>Орихівська М.Р., Улинець А.А.</b> .....	45
ОЦІНКА СПЕКТРУ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СЕЗОННИМ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ В ПОЛТАВСЬКОМУ РЕГІОНІ <b>Перетятко О.С., Бойко Т.О., Олійніченко М.О., Смоктей А.І.</b> .....	46
ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ <b>Погребняк О.Р.</b> .....	47
ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ <b>Полежаєв Д.О., Рибальченко Є.В., Савуляк Т.М., Семонченков А.І., Швець С.М.</b> .....	48
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА, ОДНОМОМЕНТНА (ЛАПАРОСКОПІЧНА І ЕНДОСКОПІЧНА) ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНИЙ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНІЙ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ <b>Попов М.М.</b> .....	49
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПОДОВЖЕНОЇ ЕПІДУРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАНКРЕАТИТУ <b>Пустовар Д.С., Гордієнко І.С.</b> .....	50
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДРЕНУВАННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛАНГІТУ <b>Растовецький О.Л.</b> .....	51
МЕНЕДЖМЕНТ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У РЕВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ: ФОКУС НА НПЗП <b>Рибальченко Є.В., Савуляк Т.М.</b> .....	52
МЕТОДИ ЗАМІЩЕННЯ КІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕПА У ДІТЕЙ <b>Рибачук В.О.</b> .....	53
ОБТЯЖЕНИЙ АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАГРОЗЛИВОГО АБОРТУ <b>Саула Н.О., Шаповал Р.С., Шевчук У.В., Прищеп С.В.</b> .....	54

ОЦІНКА РІВНЯ СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ - АСТМА/ХОЗЛ ПЕРЕХРЕСТ Солов'ян М.О., Темник Л.П., Філяшин О.І., Ханенко О.Г., Бунецька А.В., Шуміло О.І.....	55
ВПЛИВ М-ХОЛІНОБЛОКАТОРІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ДГПЗ Тарасенко В.О., Рогов В.В. ....	56
ПОРІВНЮВАЛЬНИЙ АНАЛІЗ УРАЖЕНЬ ЯЄЧНИКІВ ЕНДОМЕТРІОЇДНОГО ТА ІНШОГО ГЕНЕЗУ Тернова Т.О., Денисенко А.А., Ковтун А.В., Пасюк А.В.....	57
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБУ ВАЛАЦИКЛОВІРУ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕНІТАЛЬНОГО ГЕРПЕСУ Тітенко В.С. ....	58
ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ Тулянцева Є.О.....	59
РОЛЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МІКРОБНОЇ ЕКЗЕМИ У ЖІНОК ПЕРИМЕНАПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ Уграновська А.І.....	60
ДИНАМІКА ТВОРЧОСТІ ГЕНІАЛЬНИХ ХУДОЖНИКІВ ВІД ЕПОХИ РЕНЕСАНСУ ДО СУЧАСНОСТІ, ЯКІ МАЛИ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ Федорова О.Ю. ....	61
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХАРЧОВОЇ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ТА ШКІРНИМИ ПРОЯВАМИ ХАРЧОВОЇ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ Филенко Д. М., Мельниченко М.І., Попов М.О., Польська К.Р.....	63
ВНУТРІШНЬОУТРОБНЕ ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА: ДІАГНОСТИКА І ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ Чамата К.Г., Гордієнко А.О., Роненко (Кальчева) К.В., Бражник А.С.....	64
СТАН ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА COVID-19 Шуляньська А.Г., Кириченко К.Є., Донченко В.О., Дорошенко О.О., Ількун Д.О., Солов'ян М.О.....	65



## **СЕКЦІЯ «СТОМАТОЛОГІЯ»**

НОВИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ Бенні А.Ю., Коваль Д.О., Кодіров Улугбек, Петренко А.В., Дорошенко О.В.....	67
СТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ Босвець К.С., Буряков Є.В., Михайлов Б.О., Павлов А.П., Стасів С.О. ....	68
ПСИХОЛОГІЯ ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПРИЙОМУ Бугрим К.Р. ....	69
АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ ЗУБІВ Головач А.О., Короткіх А.О., Лобода Я.Р., Плахотя О.С., Работа Є.В., Сошенко Ю.В., Сушич О.В., Кіптілий А.В. ....	70
ЕТАПИ ПАРОДОНТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАМІНЮЮТЬ КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ТЕРАПІЇ ПАРОДОНТИТУ Дзюба А. Г., Іоєнко В. О. ....	71
МОТИВАЦІЯ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ Жуковська-Шоломицька А.В. ....	72
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ОЦІНКИ ПОЛОЖЕННЯ НИЖНІХ РІЗЦІВ Загоранська Н.Є.....	73
ВИЗНАЧЕННЯ ЗНАЧИМОСТІ САНІТАРНО-ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ДЕНТАЛЬНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ НАСЛІДКІВ Зененко Ю.О., Стельмашук В.А. ....	74
ФІТОТЕРАПІЯ ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ Зубенко М.В., Ткаченко В.В., Ташріфов Ф.Х., Дегтярьова О.В., Безбородов Д.І., Мовчан М.О. ....	75
СВОЄЧАСНЕ ВІЯВЛЕННЯ ПАПІЛОМ НА СЛИЗОВІЙ ОБОЛОНЦІ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ Кашкалда Ю. В., Білоус Д. Д., Саркісян О. Г., Зима В.В.....	75
РОБОТА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА В УМОВАХ АДАПТИВНОГО КАРАНТИНУ Кисельова А.О., Вєтрова О.О., Новікова А.Ю., Циба П.В.....	76

ПЕРЕБІГ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ. Кишинська О.І. ....	78
ЛІКУВАННЯ ДИСКОЛОРИТІВ ДЕВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ МЕТОДОМ ВІДБІЛЮВАННЯ Коренькова К.А., Загреба О.Ю., Кравченко П.А., Полонець І.Ю., Некраш О.О., Краженко М.С., Рішко Д.А., Бушинська Є.В. ....	80
ПСИХОЕМОЦІЙНА СКЛАДОВА В КЛІНІЦІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ Криворучко О.О. ....	81
АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) Кудря А.І., Моторна В.В. ....	82
АЛГОРИТМ ПРЯМОЇ РЕСТАВРАЦІЇ ПЕРЕДНІХ ЗУБІВ В РАМКАХ КОНКУРСУ ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЯК ЗАПОРУКА ЗАПОБІГАННЯ ПОМИЛОК Литвин В.В. ....	83
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ НА ХІРУРГІЧНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ Литвин В.В. ....	84
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ФОРМУВАННЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) Мануйлик Б.І. ....	85
МЕТОДИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ Мелешко О.О. ....	86
ФЕНОМЕНИ БОЛЮ В СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА Мисік Я.С. ....	87
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ТЕХНІК, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ДЛЯ ТИМЧАСОВОГО (ПРОВІЗОРНОГО) ШИНУВАННЯ Полонець І.Ю., Краженко М.С., Загреба О.Ю., Коренькова К.А., Кравченко П.А., Божко А.О., Бережняк В.О. ....	88
СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ ЗНІМНИХ КОНСТРУКЦІЙ ПРОТЕЗІВ Полянська А.С. ....	89

ДИНАМІКА ДІЄНОВИХ КОН'ЮГАТИВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ СПОНТАННОМУ ПАРОДОНТИТИ НА ТЛІ РІЗНОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ <b>Рева О.П.</b> .....	89
ПРОЯВИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ДІТЕЙ <b>Семеніченко Н.В., Марченко С.А.</b> .....	90
ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ЗУБІВ ПІСЛЯ ГОСТРОЇ ТРАВМИ У ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ <b>Стельмашук В.А., Зененко Ю.О.</b> ,.....	91
МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ <b>Сушич О. В.</b> .....	92
РОЗРОБКА ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ ВИВЧЕННЯ КАРІЄСРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ЗУБІВ <b>Ткаченко В.Р., Шевченко Д.В., Амірханян А.А., Бабанян В.Е., Пінчук Б.В., Татаровський М.О.</b> .....	92
ОЦІНКА ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ <b>Тулянцева Є.О.</b> .....	93
ПРОЯВИ СИНДРОМУ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ: ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇХ ВИРІШЕННЯ <b>Хардіна І.Р., Ткаченко В.О.</b> .....	94
СТОМАТОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА НА ДИТЯЧОМУ ПРИЙОМІ У РЕГІОНАХ З ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ <b>Цокур Д.В., Іванова Л.В., Нелюбін Н. М., Севастьянов Є. Ю.</b> .....	96
КОРЕЛЯЦІЯ СВОЄЧАСНОГО СТИМУЛЮВАННЯ РОСТУ ВЕРХНЬОЇ ТА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕП З РЕЗУЛЬТАТОМ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ <b>Шевчук А.Р.</b> .....	97



