

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

## ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

*Всеукраїнської науково-практичної  
конференції  
лікарів-інтернів*

*23 травня 2024 р.*



*Полтава - 2024*

### *Редакційна колегія*

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

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

## Секція «КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА»

### КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПЛЕЧО-ЛОПАТКОВО-ЛИЦЕВОЇ М'ЯЗОВОЇ МІОДИСТРОФІЇ ЛАНДУЗІ-ДЕЖЕРІНА

*Бабак Д., Карпенко С., Кушнір Р., Чубич І., Науменко С., Трохіна Р.*

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

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Плечо-лопатково-лицева міодистрофія Ландузі-Дежеріна є найбільш поширеним типом м'язової дистрофії. Основними симптомами міодистрофії є слабкість м'язів обличчя та м'язів верхніх кінцівок: плечового поясу та м'язів плеча.

Мета. Поглибити знання щодо своєчасної діагностики плечо-лопатково-лицевої міодистрофії Ландузі-Дежеріна для призначення лікування та попередження прогресування захворювання.

Методи дослідження: клініко-генеалогічний, клініко-неврологічний, медико-генетичний, загальноклінічні, параклінічні.

Хворий О., 38 років, бухгалтер, перебував на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» зі скаргами на слабкість у верхніх та нижніх кінцівках, більше виражену у верхніх (не може підняти руки вище горизонталі), неможливо міцно зажмури очі та стиснути губи, змінилась міміка, посмішка, губи стали товщими, мова нерозбірливою. Хворіє з 11-ти років, коли почав відмічати слабкість в руках, яка поступово наростала, особливо після фізичних навантажень, пізніше приєдналась слабкість в м'язах обличчя, з 30-ти років з'явилась слабкість в ногах. Відомо, що такі ж симптоми були у батька, бабусі та інших родичів по батьковій лінії.

Неврологічний статус. Інтелект збережений. Гіпомімія обличчя, лагофталм, протрузія верхньої губи (губи тапіра), «поперечна посмішка». Гіпотрофія м'язів плечового поясу, проксимальних відділів верхніх і нижніх кінцівок. Зниження сили в проксимальних відділах рук (до 2-х балів) та ніг (до 3-х балів). Гіпотонія в проксимальних відділах кінцівок. Глибокі рефлекс  $s=d$ , знижені, переважно з біцепса та трицепса. «Крилоподібні лопатки». С-м Бівора (+). Сколіотичні явища

хребта, гіперлордоз у поперековому відділі хребта. Деформація грудної клітки. Обмеження рухів в плечових суглобах.

У біохімічному аналізі крові – підвищення КФК (968,81 Од/л). Голкова ЕМГ: ознаки хронічного (неактивного) первинно-м'язового процесу плечо-лопатково-лицевого розподілення. К. генетика: плечо-лопатково-лицева мідистрофія Ландузі-Дежеріна. Проведено лікування: нейрометаболічні, антихолінестеразні препарати, вітамінотерапія, піримідинові нуклеотиди.

Висновок. Плечо-лопатково-лицева мідистрофія Ландузі-Дежеріна характеризуються прогресуючою м'язовою слабкістю, атрофією м'язів та руховими розладами. Своєчасна діагностика даної патології, симптоматичне лікування та обмеження фізичних навантажень дасть можливість попередити прогресування захворювання, розвиток необоротних ускладнень та покращити якість життя пацієнта.

## ОСТЕОПОРОЗ І САРКОПЕНІЯ У ЖІНОК З ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ

*Бадай І., Михайленко Л., Сільванюк С., Щербина В., Бурсала Т.*

Науковий керівник: доцент Ткаченко М.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Проблема остеопоротичних переломів стає все більш актуальною по мірі старіння населення. У той же час, загальновідомо, що ревматоїдний артрит (РА) є окремим фактором ризику розвитку остеопорозу. Водночас, малодослідженим залишається питання впливу активності РА на розвиток та перебіг остеопоротичних (ОП) уражень кісток.

Метою нашого дослідження стало оцінка стану мінеральної щільності кістки (МЩК), частоти остеопорозу (ОП) та саркопенії (СП) у жінок, які страждають на псоріатичний артрит (ПсА).

Обстежено 41 жінку (середній вік  $57,0 \pm 7,2$  роки) з достовірним діагнозом ПсА. Проводились такі дослідження: опитування за спеціальною анкетною; тести з метою оцінки функціонального стану м'язів, включаючи визначення їх сили. Для визначення ступеню остеопоротичних змін кісток ми використовували дані двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії хребта в прямій проекції, а саме показник T критерію та Z критерію.

СП за критеріями EWGSOP2 діагностовано у 21 (25,7%), ОП – у 23 (28,7%) та остеопенію – у 37 (46,2%) пацієнток. ОП у пацієнток із

СП зустрічався у 36,0%, а без СП – у 28,7% випадків ( $p > 0,05$ ). МЩК у шийці стегна й у проксимальному відділі стегна загалом була значно менше за наявності СП, ніж без СП ( $p = 0,0006$  і  $p = 0,0061$  відповідно). Частота падінь у пацієток із СП була значно вищою, ніж у групі без СП ( $p = 0,027$ ). Імовірність основних остеопоротичних переломів і переломів стегна, розрахована за алгоритмом FRAX®, в осіб із СП була більшою, ніж у групі без СП ( $p = 0,042$  та  $p = 0,033$  відповідно). Виявлено позитивні кореляції МЩК з індексом маси тіла, апендикулярною м'язовою масою, апендикулярним м'язовим індексом, силою кисті, окружністю плеча, вмістом кальцію, креатиніну та сечової кислоти у сироватці крові та негативні – з віком, тривалістю постменопаузи та тривалістю ПсА.

Таким чином, СП і ОП – часті ускладнення ПсА, при цьому ОП дещо частіше виявлявся у хворих на ПсА з СП у порівнянні з особами без СП (36,0 та 28,7% відповідно). За наявності СП частіше відбувались падіння і був вище ризик остеопоротичних переломів за алгоритмом FRAX®. Нами виявлені асоціації між МЩК та деякими показниками стану м'язової тканини, що вимагає продовження досліджень для виділення предикторів зниження МЩК та м'язової маси у хворих, які страждають на ПсА, та розроблення комплексного підходу до профілактики цих ускладнень.

## АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

*Балюрко І.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. У теперішній час у світі понад 90% всіх гінекологічних операцій виконується лапароскопічно. Все частіше такі операції проводяться в умовах регіонарної анестезії.

Мета. Порівняння перебігу післяопераційного періоду у пацієток, які зазнали лапароскопічних гінекологічних втручань в умовах загальної або регіонарної анестезії.

Матеріали та методи. У проспективне когортне дослідження було включено 208 пацієток гінекологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР», яким виконувались лапароскопічні консервативна міомектомія та екстирпація

матки з придатками у 2022-2023 роках. Середній вік пацієнок становив  $44,78 \pm 8,01$  років. Пацієнтки були розподілені на дві групи: у першій використовували загальну анестезію (ЗА) зі штучною вентиляцією легень (група ЗА) ( $n=103$ ), у другій комбіновану регіонарну анестезію (група РА) ( $n=105$ ).

Досліджувались інтенсивність болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) через 3, 6 та 12 годин після операції, частота виникнення післяопераційної нудоти та блювання, час активізації пацієнок та рівень задоволеності пацієнок лікуванням за шкалою Лайкерта (1-5 балів) через 3 місяці після операції.

Результати дослідження. Впродовж усього післяопераційного періоду оцінка болю за ВАШ була достовірно нижчою серед пацієнтів групи РА. Найбільша різниця між показниками в обох групах спостерігалась через 3, 6 та 12 годин після операції (бали за ВАШ у групі ЗА були більше, ніж у групі РА у 6,4 раза). Частота виникнення післяопераційної нудоти та блювання була вірогідно вищою у групі ЗА – 20,4% порівняно з 5,7% у групі РА. Активізація пацієнок групи РА починалась через  $5,2 \pm 0,41$  години, тоді як в групі ЗА – через  $16,7 \pm 1,1$  години. Рівень задоволеності пацієнок лікуванням за шкалою Лайкерта через 3 місяці після операції в групі РА склав  $4,67 \pm 0,41$  бала, що показало більшу задоволеність лікуванням, ніж у групі ЗА, де цей показник становив  $4,15 \pm 0,73$  бала.

Висновки. Комбінована регіонарна анестезія – ефективний метод знеболювання лапароскопічних гінекологічних операцій. Саме така багатокомпонентна методика, за результатами нашого дослідження, є більш ефективною, безпечною, комфортнішою для пацієнтів.

## ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Батрак Є.*

Науковий керівник: асистент Заєць С.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ), також відома як гіперплазія передміхурової залози (ГПЗ) або аденома передміхурової залози, є поширеною проблемою серед чоловіків старше 50 років. Це стан, при якому передміхурова залоза збільшується в

розмірах через гіперплазію клітин. Актуальність проблеми полягає в її поширеності та впливі на якість життя чоловіків. Симптоми гіперплазії передміхурової залози (ГПЗ) можуть включати частіше сечовиділення, особливо вночі (ніктурія), важкість при сечовиділенні, слабкість струменя сечі, неспроможність повністю спорожнити сечовий міхур та інші неприємні відчуття. Ці симптоми можуть значно впливати на якість сну, робочу продуктивність та загальний комфорт життя.

Мета. Порівняння трансуретральної резекції передміхурової залози з відкритою простатектомією.

Матеріали і методи. Було досліджено 12 випадків пацієнтів, які мали доброякісну гіперплазію передміхурової залози. З основної групи 6 пацієнтів пройшли трансуретральну резекцію передміхурової залози, а інші 6 в контрольній групі – відкриту простатектомію. Середня вікова категорія пацієнтів становила 59,5 років. Під час післяопераційного періоду ми оцінювали наступні параметри: рівень болю, активність пацієнтів та тривалість перебування в ліжку.

Результати нашого дослідження показують, що у пацієнтів, яким проведено трансуретральну резекцію передміхурової залози, больовий синдром в середньому триває на 60% менше, ніж у тих, хто був прооперований відкритою простатектомією. Також виявлено, що час перебування в лікарні в контрольній групі у середньому коротший на 30%, ніж в основній групі. Важливо зазначити, що активізація пацієнтів майже не залежить від методу хірургічного лікування.

Висновки. Після аналізу вказаних вище показників, ми прийшли до висновку, що післяопераційний період у пацієнтів, яким була проведена трансуретральна резекція передміхурової залози, значно сприятливіший, ніж у тих, кому були проведені відкриті простатектомії. З урахуванням цих результатів, в сучасних умовах ми рекомендуємо пацієнтам з доброякісною гіперплазією передміхурової залози.

## ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

*Безкровний О.*

Науковий керівник: професор Ксьонз І.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Варикозне розширення вен сім'яного канатика та гроноподібного сплетення яєчка (варикоцеле) діагностують у 1% хлопчиків

у віці до 10 років. У період статевого дозрівання кількість виявлених випадків варикоцеле зростає до 15%. У більшості випадків патологія має безсимптомний перебіг, хоча біль у калитці та гіпотрофія яєчок можуть бути її ознаками.

Мета. Аналіз досвіду лікування варикоцеле у дітей та підлітків.

Методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 267 випадків варикоцеле у дітей у період 2013-2023 рр. Вік хворих від 9 до 18 років, середній вік 14,03 років. В усіх випадках варикоцеле було лівобічним, випадків право- або двобічного варикоцеле не зафіксовано. Оперативне лікування виконували хворим з варикоцеле II та III ступеня. Термін післяопераційного спостереження до 6 років.

Основні результати. Оперативне лікування варикоцеле проводилося за допомогою операції за Іванісевичем – 125 (46,8%), лапароскопічної корекції варикоцеле – 138 (51,7%), операції Мармара – 4 (1,5%). При лапароскопічній корекції обробка яєчкової вени проводилася шляхом її перев'язки – 16 (%) випадків, кліпуванням – 37 (%), електролігуванням – 85 (%).

Порівнюючи результати лапароскопічної корекції та операції за Іванісевичем, можна зазначити, що після лапароскопічної операції процес відновлення проходив значно швидше з кращим косметичним результатом. Кількість рецидивів та ускладнень істотно не відрізнялася. Також лапароскопічна корекція варикоцеле дозволяла краще візуалізувати усі необхідні для хірурга анатомічні структури (у тому числі варіанти з двома та більше стовбурами яєчкових вен), досягти збереження паравазальних лімфатичних судин та яєчкової артерії.

Рецидив захворювання виник у 4 випадках (1,5%). Епізодів інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень не спостерігалось, у віддаленому післяопераційному періоді у 3 (1,1%) хворих виникло лівобічне гідроцеле, що потребувало додаткової хірургічної корекції.

Висновок. З огляду на відновлюваність та косметичність лапароскопічна корекція варикоцеле є сучасною альтернативою відкритим оперативним втручанням. Кількість рецидивів та ускладнень при використанні обох методів істотно не відрізняються.



## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

*Біцосва А., Антоненко М., Котляр А., Проць А.*

Науковий керівник: доцент Настрога Т.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Однією з найважливіших медико-соціальних проблем як в Україні, так і в світі в залишається хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих похилого віку на ХОЗЛ групи В інфекційного загострення помірної важкості, за допомогою включення до комплексного лікування топічної терапії препаратів Беродуал, через небулайзер та Флу-Ацил Бронхо.

Методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 30 хворих похилого віку на ХОЗЛ гр. В. Середній вік пацієнтів становив  $66,3 \pm 2,1$  роки. Пацієнти були розподілені на дві групи: першій контрольній ( $n=15$ ) призначали базисну терапію (антибактеріальну, комбіновану бронхолітичну терапію у вигляді дозованого аерозолу беродуал по 1 вдиху 3 рази на добу та муколітичну терапію ацетилцистеин (АЦЦ) по 200 мг 3 рази на добу №10. У другій основній групі ( $n=15$ ) на фоні антибактеріальної терапії застосовували небулайзерну терапію по 2 мл беродуалу та комбіновану муколітичну терапію препаратом Флу-Ацил Бронхо 2 рази на добу №10.

Основні результати. Після проведеної терапії, через 10 діб відмічено суттєві розбіжності у термінах регресу основних симптомів захворювання. Так, середні терміни зникнення кашлю у хворих основної групи становили  $7,6 \pm 0,51$  доби, тоді як у хворих контрольної групи  $9,4 \pm 0,74$  діб ( $p < 0,05$ ). Середні терміни зникнення задишки у хворих основної групи склали  $6,8 \pm 0,6$ , тоді як у хворих контрольної групи –  $8,4 \pm 0,47$  ( $p < 0,05$ ). Аналіз показників функції зовнішнього дихання свідчить, що після проведеної терапії у хворих основної групи, ОФВ1 збільшився на 26,7% (з  $34,6 \pm 1,41$  до  $47,2 \pm 1,35$ ) ( $p < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи на 19,3% (з  $36,8 \pm 1,52\%$ , до  $43,9 \pm 1,29\%$ ), ( $p < 0,05$ ). При опитуванні хворих за шкалою ММДР виявлено, що середній показник загальної суми балів до лікування у хворих основної групи становив  $3,22 \pm 0,43$  балів, після лікування –  $1,14 \pm 0,31$  балів ( $P < 0,05$ ), що свідчить про суттєве зменшення впливу симптомів захворювання на якість життя пацієнтів Тоді, як у хворих

контрольної групи після лікування показники покращились не суттєво, до лікування –  $3,26 \pm 0,83$ , після лікування  $1,7 \pm 0,7$  ( $P > 0,05$ ).

Висновки. Отримані результати свідчать, що комплексна терапія хворих похилого віку на ХОЗЛ гр. В, із застосуванням небулайзерної доставки комплексного препарату, що містить іпратропія бромід з фенотеролом гідробромідом та послідовного застосування розчину N-ацетилцистеїну з гіпертонічним розчином натрія хлориду, сприяють суттєвому регресу в термінах зникнення основних симптомів захворювання – кашлю, покращенню бронхіальної прохідності та якості життя пацієнтів.

## ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

*Бодня А., Гащенко В., Макаренко І., Рябокін В.*

Науковий керівник: доцент Таряник К.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Хвороба Паркінсона (ХП) проявляється цілим спектром моторних та немоторних симптомів. Одним із немоторних проявів захворювання є больовий синдром, який при ХП може носити різноманітний характер.

Мета роботи: вивчити характер больових відчуттів та їх вплив на якість життя пацієнтів із різними клінічними формами хвороби Паркінсона.

Методи дослідження. Нами проведено обстеження 40 пацієнтів із ХП, що знаходились на обстеженні та лікуванні в Центрі для пацієнтів із ХП на базі кафедри нервових хвороб ПДМУ та неврологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Всім пацієнтам проведено комплексне неврологічне обстеження з використанням шкали Хен та Яр, UPDRS, NMSS, Швабе та Інґленд, ВАШ, опитувальник Мак-Гіла. Всі пацієнти отримували лікування препаратами леводопи. Для статистичного аналізу отриманих результатів використовували програмне забезпечення Microsoft Office Excel 2019 (Microsoft Corp., США), IBM SPSS Statistic 26.0 (IBM Corp., США) та EZR Statistics 1.2 (Університет Джичі, Японія). Нормальність розподілу у вибірках оцінювали відповідно критерію Шапіро-Уїлка.

Основні результати. Середній вік обстежених пацієнтів склав  $57,8 \pm 9,4$  р. Середня тривалість захворювання у пацієнтів І групи становила  $5,4 \pm 2,3$  роки та у пацієнтів 2 групи –  $6,7 \pm 3,6$  роки. Середня

доза леводопи в межах  $375 \pm 62,5$  мг до  $500 \pm 62,5$  мг в залежності від стадії. Згідно шкали Хен та Яр у I групі 68% пацієнтів мали 2 стадію, а 32% – 3 стадію захворювання. У II групі у 57% пацієнтів 2 стадія та у 43% – 3 стадію захворювання. Згідно NMSS встановлено наявність нейропатичного (у 30% I та 40% II групи), центрального, дистонічного (у 12% першої та у 7% 2-гої груп), периферичного болю – у 60% першої та 41% – другої груп. Згідно 3 частини шкали UPDRS, найвищий бал у пацієнтів із акінетико-ригідною формою захворювання як в період виключення (27 балів), так і в період виключення (21 бал), в порівнянні з пацієнтами з акінетико-ригідно-тремтячою формою захворювання (20 балів та 16 балів). Згідно ВАШ біль оцінювався як помірний – у 50% першої та 20% другої групи, виражений – у 15% пацієнтів першої та 7% – другої групи. За даними шкали Швабе та Інгланда у пацієнтів із акінетико-ригідною формою захворювання виявлено функціональне зниження у вигляді падіння відсотку за даними шкали до 80%.

Висновки. У пацієнтів із хворобою Паркінсона спостерігаються різні види больового синдрому: дистонічний, периферичний, нейропатичний, центральний. Переважає помірно-виражений характер больового синдрому, з домінуванням у пацієнтів із ригідною формою захворювання. Найбільш впливає він на якість життя пацієнтів із акінетико-ригідною формою захворювання.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБИГУ КЛІЩОВОЇ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Бодня А., Валехновський Р., Кочкарова М., Мусієнко О., Шведченко В., Ступка В.*

Науковий керівник: доцент Силенко Г.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хвороба Лайма характеризується тяжким ураженням шкіри, опорно-рухового апарату, нервової системи, серця та є причиною етіологічно недиагностованих неврологічних та ревматологічних захворювань. Нейробореліоз часто імітує клініку інших неврологічних захворювань.

Мета: представити діагностичні критерії, перебіг нейробореліозу на прикладі клінічного випадку.

Хвора Н., 76 років, надійшла у неврологічне відділення зі скаргами на біль в правому кульшовому суглобі, що іррадіював в ліву ногу.

З анамнезу відомо, що вищевказані скарги з'явилися 2 тижні тому, а за 1,5 місяця до того був факт укуса кліща. Хворій призначено профілактичне лікування доксицикліном. Пацієнтка звернулась до невролога, рекомендовано стаціонарне лікування в неврологічному відділенні. При первинному огляді в неврологічному статусі: черепно-мозкові нерви без особливостей, парезів немає, глибокі рефлексії з рук та ніг без чіткої різниці, м'язова сила збредена, патологічні симптоми відсутні, гіпестезія за корінцевим типом в зоні L4, L5 справа. Хода щадна. Анталгічна поза. Симтом Нері, Ласега праворуч, напруження м'язів в поперековому відділі хребта. Встановлено попередній діагноз: Остеохондроз попереково-крижового відділу з правобічною люмбошіалгією. Нейробореліоз? Призначено: магнітно-резонансна томографія попереково-крижового відділу хребта, рентгенографія кульшових суглобів, кісток таза, правого стегна, аналіз крові на IgM до *Borrelia burgdorferi*. Результати рентгенографії свідчили про двобічний коксартроз, виявлені дегенеративно-дистрофічні зміни при нейровізуалізації попереково-крижового відділу хребта без ознак компресії корінців та спинного мозку та відсутні патологічні зміни в стегновій кістці. В аналізі крові було виявлено IgM до *Borrelia burgdorferi* та призначено консультацію інфекціоніста.

Враховуючи скарги, анамнестичні дані про укусу кліща та наявність антитіл в крові було встановлено діагноз: Хвороба Лайма, рання інфекція, нейробореліоз, радикулопатія попереково-крижового відділу. У ході лікування, стан пацієнтки покращився.

Різноманітність клінічних проявів кліщової нейроінфекції ускладнює своєчасну діагностику захворювання, про що свідчить представлений клінічний випадок. Пацієнтів зі стійким ураженням нервової системи невідомої етіології доцільно обстежувати на бореліозну природу хвороби з метою своєчасної діагностики, визначення тактики лікування та подальшої реабілітації.

## ВИКОРИСТАННЯ КРІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ АКНЕ ТА РОЗАЦЕА

*Бойко В., Клименко В.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне є одним із найпоширеніших дерматологічних захворювань, яке впливає на якість життя пацієнтів, особливо підлітків та молодих

дорослих. Це захворювання супроводжується появою комедонів, папул і пустул, що може призвести до психологічних проблем і соціальної ізоляції. У свою чергу розацеа – хронічне, рецидивуюче, поліфакторне захворювання шкіри обличчя, проявом якого є рожеві вугрі, що власне, і є однією з яскравих характеристик цього недугу. Кріотерапія, яка полягає у застосуванні холоду для лікування, відома своєю ефективністю в різних галузях медицини. Проте її застосування в лікуванні акне та розацеа ще потребує додаткового дослідження.

Метою цього дослідження є оцінка клінічної ефективності та безпечності кріотерапії в лікуванні акне та розацеа.

Для досягнення мети дослідження під спостереження було взято 22 пацієнта (12 пацієнтів з розацеа та 10 пацієнтів з акне) у віці від 20-45 років. Їм було проведено курс кріотерапії (10 процедур) у вигляді аплікацій рідкого азоту масажними рухами зон патологічного висипу по 7-8 хвилин в залежності від стану шкіри.

На початку проведення курсу кріотерапії у всіх пацієнтів з акне спостерігались папуло-пустульозні висипання і закриті комедони. У пацієнтів з розацеа спостерігалися гіперемія на лобі, щоках. Після 4 процедур кріотерапії у 4 (40%) пацієнтів з акне спостерігалось зменшення гіперемії, папуло-пустульозних висипань, зупинилась поява нових запальних та гнійних елементів, після 6 процедур у 8 (80%) відбулося сплюснення елементів, зменшення інфільтрації, деякі елементи висипки розрішилися, відносно початкового рівня. Після 10 процедур у всіх хворих на акне шкіра стала більш пружною, запалення зникло, комедони залишилися без змін. Після 3 процедур кріотерапії у пацієнтів з розацеа спостерігається зменшення почервоніння в середньому у 6 осіб (50%), а після 10 процедур у 9 (75%) пацієнтів з розацеа відносно початкового рівня.

Таким чином, застосування кріотерапії в лікуванні акне та розацеа може бути ефективним методом терапії, який допомагає покращити стан шкіри, зменшити запалення в вогнище патологічного процесу, зменшити папуло-пустульозні елементи, зупинити появу нових запальних та гнійних елементів, але не допомагає в лікуванні закритих комедонів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПОСТАКНЕ РУБЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНЕКЦІЙ ВИСОКОКОНЦЕНТРОВАНИХ ПОЛІНУКЛЕОТИДІВ У КОМБІНАЦІЇ З ГІАЛУРОНОВОЮ КИСЛОТОЮ

*Борсук Т., Хуголь Я.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Постакне – це стан шкіри після глибокого запального процесу. Зміни на шкірі виникають внаслідок еволюції елементів акне. До симптомокомплексу постакне відносять такі патологічні зміни на шкірі, як рубцеві деформації шкіри, постзапальна еритема, дисхромії шкіри (гіпо- або гіперпигментації). Тривалість хвороби напряму корелює з ризиком розвитку симптомокомплексу постакне. У патогенезі формування постакне безумовно має значення глибина пошкодження: еритема й пігментація є результатом епідермального пошкодження, тоді як рубцеві зміни – результат дермальної травматизації. Акне є однією з найпоширеніших дерматологічних хвороб, прояви якої мають до 90-95% населення земної кулі. Найчастіше дерматоз зустрічається у віці 12-25 років, захворюваність сягає 85%. При цьому, у 40% пацієнтів з акне спостерігають клінічні прояви постакне.

**Мета.** Оцінити ефективність місцевого застосування висококонцентрованих полінуклеотидів в комбінації з гіалуриновою кислотою (Rejuran S) в комплексному лікуванні постакне.

Під нашим спостереженням було 5 жінок та 2 чоловіків (7 осіб), які звернулися за допомогою в боротьбі з постакне, вік пацієнтів був від 16 до 38 років. У всіх хворих діагностовано постакне. Кількісна оцінка тяжкості перебігу за розміром елементів: рубці менше ніж 2 мм, 2-4 мм і більше 4 мм. Кількісна оцінка тяжкості перебігу симптомокомплексу вираховується за формулою G. Goodman і J.A. Baron.

Результат після ін'єкцій оцінювали на 3, 6, 9 місяці. Усі пацієнти впродовж курсу окрім ін'єкцій також використовували домашній догляд відповідно до типу шкіри. Активний інгредієнт у Rejuran – PDRN (polydeoxyribonucleotide). Саме цей компонент активує синтез колагену, що підвищує еластичність шкіри.

Результати від інекцій стали помітними на 3 місяць після проведених 2-х процедур, глибина рубців постакне зменшилась а також пігментація постакне стала світліше. Покращення стану шкіри відмітили усі пацієнти. Через 6 та 9 місяців відмічалось стійке

покращення результату та всі учасники відзначили ефективність препарату і його дієвість.

Висновки. Інекційне використання препарату що містить polydeoxyribonucleotide, а саме висококонцентрованих полінуклеотидів в комбінації з гіалуроновою кислотою (Rejuran S) в комплексному лікуванні постакне змін на шкірі дає стійкий та помітний результат уже після 3х місяців, є високоефективним та безпечним у використанні через свою біосумісність і має оптимальну молекулярну масу ДНК фракції для омолодження шкіри.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИТОПРОТЕКТОРОЇ ТЕРАПІЇ НА ПРОЯВИ ПРОДУКТИВНОГО ТА НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЮ У ХВОРИХ З БРОНХО-ЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Брюхович А., Задоя В., Кізюн М., Сидорова Я.*

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вірусні та бактеріальні інфекції викликають пошкодження захисного слизового слою бронхів, порушують мукоциліарний кліренс (МЦК), знижують самоочищення бронхів та сприяють загостренню хронічних бронхолегеневих захворювань. Одним із симптомів, що характеризує стан мукоциліарного кліренсу є кашель. Зниження вираженості проявів кашлю за допомогою цитопротекторів в комплексному лікуванні порушень МЦК є предиктором відновлення захисних функцій слизової оболонки та покращення бронхіальної прохідності.

Мета. Проаналізувати вплив цитопротектору ектоїну на різні види кашлю у хворих з бронхо-легеневою патологією.

Методи дослідження. Взято 53 пацієнта з симптомом кашлю. Середній вік становив  $42,6 \pm 2,8$  років. Розподіл проведено на дві групи: I група непродуктивний кашель – 24 пацієнта та II група – 31 пацієнт з продуктивним кашлем. Статистично значимої різниці між групами за статтю, віком немає. До I групи увійшли хворі з гострим трахеобронхітом 18 осіб та БА – 4 особи, 2 особи – пневмонія. До складу II групи увійшли хворі з ХОЗЛ – 24 особи, 2 пацієнта з пневмонією та 3 пацієнта з БА. Щоденно оцінювали прояви кашлю за опитувальником.

Хворі отримували протокольну терапію свого захворювання, додатково призначалась інгаляційна цитопротекторна терапія ектоїном

(препарат ектобрис 2,5мл 2р/д) протягом 10 діб. Оцінка ефективності лікування в обох групах обстежених проводилася за 4-бальною шкалою, де 3 бали – це дуже добре, 2 бали – добре, 1 бал – задовільно, 0 балів – погано.

Основні результати. На 10 добу кашель в I групі став епізодичний, у 4 осіб – перейшов в продуктивний (16,7%), у 10 осіб став епізодичним, (41,3%), у 6 осіб – відсутній (25%), у 4 осіб зміни незначні (25%). У II групі відмічалось значне зменшення частоти кашлю протягом доби в цілому по групі, у хворих з пневмонією БА та 3 хворих з ХОЗЛ діагностовано його припинення (24,3%). У 16 осіб відмічалось значне зменшення кількості харкотиння та епізодів кашлю (51,6%), у 4 осіб з ХОЗЛ позитивного ефекту не відмічено.

Показники ефективності в I групі ( $1,85 \pm 0,81$ ) балів в II групі ( $1,98 \pm 0,67$ ) балів.

Висновки. Додаткове використання цитопротектору ектоїну в комплексному лікуванні хворих з вираженим кашльовим синдромом ефективно при різних видах кашлю.

Особи з непродуктивним кашлем краще реагують на цитопротекторну терапію ектоїном.

## УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПАЦІЄНТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Бучковський П., Бойчук Ю.*

Наукові керівники: професор Федоров С., доцент Скрипник Л.

Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини ПО

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність. У сучасному світі зростає кількість кардіохірургічних операцій, що пов'язано зі зростанням доступності кожного пацієнта до діагностичних процедур та, як наслідок, раннього виявлення вроджених вад серця. Щорічно в світі проводиться понад 300 млн. оперативних втручань (Т. Weyser et al., 2015), кожне з яких, незважаючи на вдосконалення методик та обладнання, може призводити до ряду ускладнень. Дані одного з останніх обсерваційних досліджень свідчать, що близько 15% прооперованих пацієнтів мають різні післяопераційні ускладнення в термін до 30 днів після операції (С. Puelacher et al., 2021).

Мета дослідження: описати клінічний випадок пошкодження



печінки після проведеного кардіохірургічного втручання.

Матеріали і методи. Ретроспективне дослідження випадку гострого болю в животі молодого пацієнта (22 роки), із анамнезом оперативного лікування вродженої вади серця (ВВС): атрезія тристулкового клапана, мальпозиція магістральних судин, гіпоплазія магістральних судин, гіпоплазія стовбура легеневої артерії, вторинний дефект міжпередсердної перегородки.

Результати дослідження. У свій час пацієнту було проведено серію оперативних втручань (двонаправлений анастомоз Глена (2002 р.), корекція за Фонтеном (2011 р.)). Був доставлений до лікарні ургентно з приводу болю в епігастрії та правому і лівому підребер'ї, нудоти, багаторазової блювоти без полегшення. Під час лабораторних обстежень виявлено аномально високі показники трансаміназ (більше за рахунок АсАТ, але в динаміці триваліше за рахунок АлАТ).

Ретроспективне дослідження анамнезу, лабораторних та інструментальних обстежень дозволило припустити, що виражений інтоксикаційний синдром в сукупності із змінами в біохімічних показниках крові є віддаленими наслідками основного захворювання (оперативно корегованої вродженої вади серця). Дані досліджень свідчать, що після оперативної корекції за Фонтеном у таких пацієнтів поширена проблема застійної гепатопатії, яка зустрічається в 100% випадків упродовж всього життя пацієнтів (Luis Te'llez et al., 2018). Але при подальшій диференціальній діагностиці було виявлено, що клінічно та лабораторно даний випадок поєднує в собі не тільки застійну гепатопатію, але й ішемічний гепатит. Після проведеного лікування у стаціонарі стан пацієнта значно покращився, та його було виписано і дано рекомендації.

Висновки.

1. До кожного клінічного кейсу необхідний міждисциплінарний підхід із залученням лікарів декількох вузьких профілів, так як більшість ускладнень рідкісних захворювань межують між кількома дисциплінами у медицині та не мають чіткого алгоритму лікування, прописаного у міжнародних протоколах чи стандартах.

2. Ішемічний гепатит є одним із ймовірних ускладнень кардіохірургічних втручань.

## ПОРІВНЯННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ЗА МІЛЛІГАНОМ-МОРГАНОМ ТА СТЕПЛЕРНОЇ ЦИРКУЛЯРНОЇ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ

*Ващенко О.*

Наукові керівники: доцент Прихідько Р., асистент Заєць С.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Нозологія як хронічний комбінований геморої, враховуючи категорію пацієнтів-учасники бойових дій, під час військового стану, оскільки у військовослужбовців не можливо виключити фактор переохолодження, несистематичного харчування, надмірних фізичних навантажень є особливо актуальною. Проблема вибору найефективнішого способу лікування геморою дотепер не вирішена. Найчастіше операцією вибору є класична гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом. Проте чим більший ступінь хронічного геморою і більша їх кількість визначається, тим технічно складніша дана операція і більша кількість ускладнень у після операційному періоді. Степлерну циркулярну гемороїдектомію здійснюють за допомогою спеціально розробленого пристрою для циркулярного висічення надлишкової слизової оболонки або розширених внутрішніх гемороїдальних вузлів вище зубчастої лінії. Головною особливістю цього методу є відсутність будь-якої видимої періанального дефекту, що повинно спричинитименший больовий синдром, ніж гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом.

Мета роботи. Порівняльна характеристика результатів степлерної циркулярної гемороїдектомії та гемороїдектомії за Мілліганом-Морганом з відновленням слизової оболонки анального каналу при хронічному внутрішньому геморої III-IV стадії.

Пацієнтів розподілено на дві групи: I група (основна) – 15 хворих, яким виконано степлерну циркулярну гемороїдектомію. До II групи (порівняльна) входило 14 хворих, яким було виконано закрити гемороїдектомію за Мілліганом-Морганом з відновленням СО анального каналу. Вік пацієнтів варіював від 40 до 63 років. Антибіотикопрфілактику проводилась цефотрином 2 г, одноразово.

Основні результати. Результати оперативного лікування оцінювали в ранньому (до 10 діб після операції) післяопераційному періоді. Для оцінки якості лікування хворих обох груп застосовували такі критерії: середню тривалість оперативного втручання, вираженість больового синдрому за 10-бальною шкалою протягом 24 год після операції, на 7-му добу після операції, тривалість больового синдрому, який потребував

застосування нестероїдних протизапальних анальгетиків, термін повернення до звичайного життя, частоту післяопераційних ускладнень. Виконана в I групі операція може, по-перше, хірургічно компенсувати, як випадіння прямої кишки, так і геморої; по-друге, виконується на 3-4 см вище зубчастої лінії, на якій не так виражена больова чутливість. Класична операція, виконана хворим II групи, по-перше, виконується в зоні, близькій до зубчастої лінії, і має тенденцію до пошкодження чутливого до болю п. pudendus, що призводить до більш вираженого післяопераційного болю, який потребує призначення наркотичних анальгетиків та більш тривалого застосування нестероїдних протизапальних анальгетиків впродовж стаціонарного лікування; по-друге, має більш травматичний характер і потребує більше часу на виконання, збільшення кількості ліжко-днів та збільшення вартості затрат на лікування.

Висновки. Степлерна циркулярна гемороїдектом є більш оптимальним варіантом, ніж класична гемороїдектомія при хронічному геморої III-IV стадій, неускладненому.

У першій групі виявлено на 20,5% ускладнень менше, ніж в другій групі порівняння.

Тривалість больового синдрому, який потребував призначення НПЗП в другій групі була в більшості в 3,2 раза довшою, ніж в основній.

## РОЛЬ ДИСТАНЦІЙНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРУ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ STEMІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

*Вихор Ю., Приходченко Н., Мисак Л., Цілуйко Ю., Павловський В., Маньківська М.*

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

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Структурним підрозділом КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», є консультативний телеметричний відділ, який функціонує цілодобово і проводить інтерпретацію біомедичних сигналів (ЕКГ), отриманих від виїзних бригад екстреної медичної допомоги незалежно від їх місцезнаходження.

Мета. Проаналізувати консультативну роботу дистанційного телеметричного консультативного відділу КУ «Полтавський обласний

центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» за 2021-2023 рр.

Методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз 3312 консультативних заключень та карт виїзду бригаад ЕМД (Ф № 110/0) за 2021-2023 рр. пацієнтів зі STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

Основні результати. Робота дистанційного консультативного телеметричного центру (ДКТЦ) полягає в консультативній телеметричній допомозі бригаадам ЕМД, що дозволяє вчасно встановити діагноз, вибрати необхідний об'єм надання невідкладної допомоги та визначити оптимальний маршрут госпіталізації. Виїзні бригаади забезпечені повнофункціональними ЕКГ-апаратами з вмонтованими телеметричними модулями, що дозволяє поводити візуалізацію ЕКГ на моніторі апарата, запис ЕКГ на термопапір, а також дистанційну передачу ЕКГ лікарю-консультату. Завдяки цілодобовому режиму роботи ДКТЦ, щорічно здійснюється понад 30000 екстрених ЕКГ-консультацій. За результатами цієї роботи, Полтавська область є одним із лідерів в Україні. Відмічено динаміку зростання ЕКГ-заклучень фахівцями-кардіологами в КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф». Так, у 2021 р. зроблено 31694 ЕКГ-заклучень, у 2022 р. – 32252, у 2023 р. – 37414.

Завдяки консультативній роботі фахівців ДТКЦ, значну частину викликів до кардіологічних хворих обслуговують загальнолікарські та фельдшерські виїзні бригаади. Лікарсько-фельдшерськими бригаадами ЕМД пацієнти зі STEMI своєчасно госпіталізуються до КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» та до КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Сліфосовського Полтавської обласної ради» для проведення ургентного перкутанного втручання (ПКВ).

Висновки. Застосування дистанційної маршрутизації пацієнтів зі STEMI за допомогою телеметричних систем зменшує час маршрутизації пацієнта. Дистанційна ЕКГ-діагностика STEMI з консультацією лікаря сприяє своєчасному проведенню ПКВ пацієнтам зі STEMI.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАКЦИНАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПАПІЛОМОВІРУСУ ЛЮДИНИ

*Волєйнікова Л.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Інфекції, що передаються переважно статевим шляхом (ІППСШ) – група інфекційних захворювань, що передаються через безпосередній контакт під час статевих відносин. Збільшення ІППСШ такі як ВІЛ, сифіліс, гонорея, хламідіоз, папіломатоз є серйозною глобальною проблемою. Щорічно в Україні заражаються ІППСШ не менше 2 млн осіб, переважно молодь. ІППСШ можуть мати різноманітні прояви на шкірі: сифіліди, висип, виразки, папіломи, генітальні бородавки. Вірус папіломи людини (ВПЛ, HPV) – це поширена інфекція, що передається переважно статевим шляхом, уражає шкіру та слизові оболонки. Існує близько 200 різних штамів вірусу папіломи людини. Впродовж життя ВПЛ інфікується щонайменше троє з чотирьох людей.

Мета дослідження: Вивчення ефективності вакцини HPV4 на лікування та профілактику папіломовірусу людини.

Під спостереженням перебували 18 пацієнтів 12 жінок та 6 чоловіків, вікової градації 20-50 років, хворих на ІППСШ, а саме: ВПЛ 6 та 11 штаму, що були оглянуті в Шкірно-венерологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. Скліфосовського М.В. ПОР», та продіагностовані ПАП тестом в приватній лабораторії «АНАЛІТИК» методом цитології. Хворі з негативним ПАП тестом були провакціновані вакциною HPV4 Гардасіл-9 виробник Merck Sharp & Dohme B.V. (Merck & Co) Нідерланди.

Новоутворення були виявлені у 9 (75%) жінок на таких частинах тіла: шия, під грудьми, на животі, під пахвами, на слизовій оболонці статевих органів. У той час як тільки 2 (33,3%) чоловіків з досліджуваних мали шкірні утворення. У 7 пацієнтів (38,9%) виявлено повторний позитивний результат за останній рік, 4 (38,9%) пацієнтів вперше виявлено штаму, 6 (33,3%) негативний ПАП тест. Огляд проводився на 4, 8, 12 тижні. Всім захворюваним було проведено кріодеструкцію новоутворень та запропоновано зробити вакцінування.

На 12 тижні у хворих на ВПЛ 6 та 11 штаму, які мають повторний позитивний результат, бородавки що були видалені на 1-му тижні не мають ускладнень та не рецидивують в 42,85% пацієнтів, в той час як у 57,15% виявлено нові папіломи. Пацієнти з вперше діагностованим

(4 особи) позитивним результатом на ВПЛ після кріодеструкції не виявлені нові утворення на шкірі у 57,1% пацієнтів, пацієнти що добровільно вакцинувались HPV4 також не показали новоутворень шкіри та мають результат ПАП тесту NILM, нові новоутворення з'явилися лише у не вакцинованих.

Висновки: вакцина HPV4 показала досить високу ефективність в профілактиці новоутворень шкіри ВПЛ 6 та 11 штамів.

## СТРЕС ТА ХВОРОБИ ШКІРИ

*Вусик А., Хмелюк А.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність: стрес і тривога, можуть бути не лише результатом певних шкірних захворювань, але й самі можуть загострювати хворобу, а іноді й бути її причиною.

Мета дослідження: з'ясувати зв'язок між стресом і деякими дерматозами за допомогою об'єктивної шкали.

Матеріали та методи. Для визначення взаємозв'язку між рівнем стресу і шкірними захворюваннями, в дослідженні було включено 235 осіб, серед яких 44(18,7%) хворих на псоріаз, 51(21,7%) на вітіліго, 55(23,4%) на гніздову алопецію і 85(36,2%) на вугри. Для оцінки рівня стресу учасників дослідження використовувалася шкала сприйнятого стресу Perceived Stress Scale (PSS).

Результати. Дослідження показало, що стрес погіршив стан досліджуваної групи хвороб. Відповідно до Міжнародної шкали стресу, існує дуже значний зв'язок між стресом і такими захворюваннями, як псоріаз (OR=8), акне (OR=7,45), вітіліго (OR= 4,35) і гніздова алопеція (OR= 4,026).

Коли дані про всі вищевказані чотири захворювання були зібрані разом, також був позитивний зв'язок між цими захворюваннями та стресом ( $P<0,05$ ; OR=5,76). Існувала значна різниця в середніх значеннях шкали сприйнятого стресу (PSS) між групою пацієнтів, які стверджували про наявність позитивної асоціації, і тими, хто ні.

Спостерігалася значуща кореляція між значеннями PSS і шкалами оцінки захворювання у пацієнтів з псоріазом ( $r=0,77$ ;  $P<0,0001$ ) і акне ( $r=0,82$ ;  $P<0,0001$ ). Проте кореляція була значно вищою у пацієнтів, які стверджували про позитивний зв'язок (псоріаз:  $r=0,76$ ,  $P<0,0001$ ; акне:

$r=0,72$ ,  $P<0,001$ ), порівняно з тими, хто стверджував про відсутність зв'язку (псоріаз:  $r=33$ ,  $P<0,05$ ; акне:  $r=0,43$ ,  $P<0,001$ ).

Висновок. Дерматози, такі як псоріаз, акне, вітіліго і гніздова алопеція, демонструють значний зв'язок із стресом, як з точки зору пацієнтів, так і з використанням шкали сприйнятого стресу (PSS). Це вказує на те, що стрес впливає на розвиток або загострення цих шкірних захворювань.

## ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІДОКАЇНУ ТА ФЕНТАНІЛУ ПЕРЕД ІНТУБАЦІЄЮ ТРАХЕЇ З МЕТОЮ СТАБІЛІЗАЦІЇ ГЕМОДИНАМІКИ

*Галушко М.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Стабільний стан хворого під час анестезіологічного забезпечення є головною ціллю лікаря анестезіолога. Індукція в анестезію – один з критичних етапів наркозу, який потребує мінімізації ризиків для пацієнта та підтримки показників гемодинаміки в межах допустимої норми. Рефлекторне підвищення артеріального тиску (АТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) під час ларингоскопії та інтубації трахеї може призвести до ускладнень під час анестезії та оперативного втручання, що не є вкрай бажаним.

Мета. Порівняльна оцінка впливу лідокаїну та фентанілу на гемодинамічні реакції пацієнта під час ларингоскопії та інтубації трахеї.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на базі КНП “Гадяцька МЦЛ” у період з 01.12.2023 р. по 01.04.2024 р. Для дослідження обрано 40 пацієнтів віком від 25 до 55 років без ургентної патології, обтяженого алергічного анамнезу та хронічних захворювань, у кожного пацієнта отримано згоду на проведення дослідження та чітко обговорено умови. Сформовано дві групи по 20 осіб. Під час індукції в анестезію I групи внутрішньовенно вводився розчин фентанілу дозою 2,5 мкг/кг, у II групі – розчин лідокаїну дозою 1 мг/кг. Інтраопераційний моніторинг показників гемодинаміки (ЧСС, АТ, у тому числі середній АТ) забезпечувався кардіомонітором UTAS. Статистична обробка даних виконувалась методом прикладного статистичного аналізу.

Результати дослідження. У відповідь на проведення ларингоскопії та інтубації трахеї в I групі, яка отримала фентаніл в середньому зафіксовано зростання середнього АТ від вихідного на 11,7%, ЧСС зросла на 13,4% порівняно з вихідною. У II групі, яка отримувала лідокаїн зафіксовано зростання показників залежно від вихідного значення АТ на 19,8%, ЧСС на 27,4%.

Повернення показників АТ та ЧСС до вихідних значень у пацієнтів I групи відбулось в середньому за 6 хвилин 24 секунди, а в II групі цей термін в середньому становив 11 хвилин 8 секунд.

Висновок. Оптимальним методом стабілізації гемодинаміки у відповідь на ларингоскопію та інтубацію трахеї під час індукції в анестезію є застосування розчину фентанілу, що знижує ризики та інтраопераційні ускладнення.

З цього можна зробити висновок про необхідність обов'язкового адекватного знеболення усіх травматичних маніпуляцій, навіть на етапі індукції в загальну анестезію.

## ДЕКСКЕТОПРОФЕН ЯК АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ

*Гапонова Є.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. За даними клінічних та експериментальних досліджень, застосування нестероїдних протизапальних засобів (у тому числі декскетопрофена) після операції дозволяє знизити інтенсивність больового синдрому та зменшити потребу в опіоїдних анальгетиках на 25-70%. Це лягло в основу розробки концепції так званої збалансованої анальгезії, заснованої на спільному застосуванні нестероїдних протизапальних засобів та опіоїдів.

Мета. Оцінка доцільності лікувально-профілактичного застосування декскетопрофену в практиці хірургії одного дня для усунення больового синдрому.

Методи дослідження. Дослідження виконано в умовах хірургічного відділення КП «3 міська клінічна лікарня ПМР» при лапароскопічних хірургічних втручаннях (холецистектомія, гістеректомія) у 30 жінок віком 35-57 років (середній вік  $43,2 \pm 2,8$  роки). Тривалість хірургічних



втручань становила 45-90 хв. Всім зазначеним хворим було застосовано тактику профілактичного введення декскетпрофену у складі звичайної премедикації (50 мг внутрішньом'язово за 1 годину до операції) з метою зниження больової імпульсації з операційної рани шляхом превентивної блокади периферичних медіаторів болю. Знеболення декскетпрофеном продовжували у післяопераційному періоді у вигляді моноаналгезії. Контрольну групу склали 10 жінок з ідентичною патологією та оперативними ендоскопічними втручаннями, яким здійснювалася звичайна премедикація без декскетпрофену. Виразність больового синдрому та якість анальгезії оцінювали за шкалою вербальних оцінок (ШВО): 0 балів – болю немає; 1 бал – слабкий біль при русі; 2 бали – слабкий біль у стані спокою та помірний при русі; 3 бали – помірний біль у стані спокою та сильний при русі; 4 бали – сильний біль у стані спокою і дуже сильний при русі. Терміни введення першої дози декскетпрофену (50 мг) після операції залежали від тривалості операції та в середньому склали  $1,2 \pm 0,3$  години.

Результати дослідження. Проведені дослідження з очевидністю свідчили про зменшення в основній групі в середньому на 14,7% потреби у використанні опіоїдних анальгетиків у післяопераційному періоді. У післяопераційному періоді в осіб з больовим синдромом, що відповідає за інтенсивністю 1-2 бали за ШВО, монотерапія декскетпрофеном була адекватною. У пацієнтів з більш вираженою інтенсивністю болю (3-4 бали за ШВО) було потрібне поєднане застосування декскетпрофену та опіоїдів. При цьому витрата опіоїдів була достовірно нижчою, ніж у контрольній групі.

Висновки. Застосування декскетпрофену в премедикації перед лапароскопічними оперативними втручаннями дозволяє знизити травматичний вплив хірургічної агресії, оптимізувати знеболювальну дію, зменшити кількість використаних анестетиків і анальгетиків, скоротити час післянаркозної депресії, що особливо важливо в практиці хірургії одного дня.

## ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО, РАДИКАЛЬНОГО, ЕСТЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ БАЗАЛЬНОКЛІТИННОЇ КАРЦИНОМИ ШКІРИ ЗОНИ ВИСОКОГО РИЗИКУ

*Гітя В., Кравців М.*

Науковий керівник: доцент Кравців М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Базальноклітинний рак шкіри (БКК; базаліома) є однією з найбільш поширених ракових пухлин, причому не тільки в дерматоонкології, але й в структурі загальної онкопатології загалом. Перебіг базаліом хоча і прийнято розцінювати як клінічно доброякісний, тобто йому притаманний умовно досить низький метастатичний потенціал по відношенню до лімфатичної системи та внутрішніх органів, однак чим довше існує пухлина та чим старше стає пацієнт, тим ризик можливого метастазування зростає. Однак ці ураження за відсутності лікування або при неправильному підході до лікування можуть супроводжуватись вираженим інвазивним та деструктивним ростом.

Мета нашої роботи покращити якість хірургічної допомоги пацієнтам з встановленим діагнозом (БКК шкіри зони високого ризику) з мінімальним порушенням естетичного вигляду пацієнта після лікування.

Матеріали і методи. Ми проаналізували і дійшли до висновку, що кількість виявлених та пролікованих пацієнтів з діагнозом (БКК) в Полтавській області за даними Національного канцер-реєстру України у 2022 р. становила 416 осіб. У нашій роботі ми пропонуємо новий підхід до лікування (БКК) використовуючи досвід прогресивних клінік Європи та США, для зниження ризику рецидиву та максимального збереження естетичного вигляду пацієнта, посилаючись на останні протоколи лікування (ESMO та NCCN) оновлені 2024 р.

Висновок. Таким чином, тільки своєчасне виявлення та, відповідно, адекватне повноцінне лікування дозволяє нам безпечно відноситись до цієї патології.

## ГОССИПБОМА – ЛАПАРОСКОПІЧНА ЛІКВІДАЦІЯ НОЗОЛОГІЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Головка К.*

Науковий керівник: асистент Шевчук М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Госсіпбома – забутий у порожнинах чи тканинах хірургічний марлевий матеріал (серветки, кульки). Хірургічні марлеві серветки – чужорідні тіла, що найчастіше забуваються, вони становлять 2/3 від загальної маси залишених предметів. Випадки забутих сторонніх тіл в усіх спеціалізаціях хірургічного профілю. Але «лідуючу позицію» займає абдомінальна хірургія. Частоту оцінюють від 0,15% до 0,2%, один випадок на 100-3000 усіх хірургічних втручань і один випадок на 1000-1500 інтраабдомінальних операцій. Патологія частіше зустрічається у жінок – 63-63,7%. При цьому 52% випадків забутих марлевих предметів припадає на абдомінальну хірургію, 22% – після гінекологічних втручань, 10% – після урологічних та судинних операцій та 6% після ортопедичних/спінальних операцій. Попри очікування лише 30% випадків припадає на ургентну хірургію, а 70% спостерігалися після планової операції.

Метою роботи є оптимізація тактичних підходів до діагностики та хірургічного лікування хворих із сторонніми тілами черевної порожнини.

Матеріали та методи. На базі КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» було оцінено результати лікування пацієнтки М., 39 р., госпіталізованої в хірургічне відділення в плановому порядку з попереднім діагнозом – новоутворення малого тазу, зі скаргами на постійні ниючі болі у нижніх відділах живота, переважно ліворуч, з іррадіацією в поперек. В анамнезі у пацієнтки два оперативних втручання, з приводу кісти лівого яєчника: 2019 р. – лапаротомія за Пфаненштилем, цистектомія зліва; 2021 р. – лапароскопічна цистектомія зліва. Дані досліджень: УЗД ОМТ – лейоміома матки невеликих розмірів, тип 4. Пухлиноподібне утворення малого тазу, МСКТ ОЧП та ОМТ із внутрішньовенним контрастуванням – КТ-ознаки додаткового гіподенсного утворення малого тазу з потовщенням стінки та геморагічним вмістом, більше даних за доброякісне утворення. Онкомаркери – негативні. Лікування: діагностична лапароскопія. Вісцероліз. Розкрито порожнину новоутворення – виділилося до 50 мл густого, вершкоподібного гною, звідки пролабує ділянка стороннього тіла (марлева серветка). Стороннє тіло видалене з черевної порожнини

в пластиковому контейнері. Порожнина санована та дренована двома дренажами Блейка. Виписана зі стаціонару у задовільному стані на 6-ту післяопераційну добу, після видалення дренажів.

Висновки. Госсіпібом – це знахідка, яка призводить до важких ускладнень в післяопераційному періоді та значно впливає на подальшу якість життя пацієнта. Патологія повинна завжди бути включена до диференціального діагностичного алгоритму у пацієнтів, які мають в анамнезі оперативні втручання та новоутворення черевної порожнини неясного генезу. Для профілактики цих ускладнень, у дотриманні стандартів операційних процедур по підрахунку операційного матеріалу що були використані в операції, обов'язково має приймати участь вся операційна бригада, чітко виконуючи алгоритми дій.

## ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРІВ РОСТУ ЕНДОТЕЛІУ ПРИ ЗАКРИТТІ МАСИВНИХ ДЕФЕКТІВ ШКІРИ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВИБУХОВИХ ТА ВОГНЕПАЛЬНО-ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕННЯХ

*Голуб Л.*

Науковий керівник: доцент Прихідько Р.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. 9 із 10 пацієнтів отримують поранення під час бойових дій в результаті дії висококінетичних вибухових речовин та супроводжуються ушкодженням шкіри та м'яких тканин. У структурі поранень під час бойових дій вогнепальні осколкові поранення нижніх кінцівок складають до 70% (близько 40% ушкоджень складають переломи вогнепального характеру довгих трубчастих кісток, а 30% – поранення м'яких тканин) і поранення м'яких тканин інших ділянок тіла складають близько 30%. Найкращим варіантом закриття дефекту є аутошкіра. Протягом останніх 2-х років зберігається тенденція до збільшення кількості таких пацієнтів у хірургічних стаціонарах. Тому пошук нових алгоритмів трансплантації шкіри, які покликані зменшити відсоток лізису актуальний.

Мета. Розробити та впровадити в практичну діяльність ефективні та логічно виважені нові алгоритми, які будуть використані для лікування пацієнтів при вогнепально-осколкових пораненнях з масивними дефектами м'яких тканин, що потребують аутодермопластики.

Матеріали і методи. На базі КП «3-я міська клінічна лікарня

Полтавської міської ради» нами було проліковано 31 пацієнт, які мали дефекти м/т отримані внаслідок вибухових та вогнепально-осколкових поранень та потребували пересадки шкіри методом аутопластики. Дослідження проводилося у двох групах, яким було виконано аутодермопластику в період з травня по листопад 2023 року. Обидві групи були співставні за віком (20-42 роки) та статтю (виключно чоловіча стать) та не хворіли на тяжкі хронічні захворювання. I група включала 16 пацієнтів з площею рани шкірних дефектів, що сягають від 1 до 3% та локалізувалися на н/к (гомілка та стегно). Особливостями лікування пацієнтів з I групи було застосування факторів росту ендотелію починаючи з 3-ї доби після дермопластики, по типу CASIRLIQ20.

II група порівняння складалася з 15 пацієнтів, які мали тотожні поранення, але в місцевому лікуванні використовувався класичний мазевий шлях лікування (мазь «Левоміколь»).

Результати. При оцінці лікування пацієнтів I групи нами встановлено, що відсоток лізису шкірного перфорованого клаптя, яким закривали дефект, не перевищував 5%. При цьому у групі порівняння відсоток лізису коливався від 22% до 39%. Оцінка ефективності приживлення шкірного клаптя проводилася за допомогою онлайн сервісу для вимірювання площі ран. Середній ліжкодень в групі порівняння був довший на 9,2 дня. Двоє пацієнтів з порівняльної групи потребували додаткових етапних аутопластик.

Висновки. Застосування факторів росту ендотелію по типу CASIRLIQ20 суттєво зменшує розвиток лізису шкірного трансплантата у пацієнтів з масивними дефектами м'яких тканин при вогнепально-осколкових пораненнях та значно скорочує середній ліжкодень.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ РЕСПОНДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

*Голуб І., Шевченко А., Кравчук В.*

Науковий керівник: професор Животовська Л.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність дослідження. Таке поняття як залежність від соціальних мереж поступово почало з'являтися з появою перших застосунків на наших гаджетах. Якщо на початку своєї публікації

застосунок викликає певний інтерес у частини суспільства і знаходить своє певне коло користувачів, то у разі його ефективного просування у майбутньому – завантаження додатка може мати характер не зацікавленості, а необхідності. Необхідність зазвичай пов'язана з отриманням освіти, вимогами керівництва, можливостями комунікацій та безліччю інших життєвих обставин. Це очікуваний наслідок диджиталізації суспільства і загального прогресу, боротьба з яким навряд чи може бути ефективною та доречною.

Проте вивчення поширення залежності від соціальних мереж серед населення під час війни дозволяє нам не тільки проаналізувати статистичні дані та зробити певні наукові висновки, а й зрозуміти як надалі адаптуватись до негативних наслідків впровадження соціальних мереж в повсякденне життя, розробляти навички дозованого використання соціальних застосунків без шкоди для організму та навчитись жити у світі, де соціальні мережі намагаються втрутитись у всі сфери життя.

Метою дослідження було визначення рівня залежності від соціальних мереж серед населення під час війни, а також дослідження впливу новин військової тематики на психічний стан респондентів.

Методи дослідження. Опитування проводилося за допомогою програмного забезпечення для адміністрування опитування під назвою Google Forms. Учасники отримували посилання завдяки його поширенню в соціальних мережах. Перед початком дослідження кожному було запропоновано ознайомитися з метою дослідження та надати інформовану згоду. До вибірки були включені особи, які вільно володіють українською мовою. Дослідження проводилося в період інтенсивного плину новин та інформаційного шуму у зв'язку з військовою ситуацією в країні. Остаточна вибірка становила 289 респондентів віком від 14 років до 70 років, з них підлітків (14-17 років) – 62 (21,5%), дорослих (18-70 років) – 227 (78,5%) осіб.

Опитування включало соціально-демографічні показники та психодіагностичні шкали. Для оцінки залежності від соціальних мереж використовувалася Бергенська шкала залежності від соціальних мереж BSMAS (Andreassen et al., 2016). Застосовувався також опитувальник DASS-21 для визначення рівня стресу, тривоги та депресії, шкала труднощів емоційної регуляції DERS, методика диспозиційного оптимізму LOT-R. Статистичний аналіз проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні та коефіцієнту рангової кореляції  $r$ -Спірмена при рівні статистичної значущості понад 95% ( $p < 0,05$ ).

Найбільш значущими факторами, що впливали на вираженість

залежності від соціальних мереж за Бергенською шкалою були: рівень освіти ( $r=0,157$ ,  $p<0,05$ ), підлітковий вік  $r=0,124$ ,  $p<0,05$ ), тривалість користування до 6 годин і більше ( $r=0,228$ ,  $p<0,001$ ), показник «не уявляю початок свого дня без використання соціальних мереж»  $r=0,277$ ,  $p<0,001$ ).

Респонденти були розподілені на 2 групи в залежності від показника за Бергенською шкалою: I групу склали 199 (68,9%) осіб з показником  $<16$  балів, II групу – у 90 (31,1%) осіб з показником  $\geq 16$  балів, що свідчить про проблемне використання соціальних мереж.

Констатовано, що за шкалою DASS-21 у респондентів I групи середній показник стресу склав 7,7 балів та відповідав легкому рівню, II групи – 10,8 балів, що свідчить про помірний рівень стресу. Середній показник тривоги в I групі відповідав легкому рівню – 5,2 бали, у II групі – важкому рівню та склав 8,4 балів. Легкий рівень показника депресії (4,9 балів) мали респонденти I групи, помірний рівень (8,5 балів) – II групи. У респондентів II групи порівняно з I групою виявлено значуще вищі показники стресу ( $Z=-4,877$ ), тривоги ( $Z=-5,748$ ) та депресії ( $Z=-5,560$ ),  $p<0,0001$ .

За шкалою труднощів емоційної регуляції DERS виявлено значимо вищі показники ( $p<0,001$ ) у респондентів 2 групи за субшкалами «неприйняття емоційних реакцій» ( $Z=-3,469$ ), «труднощі із цілеспрямованою поведінкою» ( $Z=-3,771$ ), «труднощі з контролем імпульсів» ( $Z=-3,559$ ), «обмежений доступ до стратегій регулювання емоцій» ( $Z=-5,759$ ), «відсутність емоційної чіткості» ( $Z=-5,481$ ). За субшкалою «відсутність усвідомлення емоцій» між I та II групами значимої різниці не виявлено.

Встановлено, що рівень позитивних очікувань за методикою LOT-R був значуще вище в I групі порівняно з II групою (8,14 та 6,80 балів відповідно),  $Z=4,012$ ,  $p<0,0001$ , а рівень негативних очікувань – у II групі при порівнянні з I групою (4,74 та 5,94 бали),  $Z=-3,805$ ,  $p=0,00014$ .

При дослідженні впливу різних факторів на проблемне використання соцмереж виявлено сильні позитивні кореляційні зв'язки за такими показниками «Перегляд короткотривалих відео Reels в Instagram, Shorts на YouTube, TikTok»,  $r=0,2007$ ,  $p<0,001$ , «Коментування різноманітних дописів/історій/відео»,  $r=0,2021$ ,  $p<0,001$ . При перегляді контенту з військовою тематикою встановлено позитивні кореляційні зв'язки з показниками «Почуваю себе тривожним та депресивним, іноді це супроводжується плачем»,  $r=0,1524$ ,  $p<0,01$ , «Починаю більше замислюватись над можливими ризиками для власного життя»,  $r=0,1259$ ,  $p<0,05$ , «Знижується

працездатність та мотивація в подальшій особистій діяльності»,  $r=0,1551$ ,  $p<0,01$ .

Таким чином, використання соціальних мереж є складним феноменом, що позначається впливом на психоемоційний стан людини. Тому використання соціальних мереж має бути збалансованим та контрольованим, щоб оптимально використовувати доступні технології, запобігати негативним наслідкам та розвитку залежності.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕКУРАРИЗАЦІЇ ЯК МЕТОДУ ЗМЕНШЕННЯ ФАСЦИКУЛЯЦІЇ ТА МІАЛГІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ СУКЦИНІЛХОЛІНУ *Гонтаренко С.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Сукцинілхолін є єдиним доступним деполаризуючим нервово-м'язовим блокатором, який широко використовувався при індукції анестезії, і є препаратом вибору завдяки швидкому настанню ефекту та ультракороткій тривалості дії. М'язова фасцикуляція та післяопераційний біль у м'язах (міалгія) є поширеними побічними ефектами застосування деполаризуючих міорелаксантів, які спостерігаються найчастіше. Однак через його економічну ефективність і легку доступність він усе ще використовується деякими установами регулярно.

Мета. Вивчити ефективність прекураризації для зменшення інтенсивності м'язових фасцикуляцій та полегшення міалгії спричиненої сукцинілхоліном. Визначити, який недеполаризуючий міорелаксант в якості прекураризації краще запобігає м'язовим фасцикуляціям і міалгії після введення сукцинілхоліну для індукції в анестезію.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні брали участь 60 пацієнтів на базі хірургічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР», яким було заплановано оперативні втручання під загальною анестезією. Вони були розділені на три групи по 20 осіб відповідно до використовуваної методики прекураризації внутрішньовенно болюсно: I група – хлорид натрію 0,9%, II група – 0,05 мг/кг атракуріуму та III група – 0,06 мг/кг рокуронію. Через чотири хвилини після прекураризації вводили 1,5 мг/кг сукцинілхоліну. Спостерігали наявність та інтенсивність фасцикуляцій,



частоту та виразність міалгії протягом 48 годин після операції.

Результати дослідження. М'язові фасцикуляції спостерігалися у 19 із 20 пацієнтів у першій контрольній групі. Результати дослідження у групі з прекураризацією атракуріумом у 7 із 20 пацієнтів спостерігались м'язові фасцикуляції, тоді як у групі з використанням рокуронію тільки у 3 із 20 пацієнтів. Умови інтубації трахеї були кращими, а початок блокади був швидшим і тривалішим після застосування сукцинілхоліну в I групі. Міалгії були присутні через 24 години після операції у пацієнтів I групи – 71%, II групи – 47% та III групи – у 22% пацієнтів.

Висновок. У результаті дослідження груп пацієнтів було визначено, що не дотримання методики прекураризації майже завжди призводить до виникнення значних фасцикуляцій на введення сукцинілхоліну, що є причиною частих міалгій у післяопераційному періоді. Використання рокуронію з метою прекураризації більш ефективно у порівнянні з атракуріумом.

## ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ЕПІЗОДІВ ІШЕМІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ В ПІСЛЯІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДІ

*Гоц А., Маціцька Є., Стеценко Я., Тараненко Д., Фисун А., Кононенко Л., Кива В., Царик В., Микитюк М., Шпигоцький Д.*

Науковий керівник: доцент Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Післяінфарктний період передбачає остаточне формування щільного рубця в зоні інфаркту. Важливо розуміти, що у хворих не завжди спостерігаються клінічні прояви ускладнень, які можуть або вже виникають.

Мета. Це дослідження було вивчення особливостей показників гемодинаміки та частоти визначення епізодів ішемії (ЕІ) міокарда у осіб з післяінфарктним кардіосклерозом без післяінфарктної стенокардії.

Методи дослідження. Обстежено 67 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з післяінфарктним кардіосклерозом без перед- та післяінфарктної стенокардії. До I групи включено 35 хворих, які перенесли безбольовий інфаркт міокарда (ІМ), до II групи – 32 пацієнта з клінічно маніфестованим ІМ, у яких больовий синдром виник одноразово в гострий період ІМ. Усім хворим проводилося: УЗД серця, холтеровське моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ), коронароангіографія (КАГ) та терапія згідно наказу МОЗ №1936 від 14 вересня 2021 року.

Основні результати. Встановлено, що в осіб 1-ї групи показники КДО та КСО були достовірно вищими, ніж у пацієнтів 2-ї групи, і становили відповідно  $171,0 \pm 8,6$  мл та  $79,4 \pm 6,0$  мл,  $140,4 \pm 8,3$  мл та  $56,9 \pm 5,7$  мл ( $p < 0,05$ ).

Маса міокарда (ММ) ЛШ у осіб 1-ї групи була також достовірно більшою і становила  $194,0 \pm 9,2$  г порівняно зі  $158,7 \pm 8,7$  г ( $p < 0,05$ ) у пацієнтів 2-ї групи.

Зони дисфункції ЛШ візуалізувалися у 51,3% осіб 1-ї групи та у 37,4% – 2-ї групи ( $p < 0,05$ ). З них у обстежених 1-ї групи зони гіпокінезії визначалися у 28,8%, акінезії – у 25,7%, дискінезії у 2,8% хворих, в 2-й групі відповідно у 18,7; 15,6 та 3,1% ( $p < 0,05$ ).

За результатами ХМ ЕКГ встановлено, що епізоди ІМ в осіб 1-ї групи відзначалися достовірно частіше та визначалися у 71,4% обстежених, у 2-й групі – у 47,3% ( $p < 0,05$ ).

Усі ЕІ міокарда в осіб 1-ї та 2-ї груп були безсимптомними (ББІМ).

Ураження однієї вінцевої артерії (ВА) визначалося у 37,5% осіб 1-ї групи та у 50% – 2-ї групи ( $p < 0,05$ ). Множинне ураження ВА (двох і більше ВА) виявлено у 62,5% пацієнтів 1-ї групи та у 50% – 2-ї групи ( $p < 0,05$ ). Максимальне стенозування однієї з ВА у хворих 1-ї та 2-ї груп відзначалося однаково часто ( $p < 0,05$ ).

Висновки. У осіб без післяінфарктної стенокардії частота виникнення ЕІ міокарда залежить від ступеня зниження коронарного та міокардіального резервів.

Таким чином, хворі без післяінфарктної стенокардії з ББІМ зі значно збільшеними показниками КДО та КСО та масою міокарда можуть бути віднесені до групи підвищеного ризику.

## ЦИТОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Гринь Е., Іваницька О., Кушнір Л., Лукашевич О., Рукавишнікова М., Попруга Е., Прижигоцька І., Пугач А., Харченко Я.*

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. ХОЗЛ займає друге місце по поширеності після серцево-судинних захворювань та четверте місце в структурі причин смертності. Порушення цілісності та властивостей слизової оболонки бронхіального дерева сприяє виникненню та хронізації бронхіту, як

структурної одиниці ХОЗЛ. Використання препаратів, що спрямовані на захист слизової оболонки за рахунок підвищення чинників захисту є перспективним методом в терапії даного захворювання.

Мета. Проаналізувати вплив цитопротектору ектоїну на тривалість кашлю та показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих з загостренням ХОЗЛ, групи Е.

Методи дослідження. Хворі поділені на дві групи по 24 особи в кожній. Середній вік пацієнтів становив  $47,6 \pm 2,4$  років. Проведено дослідження ФЗД на апараті «Кардіо+» з каналом спіро на початку лікування та через 14 діб лікування. Щоденно оцінювали прояви кашлю за опитувальником.

Хворі І групи отримували комбіновану пролонговану терапію бронхолітиками (спірива 18 мг 1 р/д + формотерол 12 мг 2 р/д) та амброксол 30 мг 3 р/д. Хворі ІІ групи додатково інгаляційно приймали ектоїн (препарат ектобрис 2,5 мл 2 р/д).

Основні результати. Дослідження ФЗД в обох групах на 14 день лікування виявили значне поліпшення показників маневру форсованого видиху (ФЖЕЛ, ОФВ<sub>1</sub>, ЖЕЛвд, ПОШ, МОШ<sub>25</sub>, МОШ<sub>50</sub>, МОШ<sub>75</sub>), показників ЖЕЛ (ЖЕЛвд, ЖЕЛвид) та МВЛ, достовірної різниці між групами не відмічено, але треба відмітити що показник ЖЕЛвд в 2 групі на 13,9% краще ніж в першій.

У пацієнтів І групи відмічалось зменшення частоти кашлю протягом дня ( $p > 0,05$ ), але цей симптом зберігався в нічний час, знижуючи якість сну. У ІІ групі кількість епізодів кашлю протягом дня та вночі достовірно знизилася ( $p > 0,05$ ), в порівнянні з І групою  $p > 0,05$  в нічний час. Кількість харкотиння значно зменшилась в обох групах.

Висновки.

1. Використання лікування ХОЗЛ групи Е згідно протоколу достовірно поліпшує показники ФЗД, симптом кашлю в денний час та не впливає на цей симптом вночі.

2. Додаткове призначення цитопротектора ектоїну сприяє значному поліпшенню якості життя, за рахунок додаткового впливу на захисні властивості бронхів, що клінічно проявляється в поліпшенні ФЗД та симптомом кашлю протягом доби, особливо в нічний час.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Гук В.

Науковий керівник: професор Цимбаліста О.

Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Муковісцидоз – спадкове моногенне захворювання з автосомно-рецесивним типом успадкування, зумовлене мутацією гена муковісцидозного трансмембранного регулятора (МВТР) і характеризується вираженою генетичною гетерогенністю, клінічним поліморфізмом завдяки поліорганичним та ураженням екзокринних залоз. Мутація гена МВТР викликає порушення транспорту іонів хлору, натрію і бікарбонатів в епітеліальних клітинах, що призводить до прогресуючого пошкодження екзокринних залоз.

Основним напрямком лікування муковісцидозу є застосування ферментних препаратів. Удосконалення різних напрямків фармації дало змогу створити лікарські форми ферментів (панкреатин), які найоптимальніше підходять пацієнтам з муковісцидозом.

Одним і вискоєфективних засобів лікування легневих проявів муковісцидозу є SIMEOX.

На сьогодні найбільшим досягненням у лікуванні пацієнтів з муковісцидозом – це терапія препаратами модуляторів і коректорів МВТР. З цією метою в Європі та в Україні використовують препарат трикафта (елексакафтор-тезакафтор-івакафтор). Наводимо опис клінічного випадку лікування муковісцидозу у хлопчика, який готується на терапію препаратом трикафта.

Під спостереженням у центрі орфанних захворювань знаходиться хлопчик В., 12 років, з діагнозом: Муковісцидоз з панкреатичною недостатністю (гомозигота F508del), тяжкий перебіг. Ускладнення – бронхоектатична хвороба: двобічні розсіяні бронхоектази, загострення. ВН II-III ст. за змішаним типом. Вторинна легенева гіпертензія. Хронічна колонізація нижніх дихальних шляхів *Pseudomonas aeruginosa*. Фіброз печінки I ст. Дефіцит маси тіла (ІМТ = 14,1). Затримка статевого розвитку. Вторинна гіпоксично-ішемічна кардіоміопатія.

Анамнез хвороби: діагноз муковісцидозу верифікований у трьохмісячному віці на основі клінічних ознак пневмонії, диспепсичних проявів, підвищеного вмісту хлоридів поту і генетичного дослідження в Інституті спадкової патології (м. Львів) – мутація F508del гена ТРБМ. Анамнез життя: хлопчик один у сім'ї, народився від 1 вагітності,

1 пологів. Профілактичні щеплення згідно віку. Батьки – носії мутації F508del.

Під час надходження: загальний стан дитини важкий, зумовлений проявами дихальної недостатності II. ІМТ-14,1%. Ознаки системної хронічної гіпоксії. Шкіра сіро-землистого кольору, акроціаноз. Кашель продуктивний, з виділенням великої кількості гнійного мокротиння. Грудна клітка деформована. Над легеньми перкуторно і аускультативно мозаїчна картина. Акцент II тону над легеневою артерією. Живіт м'який, дещо піддутий.

Результати обстежень:

- Гемограма – червоний паросток крові без патологічних відхилень, лейкоцитограма – мінімальні запальні реакції.

- Аналізи крові – СРБ – 24 мг/л, Д-димер – 202,6 нг/мл, 25-ОН-D3 – 45,44нг/мл. Показники функції нирок і печінки у межах вікової норми.

- Коагулограма – без патологічних відхилень.

- Посіви мокротиння трахеобронхового секрету – *Pseudomonas aeruginosa* 105; тест XpertMTB/Rif/Ultra – МБТ(-).

- Фекальна панкреатична еластаза-1 – 6,26 мкг Ел/г.

- Пілокарпінова проба: хлориди поту – 108,45 ммоль/л.

- КТ ОГК – ознаки дифузного пневмофіброзу і емфіземи, розсіяні бронхоектази в обох легеньх.

- Спірометрія – ЖЕЛ – 95,02%, ОФВ1 – 32,65%, ІТ – 35,25%, МОШ25 – 6,58%, МОШ50 – 11,5%, МОШ75 – 12,41%. ВН II-III ст. за змішаним типом.

Лікування муковісцидозу згідно протоколу МОЗ:

- Кінезіотерапія.

- Ферментотерапія – креон всередину у дозі 25000 по 12 капсул/добу після їжі.

- Висококалорійна дієта з додатковим підсолюванням їжі.

- Антибіотикотерапія: тобраміцин і цефтазидим внутрішньовенно згідно результатів посіву мокротиння.

- Всередину призначено: урсофальк, омепразол, жиророзчинні вітаміни АДЕК, нутрідрінк.

- Інгаляцій – пульмозим, беродуал, гіпертонічний розчин хлориду натрію.

- Лікування з використанням апарату SIMEOX.

- Хлопчик включений у програму для лікування трикаптою.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНУ ЯК АД'ЮВАНТА ПРИ БЛОКАДІ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ

Гуляр С.

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Одним із напрямів розвитку регіонарної анестезії є пошук нових ад'ювантів. Досить перспективним ад'ювантом видається дексаметазон, використання якого подовжувало час анальгезії під час нейроаксіальних блокад в щелепно-лицьовій хірургії та урологічній практиці. Повідомлення про використання дексаметазону з метою подовження анальгетичного ефекту нейроаксіальних блокад в травматологічній практиці поодинокі.

Мета роботи: оцінка анальгетичного ефекту дексаметазону під час блокади плечового сплетення залежно від шляху введення.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на базі КНП «Роменська центральна районна лікарня», після отримання інформованої згоди. У дослідження було включено 121 пацієнт, яким проводилась артроскопія плечового суглоба, пацієнти були розділені на три зіставимі за своїми характеристиками групи. Пацієнтам I групи (n=42) з метою знеболення вводили 20 мл 0,5 % розчину бупівакаїну, пацієнтам II групи (n=34) – 20 мл 0,5 % розчину бупівакаїну та 8 мг дексаметазону в якості ад'юванта периневрально, в III групі (n=45) пацієнти знеболувались – 20 мл 0,5 % розчину бупівакаїну в поєднанні з внутрішньовенним введенням 8 мг дексаметазону. Блокаду нервів плечового сплетення міжрабинчастим доступом здійснювали за допомогою нейростимуляції апаратом Stimuplex B. Braun. У післяопераційному періоді оцінювали тривалість безбольового періоду, інтенсивність больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), потребу в анальгетиках, якість життя (стан сну) і загальну задоволеність пацієнтів. У разі недостатньої анальгезії внутрішньом'язово вводили 75 мг диклофенака. За умов больового синдрому інтенсивністю 8 балів за ВАШ і більше – наркотичний анальгетик промедол 20 мг внутрішньом'язово. Оцінювали якість сну (порушення сну через біль) і задоволеність пацієнтами проведеною анестезією оцінювали за тим, чи хотіли б хворі за умови повторної операції піддатися тому самому методу знеболювання.

Результати дослідження. У I групі тривалість безбольового періоду становила  $12,8 \pm 4,8$  год, в II і III групах –  $22,8 \pm 7,1$  год і  $24,1 \pm 6,8$  год, ( $P < 0,001$ ) відповідно. Примітно, що 3 (7,1%) пацієнтам I групи, 4 (11,8%) пацієнтам – II групи і 5 (11,1%) пацієнтам III групи впродовж

перших 48 годин після операції показання до введення анальгетиків були відсутні.

Протягом 24 годин післяопераційного періоду в I групі інтенсивність больового синдрому до 4-х балів за ВАШ відмічено у 29 (69,0%) хворих, 4 бали за ВАШ і більше – у 13 (31,0%) хворих, в II групі – у 32 (94,1%) хворих і в 2 (5,9%) хворих, в III – у 30 (91,1%) хворих та у 4 (8,9%) хворих відповідно. Між I групою та II і III групами показники мали статистично достовірну різницю ( $P < 0,001$ ). На другу добу в I групі інтенсивність больового синдрому до 4-х балів за ВАШ відмічено у 34 (80,1%) хворих, 4 бали за ВАШ і більше – у 8 (19,0%) хворих, в II групі – у 31 (91,2%) хворих і в трьох (8,8%) хворих, і III групі – у 97% хворих і у 2 (4,4%) хворих відповідно. Протягом 48 годин післяопераційного періоду витрата диклофенака в середньому становила в I групі – 196,2 мг, в II та III групах – 125,1 мг і 121,9 мг для другої і третьої груп відповідно ( $P < 0,01$ ). Порушення сну в першу ніч після операції відзначили 25 (59,5%) пацієнтів I групи, 11 (32,4%) і 10 (22,2%) II і III груп ( $P < 0,001$ ) відповідно. Задоволеність знеболенням пацієнтами становила в I групі – 84%, в II – 91,2%, в III – 95,6% без статистично значущої різниці.

Висновки. Отримані нами результати показують, що дексаметазон як ад'ювант до місцевого анестетика значною мірою збільшує тривалість анестезії під час блокади плечового сплетення. Це данні дають усі підстави вважати, що дексаметазон має здатність збільшувати тривалість післяопераційної анальгезії в пацієнтів, яким було проведено артроскопічне втручання на плечовому суглобі в умовах міждрабинчастої блокади плечового сплетення незалежно від методу його введення. Потрібні подальші дослідження з вивчення механізму анальгетичної дії дексаметазону.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕАРТРИТ У ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Дерун С., Індутна С., Мадоян А., Парамей А., Рогочий О.*

Науковий керівник: асистент Лебідь В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Остеоартрит (ОА) є однією з найбільш поширених причин хронічного болю та інвалідності у світі, особливо серед людей з коморбідною патологією. Незважаючи на наявність різних методів лікування, не

існує однозначної рекомендації щодо найбільш ефективного підходу до терапії хворих на остеоартрит з коморбідною патологією.

Мета. Дослідити ефективність комплексної терапії у хворих на ОА з коморбідною патологією і визначити її вплив на зниження болю, покращення функціональності та якості життя пацієнтів.

У дослідження включені 52 хворих на ОА чоловіків та жінок віком від 55 до 70 років, розподілені на дві групи. I група – (n = 26 хворих), яка отримувала хондропротективний комплекс (глюкозамін сульфат 500 мг, хондроїтин сульфат 400 мг, калію диклофенак 50 мг по 1 табл. 2 рази на день протягом 7 днів, а потім – глюкозамін сульфат 500 мг, хондроїтин сульфат 400 мг по 1 табл. 3 рази на день 3 тижні, надалі 1 табл. 2 рази на день 3 місяці). II група – (n = 26 хворих) отримувала тільки протизапальну терапію (ацеклофенак 100 мг 1 табл. 2 рази на день 5 днів, диклофенак гель місцево 2 рази на день 7 днів). Усі пацієнти отримували терапію супутніх захворювань: антигіпертензивні препарати (периндоприл 4 мг / індапамід 1,25 мг або валсартан 160 мг / гідрохлортіазид 12,5 мг), гіполіпідемічні препарати (розувастатин 20 мг 1 раз на добу).

Для визначення ефективності лікування ми використовували наступні дані: шкали ВАШ, WOMAC та оцінка стану хряща, вираженість синовііту за допомогою УЗД дослідження через 3 місяці після початку обстеження та курсу лікування. Через 3 місяці лікування ОА відмічена позитивна динаміка функціонального стану суглобів у всіх групах пацієнтів. У першій групі у жодного пацієнта не було клінічних та УЗД ознак синовііту. В іншій групі у двох пацієнтів суб'єктивно зберігався біль в суглобах після фізичних навантажень. Проте показники якості життя та функціональний стан суглобів був кращим у першій групі. За шкалою WOMAC у першій групі відмічалось покращення по всім 24 пунктам в порівнянні з другою групою, суттєво відрізнялися показники шкали ВАШ ( $7.0 \pm 1.4$  у I групі та  $5.9 \pm 2.1$  у II групі відповідно).

Таким чином, призначення комплексного лікування ОА у вигляді хондропротективної та протизапальної терапії значно покращує якість життя, зменшує клінічні прояви основного захворювання та може бути рекомендоване хворим на ОА у поєднанні з коморбідною патологією.



## ОСТЕОПОРОТИЧНІ ЗМІНИ КІСТОК У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Добринська С., Дяговець О., Попівніч А., Філатова А.*

Науковий керівник: доцент Іваницький І.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Проблема остеопоротичних переломів стає все більш актуальною по мірі старіння населення. У той же час, загальновідомо, що ревматоїдний артрит (РА) є окремим фактором ризику розвитку остеопорозу. Водночас, малодослідженим залишається питання впливу активності РА на розвиток та перебіг остеопоротичних (ОП) уражень кісток.

Метою нашого дослідження стало дослідження особливостей ОП ураження кісток у хворих на РА в залежності від активності та тривалості перебігу основного захворювання.

Нами було обстежено 69 пацієнтів з РА, середнім віком  $41,4 \pm 3,9$  років, з яких 48 жінок та 21 чоловік. Усі досліджені були розподілені на групи в залежності від активності перебігу РА згідно загальноприйнятої класифікації. I група включала в себе пацієнтів з активністю 1 ст. кількістю 28 чоловік, пацієнти з активністю 2 ст. (2 група) – 29 пацієнтів, 3 ст. (3 група) – 12 пацієнтів. Усі пацієнти отримували терапію згідно сучасних стандартів лікування РА, а саме метилпреднізолон 4-8 мг на добу, метотрексат 15 мг на добу.

Для визначення ступеню остеопоротичних змін кісток ми використовували дані двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії хребта в прямій проекції, а саме показник Т критерію та Z критерію.

Нами були отримані наступні результати: у пацієнтів I групи Т критерій становив  $-1,5 \pm 0,14$ , що відповідало діагнозу остеопенії I ст., у пацієнтів II групи Т критерій становив  $-1,9 \pm 0,18$ , у пацієнтів III групи –  $2,3 \pm 0,21$ , при цьому відмінність між I та III групами була статистично достовірною ( $p=0,021$ ). Z критерій у пацієнтів I групи становив  $-1,1 \pm 0,19$ , у пацієнтів II групи –  $1,6 \pm 0,12$ , у пацієнтів III групи –  $1,9 \pm 0,3$ , при цьому відмінність між I та III групами була статистично достовірною ( $p=0,042$ ). При проведенні кореляційного аналізу серед усіх обстежених пацієнтів нами був виявлений сильний кореляційний зв'язок Т критерієм та тривалістю перебігу РА ( $r=0,69$ ;  $p=0,03$ ), сильний зв'язок між Т критерієм та рівнем ШОЕ ( $r=0,53$ ;  $p=0,048$ ) та між Т критерієм та рівнем С реактивного білку ( $r=0,42$ ;  $p=0,04$ ). Також нами був виявлений сильний зв'язок між дозою метилпреднізолону та

T критерієм ( $r=0,71$ ;  $p=0,046$ ) та між дозою метилпреднізолону та Z критерієм ( $r=0,73$ ;  $p=0,031$ )

Спираючись на отримані дані, ми зробили висновок щодо беззаперечного впливу РА на розвиток остеопоротичних змін кісткової тканини, при цьому необхідно відмітити, що остеопоротичні зміни кісток обумовлені як активністю перебігу РА, так і використанням підвищених доз глюкокортикоїдів для контролю підвищеної активності захворювання, що призводить до висновку про доцільність контролю активності РА за допомогою базисних препаратів, зокрема метотрексату.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В ІНТЕНСИВНИХ БОЙОВИХ ДІЯХ

*Золочевський І.*

Наукові керівники: професор Скрипніков А., професор Герасименко Л.  
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В умовах ведення бойових дій стрес-асоційовані розлади є одними з найбільш розповсюджених психічних неспсихотичних розладів серед військовослужбовців. Особливу увагу привертають стрес-асоційовані розлади з тривалим, відстроченим чи пролонгованим перебігом. До категорії даних психічних патологій належать постратравматичні стресові розлади (ПТСР). Посттравматичний стресовий розлад – відстрочена чи пролонгована реакція на одиничні чи тривалі стресові переживання надзвичайно загрозливого, іноді катастрофічного характеру.

Під час війни в Україні з 2022 року, за отриманими статистичними дослідженнями, близько 60-80% військовослужбовців мають ознаки гострої реакції на стрес. За даними останніх досліджень, встановлено, що особи, які не отримали вчасно професійну та якісну психологічну допомогу після пережитої психотравми мають значно вищий ризик формування ПТСР. Клінічні спостереження доводять, що симптоми ПТСР відзначаються у 12-20% військовослужбовців після перенесеної бойової травми.

Мета дослідження: встановити ступінь взаємозв'язку між інтенсивністю бойових дій та клінічною картиною ПТСР у військовослужбовців під

час російсько-Української війни.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 32 пацієнта чоловічої статі, яким встановлено діагноз посттравматичний стресовий розлад (F43.1) за МКХ-10 (що також відповідає критеріям DSM-V) та які перебували на лікуванні у КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР». Всі пацієнти надали проінформовану згоду на участь у дослідженні. Середній вік обстежених склав 30±5 років.

Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану проводили за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю та опитувальника симптомів ПТСР (PTSD, Checklist PCL-5), а для оцінки інтенсивності бойового досвіду у військовослужбовців застосована «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» (Combat Exposure Scale) Аналіз даних виконано за допомогою програми Microsoft Excel.

Критерії включення пацієнтів до дослідження:

- діагноз ПТСР (F43.1);
- військовослужбовці, що перебували у зоні інтенсивних бойових дій;
- дієздатні особи повнолітнього віку (від 25-х до 35-х років).

Критерії виключення:

- відсутність участі у бойових діях;
- наявність тяжкої супутньої соматичної патології;
- мають інший психіатричний діагноз, окрім ПТСР.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що військовослужбовці, які мали діагноз посттравматичний стресовий розлад перебували в зоні ведення бойових дій середньої або високої інтенсивності. Виявлено, взаємозв'язок між інтенсивністю бойових дій та переважанням в клінічній картині ПТСР того чи іншого кластера симптомів за (DSM-V). Виражені симптоми інтрузії (від 15 до 20 балів) у 29 осіб (90,6%), що частіше спостерігалися у досліджуваних, які перебували в зоні обстрілу більш ніж 4-6 місяців – 18 осіб (62,1%) та у 15 осіб, що виконували завдання із підвищеною небезпекою більш ніж 50 разів – (51,7%). Виражені симптоми уникнення (від 6 до 8 балів) у 26 осіб (81,3%) були присутні у досліджуваних, що частіше мали небезпеку бути вбитим більше 50 разів – 21 чоловік (80,8%) та у осіб бачили смерть побратимів від 13-50 разів – 15 чоловік (57,7%). Виражені негативні думки та емоції (від 20 до 28 балів) у 13 осіб (40,6%) частіше спостерігалися у досліджуваних із великими втратами в підрозділі від 25 до 50% – 11 осіб (84,6%) та у 12 осіб з небезпекою бути вбитим (92,3%). Виражені симптоми надмірної реактивності (від 18 до 24 балів) у 23 осіб (71,9%) і були присутні частіше у досліджуваних, які виконували завдання із підвищеною небезпекою

більше 50 разів – 18 осіб (78,3%) та з небезпекою бути вбитим більше 50 разів – 19 осіб (82,6%).

Висновки. Таким чином, дослідження доводить, що військовослужбовці з вираженою інтрузією довше перебували в зоні обстрілу противником та частіше виконували завдання з підвищеною небезпекою. Військовослужбовці з вираженими симптомами уникнення частіше мали загрозу бути вбитим та частіше бачили смерть побратимів. Досліджувані з більш вираженими негативними думками та емоціями частіше мали більш значні втрати в підрозділі та частіше мали небезпеку бути вбитим. Досліджувані з вираженими симптомами гіперреактивності частіше виконували завдання із підвищеною небезпекою та частіше мали ризик бути вбитим.

Проведене дослідження доводить, що переважання різних кластерів симптомів ПТСР залежить від виду та інтенсивності бойових дій у військовослужбовців, а також показує комбінований вплив різних видів бойових дій та ступінь їх інтенсивності на відмінність перебігу та особливості клінічної картини ПТСР у військовослужбовців під час російсько-Української війни.

## ПОЛІНЕЙРОПАТІЯ КРИТИЧНИХ СТАНІВ У СТРУКТУРІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ М'ЯЗОВОЇ СЛАБКОСТІ У РЕАНІМАЦІЙНИХ ХВОРИХ

*Зубарєв І.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Розповсюдженість неспецифічного враження нервів і м'язів пацієнтів у відділенні реанімації варіює від 50 до 100 % відповідно даним різних авторів. Діагностичні критерії різних станів залишаються не повністю систематизованими.

Мета роботи: запобігання розвитку полінейропатії у реанімаційних хворих.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі реанімаційного відділення КП «Полтавська ОКЛІ ПОР» в період з 01.09.2023 р. по 01.03.2024 р. Критерії встановлення діагнозу набула у відділенні інтенсивної терапії м'язова слабкість: генералізована м'язова слабкість, що розвинулася після початку критичного стану; м'язова слабкість дифузна, симетрична, в'ялі парези, зазвичай без участі черепних

нервів; сума балів по шкалі Medikal Research Council (MRC)  $\leq 4$ , виявлені двічі з інтервалом більш як 24 год; утрудненість відлучення від ШВЛ (неможливе самостійне дихання протягом 24-48 год). Пацієнти рандомізовані на 3 групи, залежно від тривалості знаходження у ВАІТ. Група I (n=30) – пацієнти, які перенесли нейрохірургічне втручання (пухлини, аневризми) із ускладненим інтраопераційним періодом, знаходження у ВАІТ понад три дні, нестабільність гемодинаміки більш як 20% від початкового рівня. Група II (n=25) – пацієнти, які перенесли нейрохірургічне втручання, гострий період порушення мозкового кровообігу, ускладнений післяопераційний період, перебування в ВАІТ більше ніж 6 днів. Група III (n=30) – довготривале порушення свідомості, всі пацієнти перенесли сепсис, знаходилися в ОРИТВАІТ більше двох місяців. Досліджувались: електронейроміографія (ЕНМГ), клінічний аналіз крові, моніторинг гемодинаміки (наркозна карта, післяопераційний моніторинг), лактатдегідрогеназа (ЛДГ), креатинфосфокіназа (КФК), міоглобін, прокальцитоніновий тест, аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), частота післяопераційних ускладнень.

Результати досліджень. I група: час відновлення свідомості –  $58,23 \pm 9,46$  год, відновлення спонтанного дихання –  $120,12 \pm 8,44$  год; відновлення м'язової сили –  $144,86 \pm 9,51$  год. ЛДГ Од/л (N 240-480) –  $980 \pm 170,01$ ; міоглобін нг/мл (N5-70) –  $278, 53 \pm 32,86$ ; КФК Од/л (N до 190) –  $530,13 \pm 125$ . У всіх пацієнтів I групи спостерігалось підвищення КФК, ЛДГ, міоглобіну. II група: час відновлення свідомості –  $58,23 \pm 9,46$  год, спонтанного дихання –  $120,12 \pm 8,44$  год; м'язової сили –  $144,86 \pm 9,51$  год. ЛДГ Од/л (N 240-480) –  $61,30 \pm 18,58$ ; міоглобін нг/мл (N5-70) –  $236,28 \pm 63,62$ ; КФК Од/л (N до 190) –  $358,37 \pm 22,50$ . III група: відновлення спонтанного дихання та м'язової сили не відбулося. Післяопераційний стан ускладнився пневмонією у 30 пацієнтів; пневмонією та пролежнями – у 9 пацієнтів. Прокальцитоніновий тест (N від 0 до 0,5)  $> 10$  у всіх пацієнтів; КФК Од/мл –  $382 \pm 140$ ; АЛТ Од/л –  $32 \pm 2,8$ ; АСТ Од/л –  $34 \pm 4,2$ .

Висновок. Парези, які розвиваються у перші дні після закінчення хірургічної операції або на початку проведення інтенсивної терапії не пов'язані з вогнищевим ураженням головного мозку, вони функціональні, обумовлені гальмівними процесами в ЦНС, залишковою дією міорелаксантів, загальних анестетиків, і певною мірою, являються частиною синдрому «sickness behavior». У пацієнтів із нестабільною гемодинамікою, які потребують інотропної підтримки, дифузна м'язова слабкість обумовлена синдромом «ішемія –

реперфузія» із підвищенням рівня креатинфосфокінази, лактатдегідрогенази і міоглобіну в крові. У пацієнтів з довготривалим порушенням свідомості, які перенесли сепсис, у 53% випадків розвивається полінейропатія критичних станів із ураженням довгих нервів кінцівок. Структурні зміни скелетних м'язів зустрічаються в 100% досліджених пацієнтів із переважанням дистрофії, атрофії, міофіброзу на фоні відсутності гістологічних ознак запалення.

## КИШКОВІ СТОМИ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

*Іванов А.*

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Накладення кишкової стоми у дітей з вродженими вадами розвитку шлунково-кишкового тракту є вимушеним заходом, який здійснює безпосередній вплив на результати оперативного лікування. Дискутабельним серед дитячих хірургів залишається питання про терміни функціонування та закриття кишкових стом.

Мета. Визначення частоти, причин формування, ускладнень кишкових стом у дітей з вродженими вадами розвитку шлунково-кишкового тракту.

Методи дослідження. Проведено аналіз результатів лікування 41 дитини (27 (65,85%) хлопчиків та 14 (34,15%) дівчаток) з вродженою патологією шлунково-кишкового тракту, які потребували оперативного лікування з накладенням кишкової стоми. Вік пацієнтів від 1 доби до 7 місяців.

Основні результати. Кишкові стоми накладалися при атрезії різних відділів кишечника у 12 (29,27%) випадках, аноректальних вадах – у 16 (39%), хворобі Гіршпрунга – у 3 (7,32%), виразково-некротичному ентероколіті новонароджених – у 3 (7,32%), завороті тонкої кишки з некрозом – у 2 (4,88%), меконіальній кишковій непрохідності – у 1 (2,44%), з інших причин – у 4 (9,76%).

Подвійна ентєростома виконана у 20 (48,78%), подвійна колостома – у 18 (43,90%) випадків, кінцева колостома – у 3 (7,32%) випадків. Тривалість функціонування кишкової стоми становила від 1 місяця до 5 років.

Ранніми ускладненнями після формування стоми були евагінація у

1 (2,44%) пацієнта, крайовий некроз стоми у 2 (4,88%) випадках, ретракція стоми в черевну порожнину – у 2 (4,88%). З віддалених ускладнень у 3 (7,32%) – стеноз стоми та у 2 (4,88%) – евагінація стоми. Явища парастомального дерматиту з різним ступенем вираженості спостерігалися у 100% хворих, що вимагало постійного використання засобів догляду за шкірою навколо стоми.

При виборі терміну закриття кишкової стоми враховувався стан відключеного нефункціонуючого відрізка кишечника, який оцінювався за даними іригографії. Підготовка відключеної кишки та оцінка її готовності до реконструктивної операції проводилися за розробленим в клініці способом, який підтверджує концепцію, що стимуляція дистального сегменту кишечником вмістом здійснює позитивний вплив на кишкову стінку, стан слизової оболонки та розмір просвіту кишки. Кишковий вміст порціями вводили в дистальний сегмент через стому та готовність відключеної кишки до виконання анастомозу оцінювали по появі випорожнень природнім шляхом.

Висновок. Успішне функціонування стоми залежить не тільки від технічних аспектів її формування, а й від обов'язкового догляду зі своєчасною корекцією ускладнень.

## ПРОФІЛАКТИКА ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ МІОМЕКТОМІЇ ПІД ЧАС КЕСАРЬСЬКОГО РОЗТИНУ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ

*Каменська О., Малащук Л., Черепашенко Я., Капустянська К.*

Науковий керівник: доцент Добровольська Л.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В останні роки збільшується кількість жінок фертильного віку, які вступають в період вагітності при наявності лейоміоми матки. Виникає клінічна ситуація, коли патологічно ураженому органу (матці) необхідно виконати фізіологічну функцію як щодо пролонгування вагітності до оптимального терміну гестації, так і до безпечного розродження. Жінки з лейоміомою матки входять в групу високого перинатального ризику, особливо щодо акушерських кровотеч. При виникненні показань до оперативного розродження існує ризик великої інтраопераційної крововтрати. Поетапна деваскуляризація матки шляхом перев'язки магістральних судин та накладання компресійних швів на матку є лікувальними методиками зупинки

атонічних масивних акушерських кровотеч (Наказ МОЗ України від 24.03.2014 №205 «Акушерські кровотечі»).

Мета. Оцінка ефективності запропонованого нами методу профілактики інтраопераційної кровотечі під час кесарського розтину (КР) з консервативною міомектомією у жінок із лейоміомою матки.

Матеріали і методи. Було вивчено 34 історії вагітності і пологів жінок із лейоміомою матки, розроджених протягом шляхом кесарського розтину із консервативною міомектомією. 15 (44,1%) пацієнткам (основна група – ОГ) під час КР проводилась профілактична деваскуляризація матки за методикою, розробленою Ліхачовим В.К. та співавт. (Патент України на корисну модель №140134, МПК А61В 17/42). У групу порівняння (ГП) входили 19 (55,9%) жінок, яким консервативна міомектомія проводилась без застосування розробленої методики.

Отримані результати. Загальна крововтрата в ОГ ( $639,45 \pm 88,25$  мл) була достовірно нижчою, ніж в ГП ( $853,05 \pm 73,3$  мл;  $p < 0,05$ ). В ОГ достовірної різниці у величині крововтрати як при ургентному, так і при плановому КР не було ( $610,3 \pm 81,4$  мл та  $668,6 \pm 95,1$  мл;  $p > 0,5$ ). Також не відмічалась різниця в крововтраті між плановим і ургентним втручанням в ГП ( $885,3 \pm 64,3$  мл та  $820,8 \pm 82,3$  мл;  $p > 0,5$ ). На 5 добу післяпологового періоду показники доплерометричних обстежень кровоплину в матці в обох групах не відрізнялись.

Висновки. Розроблена співробітниками кафедри акушерства і гінекології №2 ПДМУ методика профілактики інтраопераційної кровотечі при КР з консервативною міомектомією є ефективною.

## ІТРАКОНАЗОЛ В ЛІКУВАННІ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ

*Караван О.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Себорейний дерматит – це хронічне рецидивуюче захворювання шкіри, яке зазвичай уражує ділянки тіла з найбільшою кількістю сальних залоз (шкіра волосистої частини голови, обличчя, вух, верхньої частини спини та грудей, згинів рук та ніг). Це хронічне захворювання, збудником якого виступає грибок *Malassezia*. Гриби



Malassezia є частиною нормальної мікрофлори шкіри та в невеликій кількості присутні на її поверхні. Але при себорейній надмірній жирності волосся, відшарування частинок шкіри та її запалення в декілька разів збільшується чисельність грибків роду Malassezia, адже вони харчуються шкірним салом (себумом), а це, в свою чергу, викликає почервоніння шкіри голови, сильний свербіж.

Актуальність теми обумовлена великою кількістю захворюваності на себорейний дерматит та випадками не ефективності лікування, а також рецидивів хвороби. Захворювання часто вражає людей молодого віку та важко піддається лікуванню. Захворювання часто вражає людей молодого віку та важко піддається лікуванню.

Мета дослідження: дослідити ефективність перорального прийому ітраконазолу пацієнтами із себорейним дерматитом легкого та середньотяжкого ступеня.

У дослідження було залучено 30 пацієнтів, що були оглянуті в Шкірно-венерологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. Скліфосовського М.В. ПОР». Пацієнти за віком від 16 до 45 років, всім встановлено діагноз себорейний дерматит легкого та середньотяжкого ступеня. Терапевтичну ефективність оцінювали за шкалою симптомів себорейного дерматиту (SSSD) та застосуванням опитувальників якості життя (DLQI).

Пацієнтів розділили на дві групи: перша група отримували ітраконазол per os у дозі 200 мг на день, друга група приймала ітраконазол per os 100 мг на день протягом 1 місяця. Абсолютні значення SSSD становили  $10,06 \pm 1,08$  для всіх 30 пацієнтів;  $11,03 \pm 1,15$  і  $11,08 \pm 1,11$  для пацієнтів на дозі 200 і 100 мг/добу відповідно. У кінцевій точці не було достовірної різниці у значеннях SSSD між двома групами. Серйозних побічних явищ не спостерігалось в жодній з груп, крім найпоширенішого побічного ефекту – хейліту.

Висновки. Дослідження свідчить про те, що використання низьких доз ітраконазолу перорально в терапії може бути безпечним та ефективним варіантом лікування пацієнтів із рецидивуючим себорейним дерматитом.

## ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ПІСЛЯ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З КОМОРБІДНИМ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

*Карнік З.*

Наукові керівники: професор Дельва М., доцент Бойко Д.

Кафедра нервових хвороб

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Головний біль (ГБ) – це один з найбільш поширених симптомів після легкої черепно-мозкової травми (лЧМТ), який може персистувати тривалий час. Хоча відомо, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і ГБ часто виникають разом, йому приділяється менше уваги серед фахівців з питань психічного здоров'я, ніж іншим проблемам. ГБ набуває особливої актуальності в умовах триваючої війни внаслідок значної поширеності лЧМТ серед військовослужбовців.

Мета: проаналізувати вплив ГБ після лЧМТ від вибухової хвилі у діючих військово-службовців на вираженість ознак ПТСР.

Методи дослідження. Нами проведено дослідження за типом «випадок-контроль», що включало 34 військовослужбовця, які брали участь в активних бойових діях. Дослідження проведено на базі Центру «Ветеран» КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» та КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР». Вираженість симптомів ПТСР оцінювали за допомогою PCL-5. 2 особи було виключено з аналізу, а інші були розподілені на групи: I група – 16 чоловіків з ПТСР, II група – 16 чоловіків без ПТСР. Для обстеження використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ) та тест впливу головного болю (НІТ-6). Для статистичної обробки використано критерій Манна-Уїтні, критерій Спірмана та лінійний регресійний аналіз.

Основні результати. Середній бал за шкалою НІТ-6 у I групі склав  $67,88 \pm 8,12$ , що було статистично значимо вище ( $p < 0,001$ ) за такої у II групі, а саме  $52,50 \pm 4,09$ . Середнє значення балів за ВАШ було значимо вищим ( $p = 0,029$ ) у I групі і складало  $6,38 \pm 1,93$  порівняно з II групою, де це значення становило  $5,00 \pm 1,37$ . Виявлено пряму сильну кореляцію між балами PCL-5 і НІТ-6 ( $r = 0,745$ ,  $p < 0,001$ ) та пряму помірну між балами PCL-5 і ВАШ ( $r = 0,439$ ,  $p = 0,006$ ). Встановлено, що більш виражений вплив головного болю на повсякденну активність асоціюється з більшою вираженістю симптомів ПТСР ( $B = 1,66 \pm 0,33$ ,

95% ДІ 0,98-2,34,  $p < 0,001$ ). Проте не виявлено впливу інтенсивності больового синдрому на вираженість симптомів ПТСР ( $B=1,74 \pm 1,87$ , 95% ДІ 2,07-5,56,  $p=0,358$ ). Було встановлено, що така модель обумовлює 56,7% загальної дисперсії PCL-5 (скоригований  $R^2 = 0,537$ ,  $p < 0,001$ ).

Висновки. Таким чином, нами виявлено, що у військовослужбовців, які мають головний біль після легкої ЧМТ внаслідок вибухової хвилі вираженість больового синдрому та вплив головного болю на повсякденне функціонування вище при ПТСР і посилюється зі зростанням вираженості симптомів ПТСР. При цьому наслідки головного болю для повсякденного функціонування, а не інтенсивність больового синдрому, відображаються у підвищенні вираженості симптомів ПТСР.

## ВПЛИВ ЯКОСТІ СНУ НА СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ ТА ДЕЗАДАПТАЦІЮ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

*Качала В.*

Науковий керівник: доцент Бойко Д.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Між сном і стресом існує взаємний зв'язок. Високий рівень стресу може спричинити проблеми зі сном, а неякісний або недостатній сон може призвести до дезадаптивних змін у реакції на стрес.

Мета: проаналізувати рівень сприйнятого стресу та дезадаптації внутрішньо переміщених осіб при поганій якості сну.

Методи дослідження. Нами проведено крос-секційне дослідження 49 внутрішньо переміщених осіб. Для поділу на групи було використано результати Пітсбургського індексу сну, відповідно до якого при сумі балів більше 5 респондентів було віднесено до I групи – особи з поганою якістю сну ( $n=21$ ), а інших до II групи – особи з хорошою якістю сну ( $n=28$ ). Рівень сприйнятого стресу визначали за шкалою PSS-10, а прояви дезадаптації за новим модулем розладів адаптації ADNМ-20. Для статистичної обробки використано критерій Мана-Уїтні,  $\chi^2$ -Пірсона та розрахунок відношення шансів (OR) та його довірчого інтервалу (95% ДІ).

Основні результати. Нами встановлено, що 42,9% респондентів мали погану якість сну, що значно перевищує загальнопопуляційний показник. Поряд з цим не було встановлено статистично значущих

відмінностей за рівнем сприйнятого стресу між групами ( $20,71 \pm 4,50$  у I групі проти  $19,00 \pm 6,04$  у II групі,  $p=0,224$ ). У I групі встановлено більш виражені прояви дезадаптації ( $54,29 \pm 10,60$  у I групі проти  $46,04 \pm 10,52$  у II групі,  $p=0,004$ ), за рахунок вищих рівнів заклопотаності стресором ( $10,86 \pm 3,05$  у I групі проти  $8,36 \pm 2,92$  у II групі,  $p=0,007$ ), пригніченого настрою ( $7,67 \pm 1,74$  у I групі проти  $6,39 \pm 1,77$  у II групі,  $p=0,022$ ) та тривоги ( $5,67 \pm 1,62$  у I групі проти  $4,54 \pm 1,45$  у II групі,  $p=0,027$ ). Поряд з цим не було виявлено статистично значущих відмінностей за показниками нездатності до адаптації ( $9,71 \pm 2,78$  у I групі проти  $8,71 \pm 2,43$  у II групі,  $p=0,217$ ), уникнення ( $11,33 \pm 2,61$  у I групі проти  $10,39 \pm 3,10$  у II групі,  $p=0,313$ ) та імпульсивних розладів ( $8,52 \pm 2,25$  у I групі проти  $7,46 \pm 2,25$  у II групі,  $p=0,095$ ). Поряд з цим у I групі було виявлено 16 (76,2%) осіб з ризиком розладу адаптації, а в II групі 2-10 (35,7%) осіб ( $p=0,005$ ). Таким чином при поганій якості сну спостерігалось підвищення ризику розладу адаптації більш ніж у 5 разів (OR=5,76, 95% ДІ 1,62-20,45,  $p=0,005$ ).

Висновки. Таким чином нами встановлено, що погана якість сну, на яку страждають майже половина ВПО, в умовах співставного рівня сприйнятого стресу може підвищувати ризик розвитку розладу адаптації за рахунок впливу на афективну сферу, зокрема через підвищення рівнів заклопотаності стресором, пригніченості настрою та тривоги.

## СПІНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ХРЕБТІ У ПОЛОЖЕННІ НА ЖИВОТІ

*Кім Л.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Спінальна анестезія (СА) є безпечною та ефективною альтернативою загальній анестезії при оперативних втручаннях на поперековому відділі хребта у положенні на животі. Проте на сьогодні не існує єдиного підходу щодо методики виконання спінальної анестезії у цієї категорії хворих, виду, дози та баричності місцевого анестетика.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз ефективності та безпечності використання ізобаричного та гіпербаричного розчинів бувівакаїну при спінальній анестезії в хірургії поперекового відділу хребта.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі нейрохірургічного відділення з блоком анестезіології та інтенсивної терапії КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у період з 01.09.2023 р. по 01.01.2024 р. 60 пацієнтів, були розподілені на 3 групи по 20 чоловік. Пацієнтам групи ГБ5 СА виконувалась гіпербаричним розчином бупівакаїну 0,5% – 3,5 мл з експозицією на спині 5 хв. У групі ГБ10 пацієнтам виконувалась така сама анестезія, але експозиція на спині складала 10 хв. У групі ІБ СА виконувалась ізобаричним розчином бупівакаїну 0,5%-3,5 мл і пацієнт вкладався на живіт самостійно одразу. Оцінювали рівень сенсорного та моторного блоку, стан гемодинаміки через 15 хв від моменту введення анестетика та через 3 год.

Результати дослідження. Рівень сенсорного блоку був достовірно вище у обох групах гіпербаричного розчину порівняно з ізобаричним. Моторний блок був однаково максимальним у всіх групах. Через 3 години рівень сенсорного блоку був достовірно вищим у групі ГБ5, порівняно із двома іншими групами, а рівень моторного блоку був вищим у групі ГБ10. Найсуттєвіші зміни гемодинаміки виявлені у пацієнтів групи ГБ10, пацієнти групи ІБ мали найстабільнішу гемодинаміку. Можливість найшвидшого початку оперативного втручання спостерігалась у групі ІБ.

Висновки. При виконанні оперативних втручань на поперековому відділі хребта у положенні на животі тривалістю до 3 год доцільніше використовувати ізобаричний розчин місцевого анестетика, оскільки він має менший вплив на показники артеріального тиску та дозволяє пацієнту самостійно вкладатися в операційне положення, а також дає можливість починати оперативне втручання якнайшвидше. Використання гіпербаричного розчину місцевого анестетика може бути доцільним при виконанні більш тривалих оперативних втручань. Час експозиції у положенні на спині до повороту на живіт слід обмежити до 5 хв, оскільки більший час експозиції не впливає на тривалість блоку, проте супроводжується більш значними гемодинамічними змінами.

## ВИКОРИСТАННЯ НЕФОПАМУ ГІДРОХЛОРИДУ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ЯК ЗАСІБ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРЕМТІННЯ

*Кириленко Є.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Сучасний підхід до мультимодальної схеми ведення післяопераційного періоду включає в себе обов'язкове застосування лікарських засобів, що мають малу кількість побічних ефектів та володіють полімодальним впливом на всі патогенетичні ланки. Нефопама гідрохлорид здатний запобігати розвитку опіоїдної гіпералгезії, блокувати больові подразники без пригнічення дихання, впливати на синдром післяопераційного тремтіння, що відрізняє його від класичних нестероїдних протизапальних препаратів.

Мета. Оцінити ефективність препарату нефопама гідрохлориду, як засобу для корекції синдрому післяопераційного тремтіння.

Методи дослідження. Для лікування синдрому післяопераційного м'язового тремтіння ми застосували нефопама гідрохлорид у 43 хворих хірургічного відділення на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Середній вік пацієнтів був  $42,7 \pm 3,1$  роки, серед них переважна більшість складала чоловіки – 68,5%. Операції проводилися як в плановому порядку, так і в ургентному. Всім хворим було проведено загальну багатокomпонентну анестезію з інтубацією трахеї та тотальною міоплегією. Доза препарату становила 20 мг, його вводили внутрішньовенно повільно (протягом 1-2 хв.), щоб запобігти небажаним побічним ефектам – нудоті, тахікардії, блюванню. У ранньому післяопераційному періоді після введення нефопама ми оцінювали вплив препарату на стан хворих за терміном зникнення післяопераційного тремтіння.

Результати дослідження. У ході дослідження впливу нефопама гідрохлориду при синдромі післяопераційного тремтіння було встановлено, що після пробудження (закінчення оперативного втручання) післяопераційний тремор виникав через 1 хв – у 19,8%, через 4 хв – у 20,9%, через 5 хв – у 20,4%, від 5 до 10 хв – у 11,7% хворих. Після використання нефопама гідрохлориду у 96,7% пацієнтів з післяопераційним тремором протягом 2 хв після введення лікувального засобу тремор зникав.

Висновки. Застосування нефопама гідрохлориду в якості лікувального

засобу, який входить до складу сучасного ведення післяопераційного періоду на фоні мультимодальної анальгезії дозволяє ефективно покращити стан пацієнта шляхом корекції синдрому післяопераційного тремтіння.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ КЕТАМІНУ ПІД ЧАС РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВЕЛИКИХ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

*Кириченко А.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Наявність болю після великих ортопедичних операцій негативно впливає на самопочуття та комфорт пацієнта. Хоч багато сучасних операцій виконуються малоінвазивно, останні дані свідчать, що біль після артроскопічних операцій на плечовому та колінному суглобах за інтенсивністю дорівнює або навіть перевищує біль після традиційної артропластики та операцій на хребті. Кетамін – це фенциклідиновий внутрішньовенний анестетик, що блокує N-метил-D аспартат-рецептори (NMDA) в центральній нервовій системі. У низьких дозах (0,1-0,5 мг/кг маси тіла) він демонструє помітний знеболюваний ефект і може бути використаний як доповнення до регіонарної чи місцевої анестезії.

Мета дослідження: оцінити ефективність застосування кетаміну під час регіонарної анестезії у пацієнтів при великих ортопедичних операціях.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі травматологічного відділення КП «1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» в період з 01.09.2023 р. по 19.03.2024 р. Вивчали дані пацієнтів віком старше 18 років, яким проводили великі ортопедичні операції (планові чи ургентні): тотальні зміни суглобів (стегнового, колінного), операції на хребті, артроскопічні реконструкції, операції на плечовому суглобі, ортопедичні онкологічні операції. Усім пацієнтам проводили загальний наркоз інгаляційними анестетиками або тотальну внутрішньовенну анестезію; деякі операції доповнювали регіонарною чи спінальною анестезією.

Усіх пацієнти були рандомізовані на 3 групи. У I групі (15 досліджуваних) застосовували внутрішньовенний боліос кетаміну 0,3 мг/кг та інфузію 5 мг/кг/хв; пацієнти II групи (13 досліджуваних) – лише боліос кетаміну 0,3 мг/кг; у III групі (8 досліджуваних) – лише

інфузію 5 мкг/кг/хв, яку припиняли під час зашивання шкіри. Контрольна група складалася з 10 осіб, які отримували боліос і/чи інфузію фізіологічного розчину (0,9 % NaCl). Оцінювали часові характеристики та базальні шкали сенсорного і моторного блоку, інтенсивність больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати дослідження. У пацієнтів I групи тривалість безбольового періоду становила  $18,3 \pm 1,9$  год, в II групі –  $20,3 \pm 1,8$  год та в III групі –  $23,3 \pm 1,9$  год. У контрольній групі тривалість безбольового періоду  $12,3 \pm 0,9$  год. Протягом 24 годин післяопераційного періоду: в I групі інтенсивність больового синдрому не досягала 4 балів за ВАШ протягом 24 години, в II групі інтенсивність больового синдрому не досягала 4 балів за ВАШ у 82% пацієнтів, в III групі – у 42% пацієнтів. У контрольній групі інтенсивність больового синдрому до 4 балів за ВАШ відзначена у 9 осіб (90%).

Висновки. Кетамін у низьких дозах значно зменшує потребу в опіюдах протягом 24-48 годин після ортопедичних операцій і значно продовжують час до першої потреби у знеболювальних засобах. Кетамін у застосованих дозах не підвищує частоту нудоти чи галюцинацій у хворих. Його можна рекомендувати для повсякденного використання при великих ортопедичних операціях під регіонарною анестезією.

## ОЦІНКА ВПЛИВУ ТЕРАПІЇ ІНТЕНСИВНИМ ІМПУЛЬСНИМ СВІТЛОМ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЄКТАТИЧНИМ ТИПОМ РОЗАЦЕА

*Киришина К.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Хронічний запальний дерматоз обличчя – розацеа, причина якого невідома, хоча визнається, що це порушення регуляції вродженої імунної системи, надмірний ріст коменсальних організмів (кліщі *Demodex*) та ін. Клінічні прояви захворювання різноманітні, при еритематозно-елеангієктатичному типі розацеа спостерігається стійка еритема, телеангієктазії, набряк шкіри. Суб'єктивно пацієнтів турбує почуття печіння та свербіж. Наявність даних симптомів часто призводить до змін психоемоційного стану пацієнтів, депресії, апатії.

Мета. Оцінити вплив терапії інтенсивним імпульсним світлом на



вираженість психоемоційних проблем у пацієнтів з еритематозно-телеангіектатичним типом розацеа.

Методи дослідження. Під наглядом перебували 62 пацієнта (59 жінок, 3 чоловіків) з діагнозом розацеа, еритематозно-телеангіектатичний тип. Вік хворих від 28 до 59 років. Пацієнти були поділені рандомно на 2 групи по 31 особі. У I групі проводилася місцева терапія гелем на основі азелаїнової кислоти. У II групі проводилася комбінована терапія гелем азелаїнової кислоти та інтенсивним імпульсним світлом апаратом М-22 (Луменіс Лтд., Ізраїль). Гель азелаїнової кислоти наносився на обличчя щодня вранці та ввечері, сеанси фототерапії проводилися з інтервалом 3 тижні, курс становив 6 процедур. Для оцінки психоемоційного стану кожному пацієнту було запропоновано анкетування, яке проводилося перед початком і після закінчення лікування.

Перед початком терапії в I та II групи пацієнтів були отримані такі дані: від 2 до 5 балів у 1 особи, від 6 до 10 – у 7, від 11 до 20 – у 14, від 21 до 30 – у 9 осіб. Після терапії пацієнтам пропонувалося повторно відповісти на запитання анкети для визначення якості життя. У I групі отримані: від 2 до 5 було у 7 пацієнтів, від 6 до 10 – у 7 пацієнтів, від 11 до 20 – у 12 пацієнтів, від 21 до 30 – у 5 пацієнтів. У II групі пацієнтів: від 0 до 1 було у 10 пацієнтів, від 2 до 5 – у 16 пацієнтів, від 6 до 10 – у 5 пацієнтів, від 11 до 20 і від 21 до 30 балів зареєстровано не було.

На тлі терапії, що проводиться, всі пацієнти відзначали поліпшення психоемоційного статусу, зниження тривожного стану і підвищення соціальної активності. Після курсу комбінованого лікування у II групі спостерігалось поліпшення стану шкіри та значне зниження рівня тривоги порівняно з даними I групи, де проводилася монотерапія азелаїновою кислотою.

Терапія інтенсивним імпульсним світлом зменшує кількість телеангіектазій та яскравість еритеми, внаслідок чого знижується виразність психологічних проблем у пацієнтів з розацеа та покращується якість життя.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

Кислинський В.М.

Науковий керівник: доктор філософії зі спеціальності медицина, Кононенко С.

Кафедра хірургії № 3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Переломи плечової кістки складають 14-16% серед усіх переломів кісток скелету, проте переломи дистального відділу плечової кістки складають лиш 2-3% від загальної кількості ушкоджень скелету та 30% від усіх переломів у ділянці ліктьового суглоба. Оскільки можливі ускладнення такі як утворення контрактур в ділянці ліктьового суглоба, нейропатії, обмеження функціональних рухів верхньої кінцівки призводять до значного погіршення якості життя та психоемоційного стану пацієнтів, тема вибору оптимального методу лікування та вибору найбільш ефективної методики реабілітації залишається актуальною й на сьогодні.

Мета. Провести порівняльний аналіз функціональних результатів лікування пацієнтів з переломами дистального відділу плечової кістки.

Методи дослідження. Об'єктом дослідження стали 28 пацієнтів, з яких 11 чоловіків та 17 жінок різної вікової категорії, яких за класифікацією ВООЗ можна розділити на вікові групи: молодий вік – 12ос.(43%), середній вік – 7ос.(25%), похилий вік – 9ос.(32%). У всіх пацієнтів діагностовано переломи дистального відділу плечової кістки, які відповідно до класифікації АО розділено наступним чином: А1–3 ос.(10,7%), А2–5 ос.(17,9%), А3–3 ос.(10,7%), В1–3 ос.(10,7%), В2–5 ос.(17,9%), В3–9 ос.(32,1%). Пацієнти з переломами по типу І3С не брали участі в дослідженні, оскільки наявність внутрішньосуглобового перелому є прямим показом до оперативного лікування.

Всіх пацієнтів, що брали участь в дослідженні, було поділено на 2 основні групи – ті хто лікувались консервативно - група  $\alpha$ , та ті хто лікувались за допомогою оперативного втручання - група  $\beta$ . Кожну з груп поділено на 2 підгрупи – ті хто проходили курс реабілітації використовуючи функціональний ортез для зміни положення передпліччя в згинальному та розгинальному положеннях ( $\alpha 1$ ,  $\beta 1$ ), та пацієнти що використовували звичайний ортез в положенні згинання ( $\alpha 2$ ,  $\beta 2$ ).

Основні результати. Після курсу лікування та реабілітації, була проведена оцінка функціональності ліктьового суглоба за шкалою MEPS та отримано наступні результати: загальні референсні значення для групи  $\alpha$  склали від 45 до 71 балів. Група  $\alpha$  1 – 64-71 балів. Група  $\alpha$  2 – 45-59 балів. Що стосується групи  $\beta$ , то загальні референсні значення склали від 69 до 89 балів. Група  $\beta$  1 – 77-89 балів. Група  $\beta$  2 – 65-71 балів.

Висновки. Під час проведення дослідження, враховуючи отримані результати, було виявлено, що використання функціонального ортезу покращує ефективність лікування та функціональної реабілітації як при консервативному так і при оперативному лікуванні, а також знижує ризики утворення контрактур, що обмежують рухи в ліктьовому суглобі. Все вищеперераховане, як наслідок, має прямий вплив на поліпшення якості життя та психоемоційного стану пацієнтів.

## АНАЛІЗ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗБУДНИКІВ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДО АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ *Клюйко А., Глушко Ю., Ільба О.*

Наукові керівники: доцент Прийменко Н., доцент Марченко О.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. За даними ВООЗ у 2019 році антибіотикорезистентність стала безпосередньою причиною 1,27 мільйона смертей в усьому світі та опосередкованою 4,95 мільйонів. Нераціональне застосування антибіотиків за час пандемії COVID-19 стало фактором зростання рівня резистентності до антибактеріальних препаратів.

Мета. Проаналізувати чутливість збудників гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) до антимікробних препаратів за даними КП «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради» (КП «ПОКІЛ ПОР»).

Методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз результатів мікробіологічного моніторингу та чутливості до антибіотиків мікроорганізмів, виділених з біоматеріалів (носоглотка, мигдалики, аспірат трахеї, мокротиння) від 2770 пацієнтів з ГРЗ за період 2018-2023 рр.

Основні результати. Встановлено, що за період 2018-2023 рр. основними мікробними патогенами, що виділялись з біоматеріалу від пацієнтів госпіталізованих в КП «ПОКІЛ ПОР» з ГРЗ були *S. albicans*

(23,9%), *S. aureus* (21,6%), *Enterococcus* spp. (12,2%), *K. pneumoniae* (7,2%), *P. aeruginosa* (7,2%), *S. haemolyticus* (6,4%), *S. pyogenes* (4,8%), проте частота їх виділення змінювалася в окремі роки. У 2018-2019 рр. переважно реєструвалась кокова мікрофлора – а саме *S. aureus* (53,4%), *S. pneumoniae* (10,2%), *S. haemolyticus* (10,6%), *S. pyogenes* (3,8%). За період пандемії COVID-19 2020-2023 рр. спектр збудників змінився і характеризувався зростанням питомої ваги *C. albicans* (31,7%), *Enterococcus* spp. (14,4%), *K. pneumoniae* (8,4%). Обмеженість знань медичної спільноти про збудника COVID-19 на початку пандемії, тяжкий перебіг хвороби призвели до нераціонального застосування антибіотиків, і як наслідок, зростання антибіотикорезистентності. Так, у 2020-2021 рр. частота резистентних ізолятів *K. pneumoniae* зросла до цефалоспоринів III покоління у 5,2 рази, *Enterococcus* spp. до фторхінолонів – у 2,0 рази, до карбапенемів – у 3,0 рази, *P. aeruginosa* до фторхінолонів – у 2,6 рази, а до цефалоспоринів – у 2,2 рази в порівнянні з 2018-2019 рр.

Висновки. За період пандемії COVID-19 спектр патогенів у біоматеріалі пацієнтів з ГРЗ змінився у порівнянні з 2018-2019 рр. з домінування кокової на грибову мікрофлору зі зростанням питомої ваги збудників нозокоміальних інфекцій і антибіотикорезистентності *Enterococcus*, *K.pneumoniae*, *P. aeruginosa*.

Отримані результати вказують на необхідність моніторингу регіональної антибіотикорезистентності, результати якого слід враховувати клініцистам при використанні антибактеріальних препаратів.

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ЗІ STEMI  
ЛІКАРЯМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»

*Коваленко О., Кравченко І., Лебеденко В., Любарська І., Макаренко К.,  
Мяленко В.*

Наукові керівники: доцент Настрога Т., асистент Ткач Л.  
Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Своєчасна діагностика ГКС зі STEMI на догоспітальному етапі, госпіталізація хворих з метою проведення перкутанного коронарного втручання (ПКВ) знижують летальність та покращують якість життя пацієнтів.

Мета. Проаналізувати результати надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим зі STEMI бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» за 2021-2023 роки.

Методи дослідження. Проведено аналіз 3312 карт виїзду бригад ЕМД (Ф№ 110/0) та супровідні листи (Ф№ 114/0) за 2021-2023 рр. пацієнтів зі STEMI, яким проведено реперфузійне втручання.

Основні результати. Всі хворі зі STEMI, після надання ЕМД на догоспітальному етапі, згідно Наказу МОЗ та локального протоколу, доставлялися бригадами ЕМД у КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» (КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР»), КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» (КП «ПОКМКЦ ПОР»), КНП «Лікарня інтенсивного лікування» «Кременчуцька» (КНМП «ЛІЛ» «Кременчуцька») для проведення ургентного ПКВ. Так, бригадами ЕМД в ургентному порядку доставлено зі STEMI у КП «ПОКМКЦ ПОР» 2021 р. 390 хворих, у 2022 р. – 539, у 2023 р. – 667. У КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у 2021 р. доставлено 407 хворих, у 2022 р. – 612, у 2023 р. – 781. У КНМП «ЛІЛ» «Кременчуцька» у 2021 р. – 153 пацієнта, у 2022 р. – 355, у 2023 р. – 412. Кількість проведених ургентних ПКВ щороку збільшується. На базі КП («ПОКМКЦ ПОР» – ургентних ПКВ у 2021 р. виконано – 678, у 2022 р. – 780, у 2023 р. – 856. На базі КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у 2021 р. виконано 514, у 2022 р. – 562, у 2023 р. – 725. На базі КНП КНМП «ЛІЛ» «Кременчуцька» ургентних ПКВ у 2021 р. виконано – 312, у 2022 р. – 377, у 2023 р. – 494. Аналіз показників летальності хворих зі STEMI після ПКВ свідчить про її зниження. Так, летальність хворих зі STEMI після ПКВ становила у 2021 р. – 15.4%, 2022 р. – 12.2%, у 2023 р. – 7.8%.

Висновки. Аналіз наведених даних свідчить про ефективність своєчасної ранньої діагностики, надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі та застосування реперфузійної терапії, сприяє зниженню летальності хворих зі STEMI на Полтавщині.

## ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДІТЕЙ

*Коваль Д.*

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Дивертикул Меккеля (ДМ) – рудимент жовткової протоки, що функціонує у плода у внутрішньоутробному періоді та який у більшості випадків редукується до народження дитини. Але в 2% випадків дивертикул може зберегтися та виявлятися при хірургічних втручаннях у черевній порожнині у дітей різного віку. Клінічні прояви мають 16% пацієнтів, при цьому до 50-60% таких хворих становлять діти віком до 10 років.

**Мета дослідження** – аналіз клінічних проявів, результатів діагностики та лікування ДМ у дітей.

**Методи дослідження.** Проведено аналіз результатів лікування 33 дітей, із них 22 (69%) хлопчика та 11 (31%) дівчаток, у яких було діагностовано ДМ за період 2013-2023 рр. Вік пацієнтів від 5 місяців до 15 років.

**Основні результати.** Усі діти госпіталізовані та прооперовані в ургентному порядку. 13 пацієнтів були безсимптомними носіями ДМ, у них він був виявлений як випадкова знахідка при ревізії тонкої кишки під час оперативних втручань з приводу гострого апендициту (катарального – 5 випадки, флегмонозного – 5, гангренозно-перфоративного – 3). Також у 2 пацієнтів ДМ був вмістом грижового мішка при паховій грижі. Враховуючи можливість майбутніх ускладнень, що пов'язані з ДМ, дивертикул видалявся.

Кровотечу з пептичної виразки ДМ діагностовано у 4 (12,1%) дітей, в цих спостереженнях кровотеча була масивною, супроводжуючись клініко-лабораторними ознаками анемії без больового синдрому.

Кишкова непрохідність, викликана ДМ, виявлена у 11 (33,3%) дітей. Странгуляційна кишкова непрохідність викликана защемленням тонкої кишки мезодивертикулярною зв'язкою спостерігалася у 7 дітей, гостра кишкова інвагінація – у 4. Особливістю інвагінації на фоні дивертикула Меккеля є захворюваність у дітей старшого віку.

Запалення ДМ виявлено у 3 (9,1%) спостереженнях (флегмонозний дивертикуліт в 1 випадку, гангренозно-перфоративний – в 2). Клінічна симптоматика була ідентичною до клініки гострого апендициту.

Як основний метод оперативного втручання застосовувалася субсерозна резекція ДМ (81%). З 2022 р. впроваджується лапароскопічна

резекція ДМ. Усі хворі виписані з одужанням.

Висновок. Нередукована жовткова протока може проявитися у дітей у будь-якому віці різноманітними ускладненнями, основними з яких є кишкова непрохідність, кишкова кровотеча та запалення ДМ.

## МОЖЛИВІСТЬ ТА ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ СПІНАЛЬНО-ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЯХ

*Конопляник А.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Симультанна операція – хірургічне втручання, одночасно проведене на двох або більше органах, з приводу етіологічно не пов'язаних між собою захворювань. Втручання дозволяють вирішити одразу кілька завдань: кілька операцій проводиться під час одного анестезіологічного забезпечення одночасно. Використання техніки комбінованої спінально-епідуральної анестезії (КСЕА) дає змогу об'єднати переваги спінальної та епідуральної анестезії та нівелювати їхні недоліки, знизивши частоту ускладнень.

Мета. Вивчення можливості застосування та оцінка ефективності комбінованої спінально-епідуральної анестезії при симультанних гінекологічних операціях.

Методи дослідження. Дослідження поведилося на базі гінекологічного відділення КП «Полтавська ОКЛ ім. М. В. Скліфосовського ПОР» за період з 01.12.2023 р. по 30.02.2024 р. Для оцінки ефективності запропонованої методики було сформовано 2 групи пацієнток віком від 40 до 65 років (ступінь ризику за ASA II-III класу), в основну групу ввійшли 40 пацієнток, у яких використовували КСЕА як основний компонент анестезіологічного забезпечення під час гінекологічних симультанних операцій (тотальна гістеректомія та пластика промежини, субтотальна гістеректомія та кістомектомія та ін.). Пацієнткам контрольної групи (25 пацієнток) операції виконали в умовах загальної анестезії (ЗА) – тотальної внутрішньовенної анестезії з переходом на інгаляційну газову анестезію, міорелаксацією та ШВЛ.

Премедикація включала снодійні препарати на ніч, за 30 хв до анестезії – атропін до 1 мг, діазепам 10 мг. До виконання КСЕА проводили інфузію кристалоїдними препаратами і розчинами

гідрокситильованого крохмалю в об'ємі 10-15 мл/кг. Вибір рівня пункції (від L<sub>II</sub> до L<sub>IV</sub>) визначали обсягом передбачуваного оперативного втручання. Проводили пункцію епідурального простору голкою 18 G, потім через її просвіт – пунктували субарахноїдальний простір голкою 26 G. Після отримання ліквору вводили 0,5% розчин гіпербаричного бупівакаїну 10-15 мг. Після вилучення спінальної голки катетеризували епідуральний простір. Першу дозу лідокаїну (60-100 мг) вводили в епідуральний простір через 1-1,5 год після початку операції, а потім кожні 30-40 хв. Основний орієнтир – рівень сенсорного блоку (але не вище Th<sub>IV</sub>) та показники пульсу й артеріального тиску (АТ). Рівень сенсорного блоку оцінювали за втратою тактильної чутливості (тест "pin prick"). Під час операції контролювали показники гемодинаміки методом інтраопераційного моніторингу: ЕКГ, SpO<sub>2</sub>, пульсу, АТ. Оцінювали: швидкість екскреції норадrenalіну із сечею, рівнем кортизолу в сироватці крові, вимірювали рівень глікемії.

Результати дослідження: субарахноїдальна анестезія подіяла через  $7,52 \pm 0,89$  хв. Ознак пригнічення функції зовнішнього дихання і значних змін SpO<sub>2</sub> не відмічалось під час усієї анестезії.

Показники гемодинаміки виявили, що до початку операції в пацієнок основної групи достовірно збільшувався ударний об'єм на 15% на тлі зниження загального периферичного опору судин на 21%, водночас хвилинний об'єм кровообігу істотно не змінювався. Ці зміни можна трактувати як компенсаторно-приспосувальну реакцію з боку серцево-судинної системи. Це підтверджується відсутністю ознак гіпоксії міокарда під час ЕКГ-контролю. Такі зміни гемодинаміки в основній групі відмічали на всьому протязі дослідження, зокрема й на травматичному етапі. Дослідження показників гемодинаміки в контрольній групі виявило достовірне збільшення частоти серцевих скорочень і АТ на травматичному етапі операції, тоді як в основній групі таких змін на цьому етапі не спостерігалось. У основної групи достовірних змін швидкості екскреції норадrenalіну не спостерігається (початок операції 6,1 н/моль/л, кінець 8,1 н/моль/л), у той самий час у пацієнок контрольної групи відмічено збільшення екскреції норадrenalіну (початок операції 5,6 н/моль/л, кінець 15,2 н/моль/л). Оцінка рівня кортизолу в пацієнок контрольної групи також виявила достовірне збільшення рівня кортизолу на 55% на травматичному етапі операції, чого не спостерігалось у хворих основної групи. У пацієнок, оперованих в умовах КСЕА, під час операції відзначалася стабільність рівня глюкози. Водночас у пацієнок, оперованих під наркозом, на травматичному етапі відмічався підйом глюкози з  $4,8 \pm 0,4$  до  $6,5 \pm$



0,6 ммоль/л. Відсутність істотних змін рівня норадреналіну, кортизолу і глюкози підтверджує ефективність антиноцицептивного захисту при КСЕА. Також відзначено зменшення частоти випадків післяопераційної нудоти і блювоти. У пацієток, оперованих в умовах КСЕА, вона виникла в 19%, тоді як у пацієток оперованих в умовах ЗА – у 45%.

**Висновок.** Використання КСЕА чинить виражений захисний вплив від операційної травми і пов'язаних із нею несприятливих нейрогуморальних, гемодинамічних, біохімічних змін. Застосування методу КСЕА ефективніше за ЗА блокує больові та нейровегетативні реакції, як результат хірургічної агресії. Крім того, пролонгована епідуральна аналгезія ефективно забезпечує післяопераційне знеболення, чим створює умови для ранньої активації пацієток, що запобігає розвитку післяопераційних ускладнень.

## ВПЛИВ МУКОЛІТИКА «ФЛУ-АЦИЛ БРОНХО» НА ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХОЗЛ

*Кошак М., Людвик Т.*

Наукові керівники: доцент Соколюк Н., асистент Моторна Н.  
Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Рівень захворюваності та смертності на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в усьому світі стрімко зростає і за прогнозами ВООЗ посяде 4 місце в структурі причин смертності до 2030 року. Згідно концепції GOLD (2023р.) основним для призначення терапії є кількість і тяжкість загострень протягом останнього року та вираженість симптомів. Зниження кількості загострень та терміну перебування або ж тривалості на лікарняному листку одне із пріоритетних завдань терапії ХОЗЛ.

**Мета.** Вивчити вплив базисної бронхолітичної і комбінованої муколітичної терапії (гіпертонічний розчин натрію хлориду та ацетилцистеїн – препарат «Флу-ацил бронхо») на тривалість перебування в стаціонарі в залежності від віку та пори року при лікуванні хворих ХОЗЛ.

**Методи дослідження.** Кореляційний аналіз історії хвороб чоловіків з ХОЗЛ групи Е, які перебували в пульмонологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфософського ПОР» на лікуванні у 2023 р. Хворим крім бронхолітичної та

протизапальної терапії у відповідності до GOLD призначалась інгаляція флу-ацил бронхо по 5 мл 2 рази на добу протягом 9 діб.

Основні результати. Проведено аналіз 119 історій хвороб, які були розподілені за віком: до 35 років – 5 (4,2%) осіб; 35-44 роки – 26 (21,8%) осіб; 44-60 років – 60 (50,4%) осіб; 60-75 років – 25 (21%) осіб; >75 років – 3 (2,5%) особи.

За сезонами року хворі розподілені на групи: зима – 14 (11,7%) осіб; весна – 42 (35,3%) особи; літо – 39 (32,8%) осіб; осінь – 24 (20,2%) осіб.

Ретроспективний аналіз виявив, що прийом «Флу-ацил бронхо» у пацієнтів до 35 років знизилась кількість ліжко-днів на 1 день, 35-44 роки – на 2 дні, 44-60 років – на 2 дні, 60-75 років – на 1 день, >75 років – на 1 день. Середній показник ліжко-дня в 2023 р. склав 9,6 днів, тоді як у 2022 р. – 10,3, що на 7,3% нижче.

Висновки. Комбінований муколітичний препарат «Флу-ацил бронхо» найбільш ефективний у осіб з ХОЗЛ, групи Е віком від 35-60 років незалежно від сезонності. Застосування комбінованого муколітичного лікарського засобу «Флу-ацил бронхо» в комплексній терапії ХОЗЛ має не тільки позитивний лікувальний ефект, а й економічно ефективний у середній віковій групі.

## ГОСТРА МІЄЛОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ВІЦІ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)

*Князюк Ю., Том'юк С.*

Науковий керівник: доцент Вовк З.

Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність. Гостра мієлоїдна лейкемія (ГМЛ) – це злоякісна пухлина мієлоїдного паростка крові, при якій швидко розмножуються змінні незрілі нейтрофіли.

Гострий мієлоїдний лейкоз немовлят є рідкісною підгрупою ГМЛ у дітей віком до двох років. Нещодавнє геномне секвенування довело, що гени злиття здатні індукувати трансформацію ГМЛ без додаткової кооперації, і на відміну від ГМЛ у старших вікових групах існує незначна кількість асоційованих мутацій.

Мета: аналіз анамнезу хвороби, перинатального анамнезу, клініко-лабораторних та генетичних даних дадуть можливість удосконалити знання та мати настороженість щодо онкопатології у немовлят.

Під спостереження у відділення інтенсивної терапії передчасно

народжених дітей поступила дівчинка М., 1 день від народження.

З анамнезу життя відомо, що дівчинка народилась від 3-ої вагітності, 3-ix пологів в терміні гестації 38 тиж. Від попередніх вагітностей народжені здорові діти. Під час вагітності була виявлена інфекція сечо-статевої системи (нирок) в 26-27 тижнів з гіпертермією, стаціонарне лікування. Пологи фізіологічні з передчасним розривом плодових оболонок. Дитина народилась з МТ 3400 г, зростом – 53 см, ОГ – 36 см, ОГК – 35 см. Оцінка по Апгар 8/8. Дівчинка народилась з тромбоцитопенією, генералізованим геморагічним висипанням. У віці 5 років транспортована у КНП «ІФ ОДКЛ ІФ ОР».

Об'єктивно: стан дитини при надходженні дуже важкий за рахунок геморагічного синдрому, неврологічної симптоматики, дихальних розладів, виражених змін в гемограмі. М'язовий тонус дистонічний. Збудження ЦНС. Шкірні та слизові блідо-рожеві, присутній геморагічний висип. Дихання киснево залежне (проводиться через ЛМ). На 2-гу добу життя стан з погіршенням, переведена на ШВЛ, геморагії набули зливного характеру, з'явилися утвори – лейкоміди діаметром від 1,0 см до 3,5 см.

Для встановлення діагнозу було проведено ряд специфічних досліджень.

Імуноцитологічне та цитохімічне дослідження: виявлена популяція бластних клітин (82%), фенотип якої відповідає фенотипу гострої мієлоїдної лейкемії з моноцитарним компонентом.

FIS-дослідження: виявлено реанжировку гену MLL (KMT2A) у 38% клітин.

Цитогенетичне дослідження: шляхом каріотипування було встановлено аномальний каріотип із транслокацією обміну між коротким плечем хромосоми 10 та довгим плечем хромосоми 11.

Гематологічний моніторинг: 23.07.2023 р. гемоглобін (HGB) – 132 г/л; еритроцити (RBC) –  $3,19 \times 10^{12}/л$ ; гематокрит (HCT) – 43,6%; сер. об. еритроциту (MCV) – 136,7 фл; сер. вміст гемогл. в еритр. (MCH) – 41,3 рг; серед. концентр. гемоглобіну в еритроциті (MCHC) – 302 г/л; відн. шир. розпод. ерит. по об. (RDW-CV) – 18,2%; шир. розпод. тромб. по об. (RDW-SD) – 87,9 фл; тромбоцити (PLT) –  $29 \times 10^9/л$ ; серед.об. тромб. (MPV) – 10,2 фл; відн. шир. розпод. тромб. по об. (PDW)-15,1 фл; тромбоцит (PCT) – 0,029%; лейкоцити (WBC) –  $5,7 \times 10^9/л$ ; нейтрофіли (NEU#) –  $0,2 \times 10^9/л$ ; еозинофіли (EOS#) –  $0,1 \times 10^9/л$ ; лімфоцити (LYM#) –  $4,67 \times 10^9/л$ ; моноцити (MON#) –  $0,7 \times 10^9/л$ , бласти (BLAST) – 0.09.09.2023, HGB – 102 г/л; RBC –  $2,16 \times 10^{12}/л$ ; HCT – 27,6%; MCV – 127 фл; MCH – 47,2 рг; MCHC – 369 рг;

RDW-CV – 17,9%; RDW-SD – 86,1 fl; PLT –  $127 \times 10^9/l$ ; MPV – 10,0 fl; PDW – 15,4 fl; PCT – 0,127%; WBC –  $90,81 \times 10^9/l$ ; Lymph –  $9,5 \times 10^9/l$ ; Mon –  $8,5 \times 10^9/l$ ; NEU –  $72,8 \times 10^9/l$ ; BLAST – 65%. 05.10.2023 р. HGB – 72 g/l; RBC –  $2,33 \times 10^{12}/l$ ; HCT – 21,4%; MCV – 92.1 fl; MCH – 30,9 pg; MCHC – 336 pg; RDW-CV – 16,0%; RDW-SD – 56,1 fl; PLT –  $80 \times 10^9/l$ ; MPV – 10,7 fl; PDW – 14,4 fl; PCT – 0,10%; WBC –  $24 \times 10^9/l$ ; Lymph –  $2,9 \times 10^9/l$ ; Mon –  $3,4 \times 10^9/l$ ; NEU –  $17,7 \times 10^9/l$ ; BLAST – 2%.

Отже, на основі клініко-лабораторних даних був виставлений діагноз.

Основний діагноз: вроджена гостра мієлоїдна лейкемія, ФАБ-варіант, M5b. Супутній діагноз: внутрішньочерепний крововилив (нетравматичний) на фоні ДВЗ синдрому. Геморагічна ретинопатія.

Ускладнення основного діагнозу: вроджена пневмонія, затяжний період, вогнищево-зливна в правій легені; бактеріальний сепсис новонародженого; дисемінована внутрішньосудинна коагуляція (синдром дефібринізації); легенева кровотеча, що виникла в перинатальному періоді; токсична нефропатія.

Лікування: інтенсивна терапія в режимі часткового парентерального харчування. Лікування носило посиндромний характер. Проводилася замісна терапія траффузійними середниками. Хіміотерапевтичне лікування носило паліативний характер, так як об'єктивний статус дитини не дозволяв розпочати. Протокольне лікування мієлоїдної лейкемії у немовлят (INFANT Протокол AML). Дитина прожила 95 днів.

Отже, розуміння генезу лейкемії у немовлят, що базується також на первинному неонатальному скринінгу, може допомогти в розробці нових цільових методів лікування для покращення результатів, які часто дуже погані в неонатальній віковій групі. Слід дослідити специфічний діагностичний та терапевтичний підхід для цієї вікової групи.

## ВИВЧЕННЯ ПРЕДИКТОРІВ РЕКУРЕНТНОСТІ У ДІТЕЙ З РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

*Крім С.Т., Бондарчук О.А.*

Наукові керівники: проф. Крючко Т., Бубир Л.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Протягом останнього часу за даними центру громадського здоров'я поширеність рекурентних респіраторних інфекцій (РРІ) у педіатричних пацієнтів зберігає неухильну тенденцію до прогресування, що може мати зв'язок з наслідками коронавірусної пандемії, воєнними діями та інтенсивними міграційними процесами на території нашої країни.

Спектр предикторів розвитку повторних епізодів гострих респіраторних інфекцій (ГРВІ) достатньо багатогранний і до цього часу формує інтерес для подальшого поглибленого дослідження.

Тому метою роботи було проведення порівняльної оцінки факторів ризику розвитку рекурентних респіраторних інфекцій у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Методи дослідження. Дослідження ґрунтується на анамнестично-статистичному аналізі факторів ризику розвитку рекурентних інфекцій дихальних шляхів у дітей різного віку. Для досягнення поставленої мети було проведено аналіз медичної документації (амбулаторні карти, виписні епікризи) 32 дітей дошкільного (I група) та 28 дітей молодшого шкільного віку (II група). Статистичний аналіз клініко-анамнестичних результатів дослідження проводився з використанням програми Statistica 6.0.

Основні результати. Оцінка факторів ризику розвитку РРІ продемонструвала наявність в анамнезі штучного вигодовування у перші 6 місяців життя дитини в кожного другого пацієнта (53,7%) I групи та кожного третього хворого (32,1%) II групи; у третини обстежених – низький рівень імунізації (у 31,3% та 28,6% відповідно) й вітамінопрофілактики (у 34,4% та 35,7%) у ранньому дитячому віці та наявність обтяженого анамнезу по інфекційним захворюванням на першому році життя в кожній четвертій дитини (25,0%) серед обстежених обох груп. Варто зазначити статистично значимо вищу частку дітей народжених з малою масою тіла серед пацієнтів дошкільного віку (21,8% проти 3,6% групи порівняння,  $p < 0,05$ ) та більш високу частку дітей з хронічною отоларингологічною патологією. У той час, обстежені II групи характеризувалися достовірно вищою ( $p < 0,05$ ) у порівнянні із дітьми дошкільного віку часткою алергічних захворювань (насамперед бронхіальної астми та медикаментозної алергії) в анамнезі (53,6% проти 15,6%), підвищенням індексу маси тіла (21,4% проти 6,3%), гіподинамією (32,1% проти 9,4%) та високою частотою курсів антибактеріальної терапії (35,7% проти 12,5% групи порівняння), що дозволяє визначити місце даних предикторів в етіопатогенезі РРІ.

Висновок. Таким чином, результати дослідження підтвердили різносторонність факторів ризику розвитку РРІ в залежності від віку дитини, що вимагає розробки різнонаправлених лікувально-профілактичних рекомендацій для попередження повторних інфекцій респіраторного тракту з урахуванням індивідуальних та вікових особливостей кожного педіатричного пацієнта.

## УСКЛАДНЕННЯ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТУВАННЯ У ДІТЕЙ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ

*Кудін С.*

Науковий керівник: професор Ксьонз І.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хоча вентрикулоперитонеальне шунтування (ВПШ) у дітей з гідроцефалією використовується як стандартне лікування протягом кількох десятиліть, кількість ускладнень залишається високою, що негативно впливає на подальший прогноз.

Мета дослідження: визначити частоту, структуру та причини ускладнень ВПШ у дітей з гідроцефалією.

Матеріали та методи. Протягом 10 років дослідження для лікування гідроцефалії у дітей було імплантовано 81 системи для ВПШ. Загалом 108 дітям (72 хлопчика і 36 дівчаток) було проведено 185 ревізійних процедур. У 58 (53,7%) дітей розвинулися різні ускладнення ВПШ у період спостереження.

Основні результати. Ускладнення ВПШ, які потребували ревізій, полягали в наступному: інфекція катетера системи для ВПШ, ліквору або шунтуючого тракту 65 (35,14%); несправність, обтурація дистального катетера системи для ВПШ 47 (25,41%); перекручування дистального катетера системи для ВПШ у черевній порожнині 32 (17,3%); несправність, обтурація вентрикулярного катетера 23 (12,43%); витікання ліквору з місця рани 11 (5,95%); екструзія (у порожнину шлунку, калитки, кишкового тракту, через шкіру) катетера системи для ВПШ 7 (3,78%).

Хірургічні втручання, що виконані для корекції ускладнень, включали ревізію дистального катетера системи для ВПШ – 79 (42,7%) випадків, конвертування дистального катетеру системи для ВПШ у вентрикулосту 37 (20%) випадків, видалення всього катетера системи для ВПШ + вентрикулостомію з відтермінованим встановленням нової системи ВПШ – 28 (15,14%), ревізію вентрикулярного катетера системи для ВПШ – 23 (12,43%), ревізію всієї системи для ВПШ – 8 (9,73%).

У післяопераційному періоді внаслідок набряку мозку померло дві дитини, летальність склала 1,85%.

Лікування більшості інфекцій шунта або інфекцій ліквору вимагає видалення катетера системи для ВПШ, ін'єкційного введення антибіотиків і відстроченого повторного встановлення нової системи для ВПШ після

санації ліквору. Несправність проксимального/шлуночкового катетера системи для ВПШ зумовлена міграцією шунтуючого катетера або обтурацією отворів шлуночкового катетера.

Висновки. Частота ускладнень ВПШ складає більш ніж 50% випадків та безпосередньо пов'язана з показаннями до встановлення системи для ВПШ, віком пацієнта, типом використаної шунтової системи, технікою імплантації системи для ВПШ, характером ліквору, загальним станом пацієнта, іншими супутніми аномаліями/захворюваннями.

## МОЖЛИВОСТІ ПРОБІОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Кудрик В., Самікова В., Воронець О., Варич В., Юрко К.*

Науковий керівник: доцент Кир'ян О.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Синдром подразненого кишечника (СПК), який часто зустрічається у практиці сімейного лікаря, за даними науковців має невпорядкований зв'язок між кишечником та мозком, який порушує моторику, призводить до вісцеральної гіперчутливості, змінам у роботі нервової системи та асоціюється із дисбіотичними порушеннями в шлунково-кишковому тракті (Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, et al, 2020). Порушення у мікробіомі кишечника також залучені до патофізіологічних процесів депресивних розладів (Kazemi A, Noorbala AA, Azam K, et al, 2019), які мають спільні механізми з розвитком СПК (Mudyadadzo TA, Nauzaree S, Yerokhina O, et al, 2018). Тому використання безпечних пробіотиків, симбіотиків у терапії хворих, які здатні ефективно взаємодіяти із кишечником, може допомогти у відновленні рівноваги кишкової мікробіоти та покращенні лікування депресивних розладів, що мають коморбідний перебіг при СПК (Aziz MNM, Kumar J, Muhammad Nawawi KN, et al, 2021).

Мета дослідження: оцінити ефективність використання психобіотиків у лікуванні пацієнтів із синдромом подразненого кишечника та депресивними розладами.

Матеріали та методи дослідження. Проведено обстеження 46 пацієнтів (34 жінки, 12 чоловіків) із різними підтипами СПК (Римські критерії IV (2016 р.)), у яких виявлено підпорогові депресивні розлади, у віці від 19 до 59 років ( $39 \pm 5,7$  років), які проходили лікування у центрах первинної медико-санітарної допомоги №1 та №3 м. Кременчука. Було

сформовано дві групи ідентичні за статтю, віком та супутньою патологією, серед яких I групу склали 24 хворих, що отримували базисну терапію із додатковим використанням у лікуванні симбіотика, який містить інулін, вітамін холекальциферол D<sub>3</sub>, масляну кислоту та *Lactobacillus helveticus* і *Bifidobacterium longum*, які здатні покращувати психологічний стан у людей (Kazemi A, et al, 2019). II групу склали 22 хворих, яким у лікуванні не застосовували пробіотики, пребіотики та симбіотики, лише базисну терапію. За пацієнтами спостерігали на протязі 30 днів. У групах оцінювали клінічні симптоми (порушення дефекації, больовий синдром – шкала ВАШ) та депресивні прояви, відповідно шкали депресії Бека в обох групах до і після проведеного лікування.

Результати дослідження. Усім хворим проведено загальні клінічні методи обстеження, біохімічний аналіз крові, у віці старше 50 років у 7 (15,2%) пацієнтів обох груп проведено колоноскопію, із виключенням органічної патології. Встановлено, що в обох групах на 30-й день лікування знижувалась частота легкої депресії, більш виражено в I групі, яка отримували додатково до терапії симбіотик, та визначалася лише у 8 (33,3%) хворих (II група – 15 (68,2%) пацієнтів) ( $p < 0,05$ ), також як і середні показники рівня депресії, відповідно шкали Бека –  $8,58 \pm 1,59$  в I групі (II група –  $10,64 \pm 1,49$ ) ( $p < 0,05$ ). Нормалізація дефекації та зниження інтенсивності болю відмічено в обох групах, більш виражено в II групі ( $p > 0,05$ ).

Висновки. Дані проведеного дослідження підтвердили можливість використання психобіотиків у лікуванні коморбідних хворих із різними підтипами СПК та легкими депресивними розладами.

## ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОТЕРАПІЇ ТА КВЕРЦЕТИНУ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ ПОРОЖНИНИ НОСА ПРИ ХРОНІЧНОМУ АТРОФІЧНОМУ РИНИТІ

*Куратник Л.*

Науковий керівник: асистент Лобурець А.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Атрофічний риніт є патологічним станом, при якому утворюються кірки в порожнині носа внаслідок поступової атрофії слизової оболонки, що порушує регуляцію клітинного циклу і призводить до апоптозу клітин слизової оболонки. За даними



літератури, перспективним напрямком лікування хронічного атрофічного риніту може бути застосування плазми, збагаченої тромбоцитами та застосування поліфенолів, що відомі своїми антиоксидантними властивостями та можуть сприяти зменшенню інтенсивності оксидативного стресу. Проте існує обмежена кількість даних про поєднання цих компонентів в умовах лікування хронічного атрофічного риніту в світовій науковій літературі.

**Мета.** Вивчити вплив комбінованого застосування аутоплазми, збагаченої тромбоцитами, та кверцетину на рівень оксидативного ушкодження, інтенсивність колагенлізу та концентрацію сірководню в слизовій оболонці порожнини носа при хронічному атрофічному риніті.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне дослідження 73 пацієнтів. На підставі вибору методу лікування хронічного атрофічного риніту пацієнти були розділені на дві групи: до I групи включені 29 пацієнтів, які отримували стандартне лікування протягом 28 днів відповідно до протоколів; до II групи – 24 пацієнти, які отримували PRP-терапію з додаванням кверцетину протягом 28 днів на тлі стандартної терапії хронічного атрофічного риніту. Контрольна група (n=20) складалась із осіб, які не мали ознак ураження слизової оболонки порожнини носа та соматичних захворювань. У зоні слизової оболонки порожнини носа вивчали концентрацію вільного малонового діальдегіду, вміст окисно-модифікованих білків, концентрацію H<sub>2</sub>S та вміст вільного L-гідроксипроліну.

**Основні результати.** Застосування PRP-терапії та кверцетину в комплексі зі стандартною терапією хронічного атрофічного риніту призводить до значного зниження вмісту малонового діальдегіду у слизовій оболонці носа на 57,75%; до зменшення вмісту окисно-модифікованих білків на 55,05% порівняно з показниками до початку лікування. Концентрація вільного L-оксипроліну в слизовій оболонці носа при застосуванні PRP-терапії та кверцетину в комплексі зі стандартною терапією хронічного атрофічного риніту знижується на 53,02%, а вміст H<sub>2</sub>S у слизовій оболонці носа зменшується на 61,02% порівняно з початковими значеннями.

**Висновки.** Використання лікувального комплексу, який включає PRP-терапію та кверцетин на тлі стандартної терапії хронічного атрофічного риніту, підвищує ефективність лікування шляхом зменшення оксидативного ушкодження ліпідів та білків, зниження розпаду колагену та обмеження накопичення H<sub>2</sub>S у слизовій оболонці носа.

## ОЦІНКА СТУПЕНЮ НЕСПОКОЮ ПЕРЕД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*Курач М.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Очікування операції призводить до відповідної емоційно-стресової реакції організму. Цілком очевидно, що необхідна наявність об'єктивного методу оцінки стану неспокою хворого. Цей спосіб має бути простим, легко застосовним без складного спеціального устаткування та доступним для використання. W.W.K. Zung (1965) запропонував оцінювати ступінь депресії психіатричного пацієнта за опитувальною шкалою шляхом сумації балів. З того часу опитувальник Цунга широко застосовується в різних галузях медицини в усьому світі. При підготовці хворого до операції важливо визначити ступінь його тривоги при потребі, провести відповідну корекцію. Для відповідної адаптації шкалу Цунга було модифіковано.

Мета роботи: дослідити виразність тривоги та депресії хворих перед спінальною анестезією в абдомінальній хірургії.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі КП «3-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради», у якому взяли участь 20 пацієнтів (11 жінок і 9 чоловіків), після отримання інформованої згоди, що склали I групу (дослідження). Спектр захворювань з приводу яких виконувались операції із застосуванням спінальної анестезії без попередньої седації: жовчнокам'яна хвороба (8 пацієнтів), гострий апендицит (8 пацієнтів), післяопераційна вентральна кила (1 хвора), пахова кила (3 пацієнтки). Фізичні параметри пацієнтів I групи: вік –  $52,8 \pm 3,0$  років, маса тіла (МТ) –  $81,0 \pm 3,5$  кг, індекс маси тіла (ІМТ) –  $29,5 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup>, фізичний статус – I-II клас ASA.

Контрольну II групу склали 20 добровольців (12 жінок і 8 чоловіків – співробітники КП «3-а міська клінічна лікарня ПМР»), після отримання інформованої згоди. Фізичні параметри волонтерів II групи: вік –  $42,1 \pm 2,2$  роки, МТ –  $80,2 \pm 4,0$  кг, ІМТ –  $28,2 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup>, фізичний статус – I-II клас ASA.

Клінічний стан хворих та добровольців визначали неінвазивно (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, пульсоксиметрія). Ступінь тривоги та депресії оцінювали за допомогою модифікованого опитувальника Цунга. Модифікацію здійснено шляхом прибирання питань 6, 7, 8, 9 й 14, які більш характерні для синдрому хронічної депресії. В пунктах 2, 11 і 13 було змінено сенс запитання.

Результати дослідження. Після тестування I групи без садації (була тільки роз'яснювальна бесіда) за опитувальником Цунга отримано результат –  $13,4 \pm 0,6$  бали. Відповідний аналіз здорових добровольців висвітлив показник –  $4,7 \pm 0,5$  бали. Результати статистично достовірні ( $p=0,0001$ ). Співвідношення отриманих результатів показує, що ступінь неспокою або депресивної тривожності у пацієнтів, яким планувались абдомінальні операції із застосуванням спінальної анестезії, був у 2,9 раза вищий, ніж у волонтерів. Потрібно зауважити, що в психіатрії, згідно з традиційним опитувальником Цунга, помірний депресивний стан діагностується тоді, коли пацієнт набирає від 40 до 59 балів, при 60-69 балах – констатується виражена депресія, а при 70 й більше балах – значний депресивний синдром. 13 (65%) хворих відмічали порушення сну напередодні оперативного втручання.

У хворих I групи були наступні параметри гемодинаміки: артеріальний тиск систолічний (АТ<sub>с</sub>) –  $141,9 \pm 3,7$  мм рт.ст.; артеріальний тиск діастолічний (АТ<sub>д</sub>) –  $81,7 \pm 2,9$  мм рт.ст.; середній артеріальний тиск (САТ) –  $101,9 \pm 2,8$  мм рт.ст.; частота серцевих скорочень (ЧСС) –  $83,9 \pm 3,4$  уд./хв. У добровольців II групи спостерігали наступні параметри гемодинаміки: АТ<sub>с</sub> –  $124,2 \pm 3,0$  мм рт.ст.; АТ<sub>д</sub> –  $79,6 \pm 2,3$  мм рт.ст.; САТ –  $94,9 \pm 2,5$  мм рт.ст.; ЧСС –  $77,9 \pm 2,0$  уд./хв. Аналіз показників гемодинаміки висвітлив, що в I групі достовірно ( $p=0,0001$ ) АТ<sub>с</sub> був на 12,5% вищий, ніж в II групі. АТ<sub>д</sub>, САТ й ЧСС також були незначно більшими в I групі відповідно на 2,6%, 6,9% та 7,2%.

У хворих I групи частота дихання (ЧД) склала  $18,9 \pm 0,4$  /хв, а SpO<sub>2</sub> –  $95,8 \pm 0,5\%$ . У добровольців II групи спостерігались ЧД –  $14,8 \pm 0,6$  /хв і SpO<sub>2</sub> –  $97,0 \pm 0,3\%$ . Статистично достовірно ( $p=0,0001$ ) ЧД на 21,7% була більшою у пацієнтів I групи, ніж у волонтерів. Що стосується показника SpO<sub>2</sub>, то він недостовірно ( $p=0,05$ ) на 1,2% був кращим у добровольців II групи, ніж у досліджуваних I групи.

Висновки:

1. Оцінювати ступінь тривоги та депресії хворих перед спінальною анестезією в абдомінальній хірургії й, відповідно, якість премедикації можна за допомогою модифікованого опитувальника Цунга.

2. Ступінь неспокою або депресивної тривожності у пацієнтів, яким не проводилася садація перед оперативним втручанням під спінальною анестезією був у 2,9 раза вищий, ніж у волонтерів, а 13 (65%) хворих відмічали порушення сну напередодні оперативного втручання.

3. Пацієнти перед операцією потребують обов'язкової садації з метою корекції розладу сну напередодні операції та психоемоційного статусу в день оперативного втручання.

## ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ У ПОРІВНЯННІ З ПРОПОФОЛОМ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ СЕДАЦІЇ ПІД ЧАС РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

*Латковська Ю.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. У сучасній анестезіології однією з ключових проблем є забезпечення безпечної та ефективної седації під час регіонарної анестезії згідно з основними принципами сучасної анестезіології. Безпечна й ефективна седація має забезпечити пацієнту захист психоемоційної сфери, відсутність пробудження, а також відсутність болю та страху. У сьогоденній анестезіології найбільш поширеним седативним засобом є пропофол та дексмететомідин. Останній, як агоніст альфа-2 адренорецепторів, має анальгетичний та седативний ефект, впливає на гемодинаміку. Також важливо відзначити, що дексмететомідин має мінімальну кількість побічних ефектів і широкі можливості використання.

Мета. Визначення та порівняння клінічної ефективності та безпечності застосування дексмететомідину та пропофолу для седації під час оперативного втручання.

Матеріали та методи дослідження. На базі КП “Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Склясовського ПОР” для дослідження було відібрано 74 пацієнта, яким виконувалася операція під спінальною анестезією з приводу перелому великогомілкової кістки, ендопротезування колінного та кульшового суглобів. Вік хворих в середньому склав – 43,7 років, маса тіла – 72,4 кг, зріст – 167,2 см. Було сформовано дві групи відповідно до методу седації: 35 хворих отримували дексмететомідин (І група) та 39 пацієнтів отримували пропофол (ІІ група). Інтраопераційний моніторинг включав у себе: вимірювання артеріального тиску кожні 5 хв, частоту серцевих скорочень, пульсоксиметрію. Рівень седації оцінювали за шкалою RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale), основна мета – досягнення рівня седації – 3-4. У І групі седація складалася із навантажувальної дози дексмететомідину 1 мкг/кг та підтримуючої 0,5-0,7 мкг/кг/год. У ІІ групі – внутрішньовенне болюсне введення пропофолу 0,5-1 мг/кг, підтримуюча доза – 1-4 мг/кг/год 1% пропофолу. Під час проведення седації під спінальною анестезією ми порівнювали дві групи за такими критеріями: розвиток гіпотензії, розлади дихання та вплив на рівень

знеболення у післяопераційному періоді.

Результати дослідження. У I групі під час седації дексмететомідном відсоток гіпотензії у пацієнтів склав 12,3%, у той час як в II групі з використанням пропофолу відсоток гіпотензії склав 34,5%. У I групі дексмететомідин майже не викликав розладів дихання (помірна гіпоксемія: зниження  $SpO_2$  до 91-93 %) лише у 6,2% пацієнтів, у той час, як в II групі пропофол викликав розлади дихання у вигляді помірної гіпоксемії у 23,4% пацієнтів та вираженої гіпоксемії (зниження  $SpO_2$  до 90% та нижче) у 37,6% пацієнтів. Інтенсивність больового синдрому в групі I за візуально аналоговою шкалою болю через три години склала 2-3, в той час як у II групі – 5-6.

Висновок: дексмететомідин порівняно з пропофолом для інтраопераційної седації під час регіонарної анестезії підтвердив більшу ефективність та безпечність, оскільки менше пригнічує дихання та призводить до меншої частоти розвитку гіпоксемії та артеріальної гіпотензії під час операції.

Також дексмететомідин володіє незначним анальгетичним ефектом, що робить його препаратом вибору для інтраопераційної седації пацієнтів під регіонарною анестезією.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПОБІЧНОЇ ДІЇ ВНУТРІШНЬОВОГНИЩЕВЕ ВВЕДЕННЯ ПРОЛОНГОВАНОГО БЕТАМЕТАЗОНУ В ЛІКУВАННІ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ

*Лачко І.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Проблема келоїдних рубців є однією з актуальних у практиці дерматології та медичній косметології. Келоїдний рубець – це доброякісний надлишковий розвиток щільної фіброзної тканини, що утворюється на місці пошкодження шкірного покриву. Колоїдний рубець проявляється не тільки як косметичний дефект, а й може стати причиною обмеження рухливості частини тіла, наприклад, руки. Ця патологія може виникнути у чоловіків і жінок. Найчастіше вона діагностується у пацієнтів віком 10-40 років.

Мета: оцінити ефективність та побічні дії внутрішньовогнищєвого введення пролонгованого бетаметазону в лікуванні келоїдних рубців.

Під спостереженням перебували 12 пацієнтів з келоїдними рубцями

різних ділянок, у віці від 18-30 років. Всім пацієнтам було проведено внутрішньовогнищеве введення пролонгованого бетаметазону (дипроспан) в співвідношенні 1мл розчину дипроспану до 1 мл фізрозчину. Процедуру проводили 1 раз в 4 тижні. Курсом 6 процедур.

Через тиждень після проведення першої процедури у пацієнтів не спостерігалось ніяких змін. На 4 процедуру був відклик у вигляді зменшення розміру та випинання рубців, змінення кольору. А через тиждень після закінчення курсу у 11 (91,7%) пацієнтів спостерігався позитивний результат, суттєво зменшилося випинання та об'єм рубцевої тканини. Але повністю прибрати його не вдалося. При пальпації ущільненні відсутнє, біль, стягнення і дискомфорт не відмічалися. А 8,3% пацієнтів на тлі позитивних результатів: зменшення випинання, кольору, об'єму рубця, відсутності ущільнення, але відчувалися біль, стягнення і дискомфорт.

Висновок: внутрішньовогнищеве введення пролонгованого бетаметазону в лікуванні келоїдних рубців дозволяють зробити рубець зовні менш видимим, але повністю його не прибирають, також у деяких пацієнтів може залишатися дискомфорт.

## РОЛЬ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ, УСКЛАДНЕНИХ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

*Левченко О., Балко О., Коваленко І.*

Наукові керівники: асистент Ковальов О., доцент Пелипенко О.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Переломи дистального відділу плечової кістки (ДВПК) у дорослого населення складають 2-5% від усіх переломів скелета та третину переломів серед кісток, які формують ліктьовий суглоб. Ушкодження нервових структур у ділянці ліктьового суглоба є відомим ускладненням, що пов'язується з травмою або хірургічним лікуванням переломів ДВПК. Несвоєчасність діагностики та лікування неврологічного дефіцита травмованої верхньої кінцівки у більшості випадків призводять до стійкої контрактури ліктьового суглобу з швидким розвитком деформуючого остеоартроза та гетеротопічної осифікації у навколишніх тканинах.

Мета. Провести аналіз неврологічних ускладнень серед хворих з переломами дистального відділа плечової кістки та визначити

ефективність кінезіотейпування у їх комплексному лікуванні.

Методи дослідження. Групу дослідження склали 30 пацієнтів з неврологічним дефіцитом після перелому ДВПК. Серед травмованих переважали жінки (70%) працездатного віку. На етапі передопераційного планування усім хворим виконали комп'ютерну томографію. В усіх пацієнтів виконали відкриту репозицію та металоостеосинтез переломів ДВПК за показаннями. Тяжкість ушкодження периферичного нерва визначалася під час первинного огляду пацієнта неврологом, ефективність лікування – на етапних електронейроміографічних дослідженнях. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група – із медикаментозним неврологічним лікуванням (n=14); II група – із кінезіотейпуванням у комплексі з медикаментозним неврологічним лікуванням (n=16). Імобілізація застосовувалась тільки на передопераційному етапі лікування.

Основні результати. Серед хворих з переломами ДВПК неврологічні ускладнення як доопераційні виникли у 5 (16,7%) осіб, як післяопераційні – у 25 (83,3%). Доопераційний випадок нейропатії серединного нерву виявлений у 1 особи, ліктьового – у 3, променевого – у 1. У структурі післяопераційних неврологічних ускладнень переважала нейропатія променевого нерву, яка визначена у 76% пацієнтів, нейропатія серединного нерва не зустрічалася. Кінезіотейпування у комплексі з медикаментозним неврологічним лікуванням дозволило у 60% хворих з доопераційними та 52% з післяопераційними неврологічними ускладненнями протягом 72 год досягти значного регресу неврологічного дефіциту за рахунок протинабрякового та лімфодренуючого ефектів. Повний регрес неврологічного дефіциту та відновлення функції у пацієнтів I групи відмічені у кінці 3-го місяця після початку терапії, у II групі – під кінець 2-го місяця.

Висновки. Кінезіотейпування у комплексі з медикаментозним неврологічним лікуванням у хворих з неврологічними ускладненнями на фоні переломів ДВПК знижує термін тимчасової непрацездатності, може застосовуватись у комплексі функціонального лікування ушкоджень цієї ділянки.

## ВПЛИВ ДЕКСАМЕТАЗОНУ НА АНАЛЬГЕТИЧНИЙ ЕФЕКТ ПРИ ПРОВІДНИКОВІЙ АНЕСТЕЗІЇ

*Лозинський В.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Провідникова анестезія має переваги над іншими методами регіональної анестезії. Блокада периферичних нервів для інтраопераційного та післяопераційного знеболення пов'язана з меншою кількістю побічних ефектів пов'язаних з опіоїдами, коротшим перебуванням пацієнта у лікарні порівняно з внутрішньовенним опіоїдним знеболенням. Обмеженням використання цієї методики для післяопераційної анальгезії є те, що знеболювальний ефект триває лише кілька годин, після чого помірний або сильний біль у місці хірургічного втручання може потребувати альтернативної анальгетичної терапії.

Мета: оцінити анальгетичний ефект дексаметазону залежно від шляху його введення при блокаді великих периферичних нервів.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі травматологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» в період з 01.09.2023 р. по 01.01.2024 р. 21 пацієнт, що потребував оперативного втручання на кінцівках ми рандомізували на 3 групи, що не відрізнялись між собою за віком, статтю, супутньою патологією. Залежно від зони оперативного втручання пацієнтам виконували блокаду плечового сплетення надключичним доступом або блокади сідничного та стегнового нервів використовуючи УЗ-навігацію апаратом Wisonic CLOVER 60. У I групі (7 хворих) в якості анестетика використовували 0,5% розчин ропівакаїну 25 мл, в II групі (7 хворих) теж застосовували 0,5% розчин ропівакаїну 25 мл та додатково з метою потенціювання знеболюючого ефекту внутрішньовенно 4 мг дексаметазона, в III групі (7 хворих) знеболення проводилося 0,5% розчином ропівакаїну 25 мл з ад'ювантом дексаметазоном 4 мг периневрально.

Оцінювали часові характеристики та бальні шкали сенсорного і моторного блоку, інтенсивність больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати дослідженн. У I групі тривалість безбольового періоду становила  $12,6 \pm 4,7$  год ( $p < 0,01$ ), у II групі  $22,3 \pm 7,2$  та в III групі  $24,2 \pm 6,9$  год. Протягом 24 год післяопераційного періоду в I групі інтенсивність больового синдрому до 4 балів за ВАШ відзначена у



5 (71,4%) хворих, 4 бали за ВАШ і більше у 2 (28,6%) хворих, в II групі у 6 (85,7%) хворих та 1 (14,2%) хворого відповідно. У III групі у всіх пацієнтів (100%) інтенсивність больового синдрому не досягала 4 балів за ВАШ. Примітно, що в III групі протягом перших 48 год після операції показання до системного введення анальгетиків були відсутні.

Висновки. Отримані дані дають всі підстави вважати, що дексаметазон має здатність збільшувати тривалість післяопераційної анальгезії при блокаді великих периферичних нервів, незалежно від методу введення: периневрального чи системного. Анальгезія із застосуванням дексаметазону забезпечує достатній захист організму пацієнта від ноцицептивної аферентації у післяопераційному періоді.

## ЦІЛЬОВА УЛЬТРАФІОЛЕТОВА ФОТОТЕРАПІЯ ТА 8-МЕТОКСИПСОРАЛЕНОВИЙ КРЕМ В ЛІКУВАННІ БЛЯШКОВОГО ПСОРИАЗУ

*Магденко М.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Цільова ультрафіолетова (УФ) фототерапія є доповненням до терапевтичного арсеналу для лікування локалізованого псоріазу. Псоралени для місцевого застосування підсилюють терапевтичний ефект в лікуванні різних дерматозів за допомогою УФ-випромінювання, але ніколи не використовувалися разом із цільовим УФ-випромінюванням В.

Мета. Порівняти ефективність цільової вузькосмугової фототерапії ультрафіолетовим випромінюванням (NB-UVB), окремо з ефективністю комбінації 0,1% 8-метоксипсораленового крему та цільової фототерапії NB-UVB (8-MOP/NB – UVB) і лікуванні бляшкового типу псоріазу.

Матеріали та методи. У даному дослідженні приймало участь 28 пацієнтів з бляшковим псоріазом. У 14 людей місця уражень піддавалися лікуванню за допомогою 0,1% 8-метоксипсораленового крему та цільової фототерапії NB-UVB (8-MOP/NB – UVB), тоді як у інших 16 пацієнтів використовувалося лише цільовою вузькосмуговою фототерапією ультрафіолетовим випромінюванням (NB-UVB). Дві ділянки в межах одного ураження бляшкового псоріазу рандомно піддавалися дії цільового NB-UVB, або використання 8-MOP/NB – UVB. Ультрафіолетове випромінювання залишалося постійним в межах чотирьох мінімальних еритемних дозах. Лікування продовжували до

зникнення уражень. Подальші спостереження проводилися до тих пір, поки показники ураження не повернулися до 50% вихідних значень.

Результати дослідження. Поліпшення активності захворювання, що відображається індексом тяжкості псоріазу під час лікування, було статистично достовірно кращим у групі комбінованого лікування ( $P=0,005$ ). Середній час ремісії уражень, які були отримані за допомогою 8-MOP/NB – UVB, становив 8 тижнів, тоді як для уражень, які піддалися лише NB – UVB, становив 4,5 тижні.

Таким чином, можливо зробити висновок, що додавання 0,1% крему 8-MOP до цільового вузькосмугового ультрафіолетового випромінювання значно посилює терапевтичні ефекти світлового лікування без збільшення частоти побічних ефектів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЛОМБУВАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОГО ПРОСТОРУ АУТОКРОВ'Ю ПРИ НЕНАВМИСНІЙ ПУНКЦІЇ СУБДУРАЛЬНОГО ПРОСТОРУ

*Мартиненко Д.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Підуральна анестезія та анальгезія показана при лікуванні болю при багатьох патологіях та з кожним десятиріччям показання для неї розширюються в різних сферах медицини. Як і кожна медична маніпуляція, пункція епідурального простору має побічні явища і небажана пункція твердої мозкової оболонки одна з них. При постановці перидурального катетера ризик пункції твердої мозкової оболонки сягає 0,5-1%, в наслідок чого у пацієнта з'являється головний біль, зазвичай ортостатичний; також це може поєднуватись з болем в шії, тінітусом, зміною сприйняття звуків, фотофобією та нудотою. Ці симптоми викликані це витоком цереброспінальної рідини та зниженням внутрішньочерепного тиску. При цьому ускладнені показане епідуральне кров'яне пломбування (ЕКП) – це ін'єкція аутологічної крові в епідуральний простір. Маніпуляція проводиться ця в ідеальних асептичних умовах. Механізм ефекту не повністю зрозумілий. Його пояснюють, по-перше, «заклеюванням» отвору у твердій мозковій оболонці кров'яним згортком, по-друге, запальною реакцією тканин у ділянці отвору.

Мета дослідження: оцінити ефективність пломбування епідурального

простору аутокров'ю.

Методи дослідження. ЕКП було проведене на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» двом пацієнтам після ненавмисної пункції субдурального простору. Пацієнт позиціонується у пронованому положенні з подушкою під черевом. Сувор асептика повинна бути забезпечена як для збору крові, так і для доступу до епідурального простору. Для доступу до епідурального простору використовувалися голки Tuohі діаметром 20 G. Місце введення голки для доступу до епідурального простору зазвичай на один сегмент нижче від проміжку попередньої пункції. Використовувався об'єм крові 20 мл. Ін'єкцію припиняли до того, як буде введено 20 мл, якщо під час процедури у пацієнта з'являвся біль або неврологічний дефіцит. Швидкість введення крові 5 мл/хв.

Результати дослідження: в обох пацієнтів ЕКП проведено успішно, без ускладнень. Головний біль зник протягом 20 хв після маніпуляції, і згодом не відновився. Пацієнти були виписані з лікарні протягом тижня. Ефективність ЕКП становила 100%.

Висновок. Не дивлячись на побоювання лікарів використання методики епідурального кров'яного пломбування був забезпечений 100% результат в лікуванні постпункційного голоного болю. Проте є перелік певних умов для підвищення шансів вдалої процедури, таких як візуалізація за допомогою флюороскопу, вчасна діагностика та початок лікування ліквореї.

## ГПЕРУРИКЕМІЯ І СУМАРНИЙ РИЗИК УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

*Марченко Т., Марченко М., Маковська К., Первушина Є., Шпак М.*

Науковий керівник: доцент Кітура Є.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

У останні роки все більшу увагу привертає гіперурикемія (ГУ) як один із вагомих факторів ризику розвитку серцево-судинної патології та її ускладнень. У цілому ряді таких досліджень встановлено достовірний взаємозв'язок між підвищеним рівнем сечової кислоти (СК) у крові та ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень як в загальній популяції, так і серед хворих на артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця (ІХС) та серцеву недостатність.

Мета роботи: проведення детального аналізу впливу ГУ на основні

показники сумарного ризику ускладнень у пацієнтів із гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи. Обстежено 38 пацієнтів із ГХ віком від 35 до 75 років (середній вік –  $55,2 \pm 1,64$ ). Чоловіків було 18 (47,3%), жінок – 20 (52,67%). Комплекс обстеження хворих включав загальноприйняті клініко-лабораторні та інструментальні обстеження: вміст глюкози та СК у крові, ліпідний спектр: рівень загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ХС ліпопротеїнів низької (ХС ЛПНЩ), дуже низької (ХС ЛПДНЩ) та високої щільності (ХС ЛПВЩ); визначення морфофункціональних параметрів серця: ЕКГ і ЕХОКС.

Усіх хворих розподілили на дві групи залежно від рівня СК у сироватці крові: основна група – 20 (52,3%) пацієнти із ГХ з ГУ і група порівняння – із ГХ з нормоурикемією (47,7%). Статистичну обробку отриманих даних проводили із застосуванням пакета статистичних програм «STATISTICA for Windows», версія 6,0.

Результати дослідження. Встановлено достовірну асоціацію ГУ у пацієнтів із ГХ в поєднанні із з метаболічним синдромом (МС) та його компонентами. Так, у пацієнтів із ГХ з ГУ порівняно із особами із ГХ з нормальним вмістом СК у крові, виявлялися достовірно вищі значення маси тіла, ІМТ та окружності талії. Відзначено, що у всіх хворих з ожирінням тип останнього був абдомінальним. Обстежені групи пацієнтів із ГХ з ГУ і без такої мали суттєві відмінності і в показниках ліпідного обміну. Загальна частота дисліпідемії (ДЛП) у пацієнтів із ГХ з ГУ (86,54%) була достовірно вища за таку у пацієнтів із ГХ без ГУ (72,09%;  $p < 0,05$ ). У чоловіків і жінок вірогідної різниці щодо частоти ДЛП не встановлено. При аналізі середнього рівня показників ліпідного обміну у групах хворих встановлено достовірно вищий рівень у сироватці крові ТГ у пацієнтів із ГХ в поєднанні з ГУ, на відміну від пацієнтів із ГХ з нормальним вмістом СК у крові.

Достовірних змін вивчених структурно-функціональних показників серця у пацієнтів із ГХ з ГУ і з нормальним рівнем у крові СК не виявлено. Частота гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів із ГХ з ГУ (80,8%) і у пацієнтів із ГХ з нормальним рівнем СК у крові (79,1%) також статистично достовірно не відрізнялася. При вивченні частоти гіпертрофії ЛШ окремо у чоловіків та жінок залежно від наявності чи відсутності ГУ достовірної різниці також не встановлено. Але у групі пацієнтів із ГХ з нормальним вмістом СК встановлено кореляційний зв'язок між рівнем СК у крові та розміром лівого передсердя ( $r = +0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про

суттєві взаємозв'язки між ГУ і основними компонентами МС, про асоціацію підвищення рівня СК у крові (навіть у хворих без ГУ) з гіперсимпатикотонією, ознаками гіпертрофії ЛШ.

Гіперурикемія виконує значну роль у розвитку і прогресуванні ГХ на різних, у тому числі на початкових етапах перебігу цього захворювання.

Необхідне подальше поглиблене вивчення цієї проблеми, яке буде сприяти розробці ефективних раціональних методів первинної та вторинної профілактики ГХ.

## ДІАЗЕПАМ, ТІОПЕНТАЛ НАТРІЮ ТА ЇХ КОМБІНАЦІЯ ДЛЯ СЕДАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

*Минько В.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Зловживання алкоголем є актуальною проблемою у світі та Україні. Близько 25% госпіталізованих пацієнтів мають алкогольну залежність, з них у 15% протягом госпіталізації виникають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю. Розвиток психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю погіршує результати лікування, збільшуючи тривалість госпіталізації, ризик інфекційних ускладнень, потребу у респіраторній підтримці, підвищує летальність та вартість лікування.

Мета. Визначити ефективність та безпечність тіопентала натрію, діазепама та їх комбінації для седації пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження залучено 20 пацієнтів Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева, яких розподілили на чотири групи – група діазепама (А), тіопентала натрію (В), діазепама та тіопентала натрію (С) і контрольна (D). Групи достовірно не відрізнялися за частотою ускладненого перебігу психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю та летальністю. Пацієнтам групи А розпочинали внутрішньовенну інфузію розчину діазепама у дозі 2,5-5 мг/год і титрували до досягнення цільового рівня седації. Пацієнтам групи В проводили внутрішньовенну інфузію розчину тіопентала натрію у дозі

2-7 мг/кг маси тіла на годину і титрували для досягнення цільового рівня седатії. Пацієнтам групи С розпочинали одночасну інфузію діазепаму та тіопнетала натрію у дозі 2,5-5 та 2-7 мг/кг маси тіла на годину відповідно. Рівень седатії оцінювали кожні 4 год за шкалою RASS, тяжкість психічних та поведінкових розладів кожні 6-8 год за шкалою CIWA-Ag.

Результати дослідження. Тривалість госпіталізації у ВІТ становила  $47,3 \pm 5,2$  год – у групі А,  $56,4 \pm 5,4$  години – у групі В,  $39,2 \pm 3,4$  год – у групі С та  $76,5 \pm 5,9$  години – у групі D. Групи дослідження достовірно відрізнялися за цим показником від контрольної групи. Тривалість седатії була найменшою в групі С –  $34,4 \pm 2,2$  год, дещо більшою в групах А та В –  $41,2 \pm 3,2$  год та  $51,4 \pm 4,3$  год відповідно. Якість седатії була достовірно кращою в групах дослідження порівняно з контрольною групою. У групі А при високому показнику тривалості цільової седатії (83,4%), решту часу рівень седатії був недостатнім (16,6 %). У групі В тривалість цільової седатії була нижчою (75,5%) за рахунок збільшення часу надмірної седатії (24,5%). У групі С тривалість цільової седатії (91,2%) за рахунок надмірної седатії (5,6 %) та недостатньої седатії (2,2%). Комунікація з пацієнтом була найкращою в групі С, найгіршою – в групі D. Показники когнітивних функцій були достовірно вищими у досліджуваних групах порівняно з групою D, а найвищими – в групі С.

#### Висновки.

1. Діазепам, тіопентал натрію та їх комбінація є ефективними та безпечними засобами для седатії пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю у відділенні інтенсивної терапії.

2. Діазепам є ефективним та безпечним препаратом для седатії пацієнтів, забезпечує контрольовану седатію та хорошу комунікацію з пацієнтом, не пригнічує дихання та має мінімальний вплив на когнітивні функції.

3. Тіопентал натрію є ефективним для седатії пацієнтів, забезпечує добре керовану седатію та комунікацію з пацієнтом, достовірно знижує потребу у нейролептиках. Препарат може спричинити надмірну седатію та пригнічення дихання, тому його застосування обов'язково потребує моніторинга спонтанного дихання.

4. Комбінація тіопентала натрію та діазепаму була достовірно ефективнішою у порівнянні з контрольною групою для седатії пацієнтів. Ця комбінація дає змогу знизити споживання обох седативних препаратів та зменшити ризик респіраторних ускладнень і надмірної седатії.

## ПРОВЕДЕННЯ НІДЛІНГУ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗРИВІВ П'ЯТКОВОГО СУХОЖИЛКУ

*Михайлина А., Покотило О., Дятел М.*

Науковий керівник: доцент Пелипенко О., асистент Ковальов О.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Патологія п'яtkового сухожилка розповсюджена не лише серед людей, що займаються активною фізичною діяльністю. Нерідко причинами розривів стають дистрофічні зміни, як наслідок порушення кровопостачання через запальні процеси даної ділянки. Відкладення кальцію в тканинах приводить до втрати сухожилком еластичності і підвищує ризик його розриву.

Мета. Провести аналіз лікування хворих з патологічними змінами п'яtkового сухожилку з визначенням можливих заходів з профілактики ускладнень.

Методи дослідження. Проведений аналіз лікування 49 пацієнтів з патологією п'яtkового сухожилку, які лікувались в умовах травматологічного відділення м. Полтави. Переважно це були чоловіки (67,4%) найбільш працездатного віку (середній вік – 39 років).

При встановленні клінічного діагнозу в обов'язковому порядку проводили оцінку стану м'яких тканин, ультразвукове дослідження (УЗД), магнітно-резонантне дослідження (МРТ).

Аналіз анамнестичних даних слугував показанням до проведення білатерального УЗД за умов спонтанних ушкоджень. В усіх випадках дослідження неушкодженого сухожилку виявило наявність його дистрофічних змін.

Оперативне лікування застосовано в терапії 46 пацієнтів.

Основні результати. У 40 пацієнтів діагностовано розрив п'яtkового сухожилка: на рівні прикріплення до п'яtkового горба (12 випадків (30%) – виконано реінсерцію сухожилку), вище місця інсерції (28 випадків (70%) – виконано тенорафію, з них 4 випадки (10%) – тенопластика). У 6 випадках інтраопераційно встановлено наявність кальцинатів сухожилку (4 – інсерційні, 2 – внутрішньостовбурові).

У 3 випадках наявності масивної кальцифікації сухожилку виконано видалення змінених тканин з наступною тенопластикою.

При виявленні осередків кальцифікації у 6 пацієнтів було призначено консервативне лікування – метод нідліngu. Після розмивання та видалення дрібних кальцинатів під ультразвуковим контролем хворі спостерігались протягом 6 місяців. Рецидивів дегенеративного процесу

виявлено не було.

Усі хворі отримували адекватну медикаментозну терапію (проти набрякова, протизапальна, анальгезуюча тощо).

Висновки. При пошкодженнях п'яtkового сухожилку доцільно проводити білатеральне ультразвукове дослідження. Своєчасна діагностика кальцифікації п'яtkового сухожилку та проведення нідлінгу є ефективними заходами профілактики його розривів.

## ВПЛИВ ІНФЕКЦІЙНОГО ФАКТОРУ НА РОЗВИТОК ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

*Модестова М., Богдан О., Юрченко А., Кравчук Д., Стефанків Т.*

Науковий керівник: доцент Макаров О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) – характеризується укороченням довжини шийки матки менше 25 мм або розширенням цервікального каналу більше ніж 10 мм, до терміну вагітності 36 тижнів 6 днів. ІЦН є значущим фактором ризику невиношування вагітності. Інфікування внутрішніх статевих органів є одним із головних тригерів розвитку ІЦН.

Мета. Визначення частоти інфікування внутрішніх статевих органів у жінок з ІЦН.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження прийняли участь 84 вагітні жінки, що відбирались методом суцільної вибірки. Пацієнтки поділені на 2 групи: I група (основна) – 50 вагітних жінок з ІЦН, II група (порівняльна) – 34 вагітні жінки без ІЦН. З метою діагностики інфекції внутрішніх статевих органів проведено бактеріологічне обстеження усіх вагітних, включених в дослідження. Бактеріологічне обстеження виконувалось у терміні 19-20 тижнів вагітності під час другого ультразвукового скринінгу, до трансвагінальної ультразвукової цервікометрії

Результати дослідження та їх обговорення. Цервіковагінальні інфекції були виявлені у 70% жінок I групи, та у 14% вагітних II групи ( $p < 0,001$ ). Бактеріальний вагіноз в 3,4 рази частіше зустрічався у вагітних I групи (27,8%) в порівнянні з групою II (8,2%). Ендоцервіцит виявлено у 37% вагітних I групи і у 10,1% жінок II групи ( $p < 0,001$ ). Результати ПЛР-дослідження показали зниження кількості молочно-кислих паличок в піхві у 59% вагітних з ІЦН в I групі, а в II групі таке зниження



виявлено лише у 9,1% вагітних. За результатами патогістологічного дослідження плацент запальні зміни в них (хоріоамніоніт) відмічені у 73% жінок I групи, та у 8% жінок II групи ( $p < 0,0001$ ).

**Висновок.** Отримані дані свідчать про переважно висхідний шлях інфікування плаценти та оболонок при ПЦН. Передчасне вкорочення шийки матки та розширення цервікального каналу у жінок I групи є асоційованим з інфекцікуванням нижніх відділів генітального тракту, сприяє колонізації мікроорганізмами ділянки внутрішнього вічка, з наступним розвитком гістологічно підтвердженого хоріоамніоніту. Це пояснює високу частоту передчасного розриву плодових оболонок при ПЦН.

## ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК V СТ.

*Назаренко Д., Бернацька Н., Ситник І., Чала О., Гирич І., Вебер Д.*

Науковий керівник: доцент Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Психологічний стан людини є невід'ємною частиною його загального стану здоров'я. У той же час, психологічні особливості пацієнта впливають на прихильність його до виконання рекомендацій лікуючого лікаря, і як наслідок, на ефективність лікування. Тому, вивчення психологічного стану пацієнта, його психологічних особливостей є важливим в клінічній практиці.

**Мета.** Оцінити психологічний стан пацієнтів на хронічну хворобу нирок (ХХН) V ст.

**Методи дослідження.** У дослідження включено 21 пацієнт з ХХН V ст., які перебували на лікуванні в центрі нефрології та діалізу КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Скляфосовського ПОР». Серед обстежених 7 (33,33%) жінок та 14 (66,67%) чоловіків, середній вік склав  $57,62 \pm 5,2$  роки. Тривалість нирковозамісної терапії складала  $5,9 \pm 4,3$  роки. Всім пацієнтам проводилося анкетування з використанням госпітальної шкали тривоги і депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), розробленої Zigmond A.S. і Snaith R.P. (1983). Шкала HADS розділена на дві підшкали: підшкала «А» – «тривога» та підшкала «D» – «депресія», по 7 тверджень у кожній. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, які оцінюються в балах від «0» до «3», де «0» – відсутність симптому, а

«3» – максимальна його вираженість.

Основні результати. У загальній групі пацієнтів з ХХН V ст. рівень тривоги склав  $5,76 \pm 1,6$  бали, а саме 14 (66,67%) пацієнтів не відмічали ознак тривоги, у 5 (23,8 %) – субклінічно виражена тривога, у 2 (9,52%) пацієнтів – клінічно виражена тривога. За результатами аналізу підшкали «А», необхідно відмітити, що ніхто з пацієнтів не оцінив вираженість симптому на «3» бали. Найбільш частими ознаками («2» бали) у пацієнтів з субклінічно- та клінічно вираженою тривогою були «відчуття напруженості», «відчуття внутрішнього напруження чи тремтіння» та «відчуття страху, ніби щось станеться».

Рівень депресії в загальній групі пацієнтів з ХХН V ст. склав  $7,43 \pm 2,6$  бали: у 11 (52,38%) пацієнтів відсутні ознаки депресії, у 4 (19,05%) пацієнтів субклінічно виражена депресія, у 6 (28,57%) пацієнтів – клінічно виражена депресія. Загалом пацієнти із субклінічно- та клінічно вираженою депресією вказували максимальну вираженість (на «3» бали) п'яти ознак, з яких ознаку «мені здається, що я почав робити все дуже повільно», максимально оцінили 8 (80,0%) пацієнтів, ознаку «я відчуваю бадьорість» – 4 (40%) пацієнтів, ознаку «я не стежу за своєю зовнішністю» – 3 (30%) пацієнти.

Висновки. Таким чином, у обстежених пацієнтів на ХХН V ст., частіше зустрічаються ознаки депресії, ніж тривоги, що необхідно враховувати при складанні індивідуального плану лікування пацієнтів.

## РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ФОРМУВАННІ СИНДРОМА ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

*Неїжскаша О., Єфимець Н., Гітя Ю., Панова Я.*

Наукові керівники: доцент Кир'ян О., доцент Бабаніна М.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Одним із найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту, який зустрічається у близько 10% дорослого населення та залежить від розладів у взаємодії кишечника і мозку є синдром подразненої кишки (СПК) (Maier EA, Ryu HJ, Bhatt RR, 2023). Стабільність мікробіому кишечника та нервової системи підтримує двоспрямований зв'язок, який впливає на появу СПК та формує вісь «кишечник-мозок», що віддзеркалюється у поведінці пацієнта, пам'яті та емоційній сфері (Анохіна Г.А., Харченко В.В., Лопух І.Я. та ін., 2021). Крім того, пацієнти із СПК мають підвищену асоціацію із

психічними розладами, які охоплюють різноманітні тривожні порушення та депресивні реакції, що спонукають до формування умов появи гіперреактивності кишечника та зміні сприйняття пацієнтом своїх відчуттів із фіксуванням підвищеної уваги на больових відчуттях та відхиленнях у дефекації (Fond G, Loundou A, Hamdani N, et al., 2014), що обумовлює актуальність досліджуваної теми.

**Мета.** Проаналізувати можливості впливу функціонування нервової системи та психоемоційних порушень на розвиток та перебіг синдрому подразненого кишечника.

**Методи дослідження.** Проведено систематичний пошук літературних джерел із використанням розширеного вивчення баз даних PubMed, Embase, Cochrane Reviews. Терміни пошуку: синдром подразненого кишечника, мікробіота, мозок, вісь «кишечник-мозок», тривога, депресія.

**Результати дослідження.** За даними проаналізованих джерел літератури, у базах даних PubMed, Embase, Cochrane Reviews виявлено 2430 джерел (1979-2023), які визначали асоціативні зв'язки СПК із депресією, тривожністю та психоемоційними захворюваннями, серед яких 686 клінічних та рандомізованих контрольованих досліджень, 290 систематичних та Кокранівських оглядів, які в двічі частіше визначалися за останні 5 років. Визначено зростання кількості наукових джерел за останні 10 років, які відображають роль вісі «кишечник-мозок» та мікробіоти у розвитку СПК: 1997-2013 рр. – 131 наукова робота, 2013-2023 рр. – 512 досліджень. Найбільша увага приділялася авторами вивченню змін мікробіоти кишечника при СПК, взаємодії із ентеральною нервовою системою, їх кореляціям із мозком, геномними особливостями, імунними змінами та спорідненості механізмів розвитку СПК із психічними відхиленнями, а також можливостям їх терапії.

**Висновки.** Психоемоційні порушення, мікробом кишечника та функціонування нервової системи мають асоціативні зв'язки із розвитком синдрому подразненого кишечника, що потребує подальшого вивчення та розробки персоніфікованого підходу до ведення та лікування хворих, із врахуванням особливостей функціонування нейробіологічної системи людини.

## ОСОБЛИВОСТІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ СУДИН У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ

*Олешко А., Ковтун А., Романенко Б., Рудчик Я., Птіцина О., Левченко В.*

Науковий керівник: доцент Іваницький І.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

На сьогоднішній день найбільш поширеними захворюваннями, які значно погіршують якість життя, є ревматологічні захворювання, зокрема і ревматоїдний артрит (РА). У той же час, відмічається збільшення смертності серед пацієнтів з РА і причинами смерті виступають переважно захворювання серцево-судинної системи.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей атеросклеротичного ураження судин у хворих на РА в залежності від активності та тривалості перебігу основного захворювання.

Нами було обстежено 73 пацієнти з РА, середнім віком  $48,6 \pm 3,4$  роки, з яких 38 жінок та 35 чоловіків. Усі досліджені були розподілені на групи в залежності від активності перебігу РА згідно загальноприйнятої класифікації. Пацієнти з активністю 1 ступеня склали I групу кількістю 22 обстежених, з активністю 2 ступеня – II групу – 37 пацієнтів, 3 ступеня – 3 групу – 14 пацієнтів. Усі обстежені пацієнти отримували метилпреднізолон у дозуванні 4-8 мг на добу, метотрексат у дозуванні 15 мг на добу.

У якості маркера атеросклеротичного ураження судин нами було обрано дослідження товщини комплексу інтими – медії (КІМ) загальної сонної артерії (ЗСА) у стандартному місці, на 10 мм проксимальніше біфуркації, з обох сторін, окремо враховувалось виявлення атеросклеротичних бляшок. Пацієнти із шкідливими звичками, зокрема палінням, виключались із дослідження.

Нами були отримані наступні результати: у пацієнтів I групи товщина КІМ складала  $0,73 \pm 0,04$  мм, у пацієнтів II групи  $0,84 \pm 0,09$ , у пацієнтів 3 групи  $0,91 \pm 0,07$ , при цьому відмінність між I та III групами була статистично достовірною ( $p=0,029$ ). Атеросклеротичні бляшки були виявлені тільки у пацієнтів III групи, їх розповсюдженість складала 2 (14,3%) пацієнти. При проведенні кореляційного аналізу серед усіх обстежених пацієнтів нами був виявлений сильний кореляційний зв'язок між товщиною КІМ та тривалістю перебігу РА ( $r=0,65$ ;  $p=0,04$ ), зв'язок помірної сили між товщиною КІМ та рівнем ШОЕ ( $r=0,47$ ;  $p=0,036$ ) та між товщиною КІМ та рівнем С реактивного білку ( $r=0,49$ ;

p=0,031).

Таким чином, на основі отриманих даних, ми зробили висновки, щодо наявності тісного зв'язку між розвитком атеросклеротичних уражень судин у пацієнтів з РА та вираженістю системного запального процесу при цій патології. У той же час, тривалий перебіг РА з високою активністю призводив до більш виражених атеросклеротичних уражень судин, що свідчить про необхідність більш ретельного обстеження таких пацієнтів з метою раннього виявлення кардіоваскулярної патології та проведення профілактичних заходів з метою запобігання розвитку серцево-судинних захворювань в залежності від активності перебігу РА.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛЕРГЕНСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ ІЗ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО *ALTERNARIA ALTERNATA*

Оробей К., Шевченко А.

Науковий керівник: доцент Ткаченко О.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У 80-х роках минулого століття були опубліковані перші дослідження щодо застосування стандартизованих препаратів для діагностики та лікування пацієнтів сенсibilізованих до грибка роду *Alternaria alternata*. Але дивлячись крізь призму беззаперечних доказів, що мікроміцети можуть бути основними тригерами алергічних захворювань, сьогодні насправді ми маємо не так багато досліджень, де вивчалася ефективність алергенспецифічної імунотерапії (АСІТ) із застосуванням екстракту *Alternaria alternata*, особливо у дітей.

Мета. Оцінити ефективність та безпеку застосування алергенного екстракту *Alternaria alternata* ORALTEK (Оралтек) в якості сублінгвальної алергенспецифічної імунотерапії у дітей із алергічним ринітом/ринокон'юнктивітом.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 12 дітей віком від 4 до 12 років із симптомами алергічного риніту/ринокон'юнктивіту, пов'язаного з *Alternaria alternata*, які протягом 36 місяців отримували АСІТ шляхом щоденного сублінгвального введення екстракту даного алергену. Сенсibilізація до *Alternaria alternata* була підтверджена клінічно на підставі посилення носових та/чи очних симптомів протягом періоду з високим

вмістом спор *Alternaria* у повітрі (липень, серпень і вересень), а також позитивними результатами шкірних прик-тестів та sIgE до *Alt a1*. Дизайном дослідження передбачалась оцінка клінічних симптомів алергічного риніту, необхідність застосування симптоматичних препаратів для полегшення симптомів під час загострення та якості життя пацієнтів.

Основні результати. У ході лікування спостерігалась виражена позитивна динаміка, яка чітко корелювала із терміном лікування. Середній показник симптомів за тиждень після першого, другого і третього років АСІТ відповідно становив 12,6%, 41,5% і 65,6% ( $P < 0,001$ ). Також суттєво зменшився середній показник добового прийому ліків протягом періоду загострення: з 13,8 на початку дослідження – до 9,6; 6,8 і 2,4 після першого, другого та третього років АСІТ ( $P < 0,001$  від вихідного рівня порівняно з наступним). Застосовуючи стандартизовані опитувальники нам вдалося продемонструвати як гіпосенсибілізація відобразилася на якості життя пацієнтів, суттєво покращивши його. Необхідно також підкреслити хорошу переносимість терапії та високий комплайнс під час дослідження.

Висновок. Отримані у ході лікування екстрактом *Alternaria alternata* позитивні результати чітко відображають загальносвітову тенденцію щодо високої ефективності та безпечності АСІТ, особливо якщо вона проводиться шляхом сублінгвального введення алергену, що зменшує інвазивність у пацієнтів дитячої популяції.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ – АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

*Осіння Н., Абаровська В., Мотиця В., Наливайко А., Іващенко В.С.*

Наукові керівники: професор Потяженко М., доцент Настрога Т.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. На сьогоднішній день залишається актуальною проблема лікування постковідного синдрому у хворих із серцево-судинною патологією в практиці лікаря-інтерніста.

Мета. Підвищити ефективність лікування хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) і постковідним синдромом із застосуванням комплексної базисної антигіпертензивної терапії,

статинів, антиагрегантів та додаткового включення препаратів L-аргініну і мебікару.

Методи дослідження. Нами проведено спостереження і лікування 40 хворих похилого віку на АГ із постковідним синдромом. Середній вік склав  $66,4 \pm 1,72$  р. Діагноз був верифікований на підставі скарг, даних анамнезу (перенесена за останні 3-6 місяців коронавірусна хвороба COVID-19), фізикального обстеження, загальноклінічних та лабораторно-інструментальних методів. Рівень тривожності визначали за допомогою опитувальника Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

Основні результати. Порівняльний аналіз основних клініко-лабораторних параметрів показав, що у хворих основної групи, які отримували додатково L-аргінін та мебікар, порівняно з контрольною групою, були відмічені достовірні розбіжності в строках зникнення головного болю, покращення сну, зниження рівня артеріального тиску (АТ), рівня реактивної тривожності (РТ) ( $p < 0,05$ ). Так, середні терміни зникнення головного болю у хворих основної групи склали  $6,7 \pm 1,21$  доби проти  $8,76 \pm 1,05$  доби у хворих контрольної групи ( $p < 0,05$ ); нормалізації сну –  $7,2 \pm 0,83$  доби проти  $9,74 \pm 1,3$  доби у хворих контрольної групи ( $p < 0,05$ ). У хворих основної групи систолічний артеріальний тиск (САТ) знизився на 28,1%. ( $174,6 \pm 3,39$  до  $125,7 \pm 4,16$  мм рт.ст.), тоді як у хворих контрольної групи САТ знизився зі на 23,3% (з  $177,4 \pm 4,8$  до  $137,1 \pm 3,89$  мм рт.ст.) ( $p < 0,05$ ). Діастолічний (ДАТ) знизився на 24,6% (з  $93,15 \pm 3,62$  до  $70,2 \pm 4,12$  мм рт.ст., тоді як у контрольній групі на 20,3% (з  $95,3 \pm 4,16$  до  $76,8 \pm 4,32$ ) ( $p < 0,05$ ). Рівень реактивної тривожності (РТ) у хворих основної групи знизився на 13% (з  $48,2 \pm 1,8$  до  $42,4 \pm 1,46$ ) ( $p < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи рівень РТ знизився не суттєво на 9,1% (з  $47,3 \pm 2,4$  до  $43,1 \pm 2,1$  бали ( $p > 0,05$ )).

Висновки. Оптимізація лікування хворих похилого віку з поєднаною патологією на АГ і постковідний синдром з включенням до базисної терапії препаратів L-аргініну та мебікару сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, покращенню якості життя пацієнтів, скороченню термінів лікування хворих.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ

*Павленко О., Лебедь І., Лютко Н.*

Науковий керівник: доцент Таняньська С.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) та її ускладнення на сучасному етапі займають провідне місце в структурі серцевої патології в дитячому віці. Особливе занепокоєння викликає збільшення питомої ваги АГ у дітей і підлітків в останні роки. Як відомо, АГ у них може мати тривалий безсимптомний перебіг, формувати в подальшому ураження органів-мішеней АГ з боку серця, нирок, судин головного мозку та органу зору. Тому, виникає необхідність проведення подальшого вивчення предикторів розвитку АГ у дітей та підлітків.

Мета роботи: визначити фактори ризику (ФР), що впливають на формування та несприятливий перебіг АГ у підлітків.

Матеріали і методи. Проведено комплексне обстеження 45 підлітків у віці 13-16 років з різними варіантами АГ, із них 32 досліджених з первинною АГ, 13 – із вторинною (симптоматичною) АГ та ожирінням з оцінкою індексу маси тіла (ІМТ), які знаходились на лікуванні у педіатричному відділенні обласної клінічної лікарні і у яких виявлено підвищення систолічного АТ (САТ) в межах 140-160 мм рт.ст. та діастолічного (ДАТ) в межах 80-100 мм рт.ст. Усім дослідженим проводилось клінічне обстеження з вивченням сімейного анамнезу з урахуванням даних обтяженої спадковості по серцево-судинних захворюваннях, ожирінню, цукровому діабету та визначенням модифікованих факторів ризику АГ: частоти ознак гіподинамії, порушень розпорядку дня та відпочинку, шкідливих звичок у підлітків (паління, постійне використання гаджетів), харчового ризику (надмірне вживання кухонної солі, тваринних жирів, солодоців, здоби) та інших факторів, які сприяють підвищенню АТ. Усім підліткам із АГ проведено клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження: добовий холтер-моніторинг АТ, ехокардіографію, УЗД нирок та наднирників, УЗД щитовидної залози та інші.

Основні результати. Встановлено, що майже 80% пацієнтів, незалежно від форми АГ, мали обтяжену спадковість по серцево-судинній патології, серед яких більшість по гіпертонічній хворобі та цукровому діабету у батьків.

Аналіз факторів ризику показав, що гіподинамію мають підлітки із



групи АГ з ожирінням. Майже 70% із них не відвідують навіть шкільні заняття з фізкультури. У той же час 17% підлітків з первинною АГ, крім шкільної фізкультури, регулярно займається спортом. На сучасному етапі гіподинамії сприяє надмірне користування комп'ютером та мобільним телефоном.

Крім того, 46% підлітків мали шкідливі звички у вигляді нераціонального харчування, паління, надмірного вживання висококалорійних газованих та енергетичних напоїв, що також сприяє підвищенню АГ.

Висновки. Таким чином, у підлітків з різними варіантами АГ встановлено значний перелік факторів ризику, частина з яких є модифікованими, такі як гіподинамія, надмірне неконтрольоване використання гаджетів, негативні харчові вподобання (надмірне вживання солі, тваринних жирів, здоби, солодошів, газованих напоїв). Своєчасна діагностика з рекомендаціями модифікації способу життя може профілакувати не лише подальше формування АГ, але й цілого ряду коморбідних з нею станів.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ІХС У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

*Первушина Є.*

Науковий керівник: доцент Кітура Є.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. В останні роки все більшу увагу привертає гіперурикемія (ГУ) як один із вагомих факторів ризику розвитку серцево-судинної патології та її ускладнень.

Мета. Провести аналіз літератури взаємозв'язку факторів ризику ІХС у пацієнтів із гіперурикемією.

Методи дослідження. Нами було переглянуто та проаналізовано літературу на таких відомих платформах як PubMed UPtoDate, Journal of cardiology, Embase, ВМС.

Результати і їх обговорення. Мета-аналіз проспективних когортних досліджень показав при підвищенні рівня сечової кислоти в сироватці крові на 1 мг/дл підвищується ризик ІХС та смертності на 20% і 9% відповідно.

Сечова кислота є біологічно активною сполукою, яка циркулює в крові, поглинається клітинами судин, знижує рівень оксиду азоту (NO) та його виробництво, збільшуючи кількість медіаторів запалення, які

призводять до пошкодження судин. Це може сприяти розвитку гіпертензії, метаболічного синдрому, спричиняти коронарний атеросклероз та ССЗ.

В іншому дослідженні, що проводились на щурах, у яких експериментально підвищували рівень сечової кислоти в крові і відмічали підвищення артеріального тиску. Згодом піддослідним щурам вводили інгібітор ксантинооксидази, в результаті чого знижувався рівень сечової кислоти, що призводило до нормалізації АТ (Mazzali M., Kanellis J al. (2018)). Численні дослідження показали, що гіпертонія, підвищений ІМТ, дисліпідемія, підвищений рівень креатиніну або інсуліну викликають гіперурикемію. Зв'язок підвищеного рівня сечової кислоти в сироватці крові та наявності ІХС підтверджено коронарною ангиографією. Певні публікації з цього питання демонструють, що рівень СК корелює з ІХС, зокрема з кількістю уражених судин (Tian T.T. et al., 2018). Є дані досліджень Японії в яких пацієнти з гострим ІМ та збільшеним рівнем сечової кислоти в сироватці крові (>6,7 мг/дл) мали вищу смертність, ніж ті, які мали нормальну концентрацію останньої (Bos M.J. et al., 2006).

За допомогою внутрішньосудинного ультразвуку *in vivo*, у людей з гіперурикемією виявляли значно більшу кількість коронарних ліпідних бляшок, ніж у людей з рівнем сечової кислоти до 360 мкмоль/л.

Висновок. Отже ми можемо прийти до логічного висновку, що неможливо заперечувати вплив гіперурикемії на серцево-судинні події та подальший прогноз пацієнта. Дані багатьох досліджень свідчать про важливу роль СК у разі ССЗ. Проте ціла низка аспектів цього складного взаємозв'язку ще залишається не до кінця з'ясовано.

## ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ АВСТРІЙСЬКОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

*Писана Б., Карась Д., Склярєвський Б., Штефан О., Андрющенко О., Школьна О., Беззубенко І., Гордієнко В., Овчаренко К.*

Науковий керівник: доцент Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Смертність від серцево-судинних патологій залишається «лідером» серед причин смертності в Україні та світі цілому. Це зумовлює активне впровадження не тільки заходів профілактики, а й удосконалення методів кардіохірургічних втручань, що в свою чергу формує необхідність в розвитку реабілітації.

Мета. Оцінити ефективність багатокomпонентної програми реабілітації (БПР) хворих після кардіохірургічних втручань (КХВ), що базувалась на австрійській моделі реабілітації кардіологічних пацієнтів.

Методи дослідження. Дослідження проводилося в період з 1 січня 2023 р. по 1 січня 2024 р. Дослідну групу (ДГ) склали 44 пацієнти, яким проводили планове оперативне лікування – аортокоронарне шунтування (АКШ) та/або протезування клапанів, з них 24 чоловіків (54,5%), 20 жінок (45,5%). АКШ проведено 16 (36,4%) пацієнтам, протезування клапанів – 28 (63,6%) пацієнтам. Середній вік хворих становив  $67,2 \pm 1,9$  рік ( $p < 0,05$ ). Пацієнтам ДГ було проведено БПР на госпітальному та амбулаторно-контрольному етапах, що включала до складу: реабілітацію, освітню складову, респіраторну підтримку, фізичний компонент, медикаментозну складову, медико-психологічний аспект. Контрольну групу (КГ) склали 45 пацієнтів, зіставні за показниками.

Основні результати. У пацієнтів ДГ відзначалось статистично достовірне зменшення термінів перебування в стаціонарі  $13,4 \pm 1,5$  ( $p < 0,05$ ) ліжко-днів для пацієнтів після протезування клапанів та  $12,5 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ ) ліжко-днів після АКШ) порівняно з пацієнтами КГ ( $15,3 \pm 1,8$  ( $p < 0,05$ ) ліжко-днів після протезування та  $15,7 \pm 1,7$  ( $p < 0,05$ ) ліжко-днів після АКШ). При первинному тестуванні пацієнти ДГ мали рівень досягнутої активності за 6MWT в межах 43% до 57% прогнозованої дистанції, що в середньому становила  $310,4 \pm 4,6$  м ( $p < 0,05$ ). При контрольному тестуванні, рівень досягнутої активності зріс і коливався в межах 58-81% ( $p < 0,05$ ) від прогнозованої, що в середньому становило  $388,9 \pm 5,6$  м ( $p < 0,05$ ). Порівняння тредміл-ергометрії у пацієнтів ДГ після завершення госпітального етапу та після завершення амбулаторно-контрольного етапу реабілітації виявило приріст фізичної працездатності у 100% хворих, що у MET становило від 1,7 MET до 6,6 MET (10-64%) ( $p < 0,05$ ).

Висновки. Впровадження БПР збільшує прихильність та вмотивованість пацієнтів після КХВ до заходів медикаментозного лікування та реабілітаційних втручань. Використання БПР у пацієнтів після КХВ на госпітальному та амбулаторному етапах дозволяє сформувати основи вторинної профілактики, покращує якість життя та прогноз пацієнта та сприяє повноцінній соціальній реінтеграції.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНОГО (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Побережник С.*

Науковий керівник: асистент Лазуркевич Х.

Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Профілактика та лікування ранньої і класичної форм геморагічної хвороби новонароджених (ГрХН), як правило, забезпечується лікарями-неонатологами. Натомість у наших реаліях медичний догляд і турбота про якість здоров'я новонародженого одразу після виписки дитини з пологового будинку стають відповідальністю сімейного лікаря чи педіатра.

Мета роботи: ознайомити лікарів з клінікою, діагностикою та методами лікування і профілактики геморагічного синдрому новонароджених.

Клінічний випадок. 08.01.2024 р. пацієнта госпіталізовано в неонатальне відділення ІФ ОДКЛ ІФОР зі скаргами на домішки крові в калі, здуття живота, відмову від їжі, в'ялість. Дитина народилась 30.11.2023 р. від другої доношеної вагітності, других пологів шляхом планового кесарського розтину. Вагітність перебігала на тлі кількох епізодів ГРЗ, під час яких жінка приймала НПЗП (німесил). Дівчинка народилася з масою тіла 3510 г. З перших днів життя перебувала на змішаному вигодовуванні. Також відомо, що у старшої дитини в цій сім'ї після народження діагностовано атрезію ануса.

Анамнез захворювання. Зі слів матері, дитина захворіла на 19 день життя, коли вперше з'явилися домішки крові в калі. З цього приводу мама звернулася до педіатра за місцем проживання. Лікар порадив виключити молочні продукти з раціону матері та надати перевагу безлактозній суміші для вигодовування. Загальний стан дитини продовжував погіршуватися, дівчинка відмовлялася від їжі, стала в'ялою, спостерігалось збільшення кількості домішок крові у калі. Мама самостійно звернулася за допомогою до лікарів приймального відділення ОДКЛ.

Об'єктивно: при надходженні маса тіла 4120 г, температура 36,7°C, частота дихання – 44 за хв, ЧСС – 148 за хв. Загальний стан дитини тяжкий, що зумовлено проявами токсикоексикозу II ступеня, тургор тканин знижений. Шкірні покриви з сіруватим відтінком. Акро- та періоральний ціаноз посилювалися при неспокої. При огляді живота

наявне здуття, дитина реагує плачем на пальпацію. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги, селезінка не збільшена. Сечопуск вільний, діурез достатній. Випорожнення жовтого кольору з неперетравленими шматочками їжі, значним відходженням рідини і прожилками крові 3-4 р/добу.

Результати додаткових методів обстеження.

Експрес тест на антиген SARS-CoV-2 при поступленні негативний.

Гемограма від 08.01.2024: Нь – 156 г/л, Е – 4,88 x 10<sup>12</sup>, Нт – 49,3, Тр – 485 Г/л, Л – 19, Г/л, п – 2%, с – 22%, е – 23%, л – 49%, м – 5%, ШОС – 4 мм/год.

Біохімічний аналіз крові від 08.01.2024 р.: загальний білок – 49, г/л, сечовина – 2,9 ммоль/л, креатинін – 33,1мкмоль/л, загальний білірубін – 31,10 мкмоль/л, білірубін прямий – 13,10 мкмоль/л, білірубін непрямої – 18,00 мкмоль/л, АЛТ – 13, АСТ – 21, глюкоза – 5,5 ммоль/л, К – 5,88 ммоль/л, Na – 141,0 ммоль/л, Cl – 103,3 ммоль/л, Са – 2,31 ммоль/л, СРБ<6 мг/л; прокальцитонін – 0,1 нг/мл. Коагулограма від 08.01.2024 р.: протромбіновий час – 13,3 с, протромбіновий індекс – 93,9%, МНВ – 1,11, АЧТЧ – 33,9 с, фібриноген – 2,51 г/л. Загальний аналіз сечі – показники в межах вікової норми.

Мікробіологічне дослідження калу від 08.01.2024 р.: виявлено *Klebsiella pneumoniae* 1,5 x 10<sup>8</sup>. УзД ОЧП від 11.01.2024 р.: в лівій половині живота розширені петлі кишківника з неоднорідним вмістом.

Лікування геморагічної хвороби новонароджених розпочато вітаміном К1, також проводилася інфузійна терапія токсикоексикозу. Призначено емпіричне лікування цефазоліном відповідно до результатів мікробіологічного дослідження калу, пізніше амікацин (згідно антибіотикограми на чутливість) на 10 днів. Проте позитивний ефект від лікування не наставав, зберігалася неврологічна симптоматика. Прийнято рішення виключити TORCH-інфекції та провести дослідження крові на антитіла до коронавірусу SARS-CoV-2.

Аналіз крові від 20.01.2024 р.: *Toxoplasma gondii* IgG – 19,6 МО/мл (норма < 6,5 МО/мл), CMV IgG – 18,4 (норма < 0,9), Herpes simplex type 1,2, IgG – 139,98 МО/мл (норма < 20,0 МО/мл). Антитіла IgG до S-білку SARS-CoV-2 від 20.01.2024 р. – більше 200,0 BAU/ml (норма < 20 BAU/ml).

Дитина консультована гематологом, неврологом, відмінено лікування антибіотиками відповідно до результатів лабораторних обстежень, призначено нейропротекторну терапію. На 13 день стаціонарного лікування стала відмічатися позитивна динаміка.

Висновки. Популяризація знань серед лікарів щодо діагностики та профілактики геморагічного синдрому новонароджених є важливою складовою збереження здоров'я дітей.

## ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ ДЕРМАТОМІОЗИТ: ТРУДНОЦІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Радевич Д.*

Науковий керівник: асистент Лазуркевич Х.О.

Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність. Ювенільний дерматоміозит (ЮДМ) посідає 3 місце за захворюваністю серед системних хвороб сполучної тканини. Захворюваність і смертність залишаються високими без відповідного лікування.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок дерматоміозиту ускладненого вторинним системним глюкокортикостероїд-індукованим остеопорозом та провести оцінку ефективності та безпеки проведеної терапії при ЮДМ.

Матеріали та методи. Для досягнення мети нами було обстежено пацієнтку із діагностованим ЮДМ, яка перебувала на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній дитячій клінічній лікарні; проведено аналіз медичної документації пацієнтки та дослідження впливу медикаментозного лікування на подальший стан пацієнтки.

Результати. Під час збору анамнезу було виявлено, що у пацієнтки протягом тривалого часу утримувалась субфебрильна температура тіла, відмічався біль та слабкість м'язів шиї та плечей, скарги на ранкову скутість. Хворіє з 2017 року. При проведенні лабораторних обстежень суттєвих відхилень від норм не було.

Дані інструментальних методів обстеження: виявлено первинне ураження дрібних м'язів стоп згідно інтерференційної міографії, дифузний остеопороз кісток обох китиць та дистальних метаепіфізів кісток обох передпліч; на рентгенологічному обстеженні візуалізувалися поодинокі гіперехогенні лінійні включення в м'язевих волокнах обох гомілок; на УЗД-дослідженні зафіксована вільна рідина з включеннями до 5 мм у гомілково-ступневих суглобах, а також у ретроахіллової сумці. У 2018 р. дівчинці діагностовано ЮДМ та розпочато базисну терапію Mtx, ГКС-терапію. На фоні запропонованого лікування відмічалась позитивна динаміка. У вересні 2020 р. пацієнтку було

госпіталізовано у НДСЛ «Охмадит», де було відмінено Медрол у зв'язку із розвитком медикаментозно-індукованого остеопорозу, множинних компресійних переломів хребта. У 2022 р. захворювання ускладнилось асептичним некрозом човноподібної кістки правої стопи. У рамках клінічного дослідження протягом 2020-2023 рр. пацієнтка приймала таргетну терапію остеопорозу (деносумаб) у рамках клінічного дослідження. У зв'язку із клініко-лабораторною ремісією у другій половині 2023 р. метотрексат пацієнтці було відмінено. Дівчинка почуває себе задовільно, перебуває під динамічним спостереженням ревматолога ОДКЛ.

Висновки. Враховуючи нинішні можливості діагностики та лікування, прогноз ЮДМ суттєво покращився. Важливим є суттєве покращання прогнозу перебігу ЮДМ в останні роки, що призводитиме до збільшення частки хворих на дерматоміозит з початком у дитинстві серед усіх запальних міопатій.

Це обґрунтовує потребу у подальших дослідженнях хворих із ЮДМ для покращення рівня надання медичної допомоги та вивчення віддалених наслідків хвороби, оскільки дана патологія і методи її лікування ще не є в повній мірі вивченими.

## ОЦІНКА СТАНУ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАСТІЙНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

*Регада О., Маслій Т., Микитченко О., Олексенко Т., Гребенюк Є.*

Науковий керівник: доцент Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Незважаючи на новітні досягнення в діагностиці та лікуванні захворювань серця в останні роки, проблема лікування серцевої недостатності (СН) продовжує залишатися актуальною. Потреба в постійному лікуванні, часті госпіталізації, втрата працездатності значно впливають на якість життя пацієнтів, обов'язковими складовими якої є фізичне та психологічне здоров'я.

Мета. Оцінити стан здоров'я та психологічний стан пацієнтів із застійною серцевою недостатністю.

Методи дослідження. У дослідження включено 19 хворих із СН III-IV функціонального класу (ФК) за класифікацією Нью-йоркської Асоціації серця (НУНА). Серед обстежених було 10 (52,63%) чоловіків

та 9 (47,37%) жінок, середній вік пацієнтів склав  $73,1 \pm 3,2$  роки. У 11 (57,89%) пацієнтів діагностовано ІІІ ФК СН за NYHA, у 8 (42,11%) пацієнтів – ІV ФК СН за NYHA, тривалість СН склала  $4,2 \pm 1,4$  роки. Всім пацієнтам проводилась оцінка загального стану здоров'я за допомогою опитувальника EQ-5D-5L, суб'єктивна оцінка стану здоров'я «сьогодні» за візуальною аналоговою шкалою EQ-VAS та оцінка психологічного стану за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS).

Основні результати. Суб'єктивна оцінка стану здоров'я «сьогодні» у пацієнтів із СН склала  $46,5 \pm 10,8$  балів: у пацієнтів із СН ФК ІІІ  $53,75 \pm 8,4$  бали та у пацієнтів із СН ФК ІV  $41,67 \pm 6,9$  бали, ( $p > 0,05$ ). Всі пацієнти відмічали погіршення рухливості та проблеми в догляді за собою в діапазоні від незначних до серйозних. Утруднення при звичайній повсякденній діяльності було більш виражене у пацієнтів з СН ФК ІV: 3 (37,5%) пацієнти відмічали помірні труднощі, 3 (37,5%) пацієнти – серйозні труднощі, в той час групі пацієнтів з СН ФК ІІІ помірні труднощі відмічали 2 (18,18%) пацієнта, серйозні – 3 (27,27%). Більшість пацієнтів із СН ФК ІV відмічали більш інтенсивний біль та дискомфорт: 4 (50%) пацієнти відмічали больові відчуття помірної інтенсивності та 3 (37,5%) пацієнти сильної інтенсивності. У той же час 7 (63,63%) пацієнтів з СН ІІІ ФК відмічали помірний біль 3 (27,27%) пацієнти незначний біль. Пацієнти обох груп переважно відмічали незначну та помірну тривогу чи депресію.

За шкалою HADS виявлено рівень тривоги у пацієнтів із СН склав  $10,9 \pm 2,3$  бали, рівень депресії – становив  $12,7 \pm 3,2$  бали, ( $p > 0,05$ ). Достовірної різниці між групами не виявлено.

Висновки. Таким чином, достовірних відмінностей у суб'єктивній оцінці стану здоров'я та психологічному стані пацієнтів із СН ІІІ та ІV ФК СН за NYHA не виявлено, але пацієнти із СН ІV ФК СН частіше відмічали помірні та серйозні труднощі при звичайній повсякденній діяльності, біль та дискомфорт помірної та сильної інтенсивності в порівнянні з пацієнтами з СН ІІІ ФК.



## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АУТОСОМНО-РЕЦЕСИВНОЇ СПІНО-ЦЕРЕБЕЛЯРНОЇ АТАКСІЇ-16 (SCAR 16)

*Руденко С., Кіча В., Корнійчук І., Кривич Д., Цокало К., Литвиненко Л.*

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

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Спіноцеребелярні атаксії – це група прогресуючих нейродегенеративних спадкових патологій, які характеризуються прогресуючим ураженням мозочка. У своїй практиці лікарі-неврологи частіше зустрічаються з атаксією Фрідрейха. Але в даному дослідженні увага буде зосереджена на аутосомно-рецесивній спіно-мозочковій атаксії-16 (SCAR16), яка є рідкісним захворюванням, яке зустрічається з частотою 1-5 випадків на 100 000 населення в світі. Пацієнт з даною патологією був обстежений на кафедрі нервових хвороб ПДМУ.

Мета. Розширення знань про клінічні варіанти спіноцеребелярних атаксій, а зокрема аутосомно-рецесивну спіно-мозочкову атаксію-16 (SCAR16), з метою своєчасної діагностики захворювання, оптимізації стратегії лікування для покращення якості життя пацієнтів.

Методи дослідження. Клініко-неврологічний, клініко-психопатологічний, параклінічні методи дослідження, генетичне дослідження.

Пацієнт О., 46 р., працює помічником електрика, звернувся зі скаргами на зміну моторики та зв'язаності мови, порушення ходи та координації рухів, прогресуюче зниження пам'яті. Перші ознаки захворювання з'явилися близько 15 років тому: змінився почерк, поступово приєдналися рухові та мовні розлади, порушення координації. Спадковий анамнез обтяжений, молодший брат пацієнта є інвалідом дитинства, страждає на розумову відсталість, генетичне обстеження не проводилось. Неврологічний статус: гіпотрофік, виражений кіфоз грудного відділу хребта, м'язова гіпотонія, високі колінні рефлекси з розширеною рефлексогенною зоною, мозочкова атаксія, більше виражена в ногах, скандована мова. Результати клініко-психопатологічного дослідження свідчать про наявність легкого когнітивного дефіциту (за шкалою MMSE – 27б.). МРТ головного мозку: МР-ознаки вираженої церебральної атрофії з переважанням церебелярної, виражені атрофічні зміни мозочку зі зменшенням в його об'ємі. Попередній діагноз – атаксія Фрідрейха був спростований після отримання результатів генетичного дослідження: ідентифікований імовірно патогенетичний варіант в гені STUB1, асоційований з аутосомно-рецесивною спіноцеребелярною атаксією 16 (SCAR16).

Не дивлячись на симптоматичну подібність серед спіноцеребелярних атаксій, їх клініко-генетичні варіанти необхідно ідентифікувати з метою формування клініко-терапевтичних та реабілітаційних стратегій, інформування пацієнтів та членів їхніх родин відносно прогнозу захворювання, залучення необхідних спеціалістів до надання медичної допомоги.

## ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ ІНВАГІНАЦІЇ У ДІТЕЙ

*Савченко Ю.*

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Незважаючи на пріоритетність та високу ефективність консервативного методу розправлення інвагінації кишечника у дітей, у 30-40% хворих доводиться вдаватися до оперативного лікування.

Мета. Визначення частоти, причин та результатів оперативного лікування гострої кишкової інвагінації у дітей.

Методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 47 випадків гострої кишкової інвагінації за період з 2013 по 2023 рік. Вік хворих від 6 місяців до 16 років, з них віком до 1 року – 25 дітей, старше 1 року – 22. Розподіл за статтю: хлопчиків – 32, дівчаток – 15.

Основні результати. Консервативне розправлення інвагінації з контролем за М. І. Гриценком виконано 42 дітям та було ефективне в 33 (78,5%) випадках. Причинами відмови від спроби консервативної інвагінації були ознаки перитоніту та нетиповість клініки інвагінації у дітей старшого віку. Тривалість захворювання не була абсолютним показанням до оперативного втручання.

Оперативне лікування виконане в 14 випадках (29,8%). За характером оперативні втручання розподілилися наступним чином: констатація дезінвагінації – 3 дитини (21,4 %), оперативна дезінвагінація – 5 (35,7%), дезінвагінація з видаленням дивертикула Меккеля – 2 (14,3%), дезінвагінація з видаленням пухлини тонкої кишки – 1 (7,14%), резекція кишки з приводу некрозу інвагінату – 2 (14,3%). У 1 випадку була виконана лапароскопічна дезінвагінація (7,14%).

Анатомічні причини інвагінації (дивертикул Меккеля, лейоміома тонкої кишки) виявлено у 3 оперованих дітей (21,4 %). З рецидивом інвагінації оперований один хворий, виконано оперативну дезінвагінацію.

З дітей віком старше 1 року оперовано 6 дітей (42,8 %), анатомічні причини інвагінації виявлено в двох випадках у дітей віком 9 та 16 років. Усі діти виписані з одужанням.

Висновок. Давність захворювання, вік дитини та наявність рецидиву не є абсолютними критеріями при виборі лікувальної тактики у дітей з гострою кишковою інвагінацією. Абсолютним показанням до оперативного втручання при кишковій інвагінації є ознаки перитоніту. Результати оперативного лікування інвагінації кишечника у дітей свідчать про доцільність розширення показань до консервативної дезінвагінації.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА НИРКАХ

*Сень Д.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Однею з основних проблем з якою стикаються анестезіологи-реаніматологи є інтенсивний післяопераційний біль. Він підвищує ризик післяопераційних ускладнень та вартість хірургічного лікування коштом подовження періоду перебування у лікарні. У таких випадках потрібен комплексний та диференційований підхід до лікування, враховуючи особливості хірургічних втручань.

Мета: визначити оптимальну схему післяопераційного знеболення хворих після ендоскопічних операцій на нирках.

Матеріали та методи. У дослідженні прийали участь 147 хворих віком від 22 до 64 років з фізіологічним статусом за ASA I-II. На базі КНП «Чутівська ЦЛ» пацієнтами, які брали участь в дослідженні в умовах операційної виконане лапароскопічне видалення ниркових каменів під загальною анестезією. Перед початком оперативного втручання хворі отримували внутрішньовенно розчин кетопрофену 100 мг та розчин парацетамолу 1 г. Преоксигенацію проводили апаратом ШВЛ «Бриз» протягом 3 хв 100% киснем 6-8 л/хв. Для індукції наркозу використовували пропофол 1% 2,5 мг/кг та фентаніл 0,005% 50 мкг внутрішньовенно. Релаксація досягалася розчином дитиліну 1,5 мг/кг та атракуріумом 0,6 мг/кг кожні 25 хв внутрішньовенно. ШВЛ проводилася апаратом «Бриз» з параметрами: режим – VCV, об'єм дихання – 6,5-7 л/хв, частота дихання 12-16/хв, дихальний об'єм 430-

510 мл. Інтраопераційне анестезіологічне забезпечення проводилося пропофолом 1% у дозі 1,5 мг/кг маси тіла та постійною інфузією розчину фентанілу 0,005% з розрахунку 2 мкг/кг/год. У післяопераційному періоді хворі були поділені на дві групи. У I групі (71 пацієнт) для знеболення використовувався промедол 20 мг в/м кожні 4 години в першу добу після операції з подальшим збільшенням інтервалу між введеннями до 6 годин на другу і 8 год на третю добу, пацієнтам II групи (76 пацієнтів) призначався кетопрофен в/в у дозі 300 мг/добу в три прийоми та ентеральні форми парацетамолу в дозі 500 мг кожні 8 год.

Рівень післяопераційного болю оцінювався за цифровою шкалою оцінки болю, де 0 балів – болю немає, 1-2 бали – слабкий біль, 3-4 бали – помірний біль, 5-6 балів – біль сильний, 7-8 – дуже сильний біль.

Результати дослідження: 30 пацієнтів (42,25 %) пацієнти I групи через 4 год після операції відчували біль на 5-6 балів, а 41 хворий (57,7%) на 3-4 бали. Через 8 год після операції з I групи 24 хворих (33,8%) відчували біль на 5-6 балів, а 47 (66,2%) на 3-4 бали. Через 16 годин 20 (28,2%) відчували біль на 5-6 балів, 30 хворих (42,2%) – на 3-4 бали і 21 хворий (29,5%) – на 1-2 бали. Через 24 години 12 хворих (16,9%) оцінювали біль на 5-6 балів, 22 пацієнти (30,9 %) – на 3-4 бали і 37 хворих (52,1%) – на 1-2 бали. З II групи у перші 4 години після операції 54 пацієнти (71,05%) оцінювали біль на 5-6 балів, а 22 (28,9%) оцінювали біль на 3-4 бали. Через 8 годин 48 пацієнтів (63,1%) відчували біль на 5-6 балів, а 28 (36,8%) – на 3-4 бали. Через 16 годин 46 (60,5%) – на 5-6 балів, а 30 (39,5%) – на 3-4 бали. А через 24 години 40 пацієнтів (52,6%) оцінювало біль на 5-6 балів, 21 (27,6%) – на 3-4 бали, 15 (19,7%) – на 1-2 бали.

Висновок. Враховуючи результати проведеного дослідження, можна наголосити на тому, що використання наркотичних опіоїдних анальгетиків більш доцільне у післяопераційному періоді у хворих, які перенесли ендоскопічні операції на нирках, ніж комбінація кетопрофену з парацетамолом. Це може стати першим кроком до розвінчання міфу про адекватність безопіоїдної анестезії та післяопераційної анальгезії.

## ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АНОРЕКТАЛЬНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ

*Сидоров П.*

Науковий керівник: професор Ксьонз І.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Аноректальні аномалії у дітей – одна з найчисленніших груп колопроктологічної патології, що складає до 85% від усіх захворювань аноректальної ділянки у дітей та зустрічається з частотою 1 на 4000-5000, переважно у хлопчиків.

Мета. Аналіз досвіду лікування дітей з аноректальними вадами розвитку.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 18 дітей (12 (66,6%) хлопчиків та 6 (33,4%) дівчаток) з аноректальними вадами розвитку за період з 2013 по 2023 рік.

Результати. Переважали норицеві форми у 12 (66,6%) хворих (ректопромежина нориця – 2 (11,1%), ректовезикальні та ректоуретральні нориці виявлено у 7 (38,9%) хлопчиків, ректовестибулярна нориця – у 2 (11,1%) і ректовагінальна нориця у 1 (5,5%) дівчаток). У структурі поєднаних вад розвитку провідне місце займали вади сечостатевої системи – 9 (50%), вади розвитку шлунково-кишкового тракту – 4 (22,2%) та вроджені вади серця 3 (16,7%), аномалії розвитку скелета у – 3 (17%) дітей. У двох дітей аноректальні вади розвитку були складовою VACTER асоціації, що поєднувала ваде хребта, атрезію стравоходу з трахеостравохідною норицею, ваду серця та атрезію прямої кишки.

У 16 хворих (89%) виконана подвійна роздільна колостома. У дитини з супутнім виразково-некротичним ентероколітом, що ускладнився під печінковим абсцесом, виконано подвійну ілеостому. При виконанні радикального етапу оперативного втручання використані наступні види проктопластики: промежина – 7 (38,9%), відкрита черевно-промежина – 4 (22,2%) і передньосагітальна – 5 (27,8%). З 2023 р. у клініці впроваджується первинна проктопластика без попереднього накладання колостоми. Померла 1 дитина, летальність складала 5,5%.

У результаті проведеного лікування у всіх дітей були самостійні випороження. Найбільш часто пацієнти скаржилися на каломазання 8 (44,4%) дітей; періодичні закрепи відмічали 10 (55,6%) пацієнтів, у 6 (33,3%) труднощі при акті дефекації; зниження позиву на дефекацію у 1 (5,6%) дитини. Всім дітям проводилося планове обстеження та курси реабілітаційної терапії направленої на відновлення нервово-м'язової

провідності сфінктерного апарату прямої кишки та м'язів тазового дна.

Висновки. Всі діти з аноректальними вадами розвитку підлягають оперативній корекції з вибором оптимальних термінів та способів хірургічного лікування та подальшої комплексної реабілітаційної терапії для досягнення повноцінного стійкого функціонального результату.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АРГОНОПЛАЗМОВОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЇ

*Сидоренко А.*

Науковий керівник: асистент Іващенко Д.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Конкременти жовчних проток є однією з розповсюджених і важливих хвороб сьогодення. На цю проблему страждає 10-25%, а з них на холедохолітіаз – 20-30%, з великою ймовірністю розвитку за життя таких грізних ускладнень, як механічна жовтяниця та холангіт (65-88%), чи гострий панкреатит (16-21%). Важливим методом лікування холедохолітіазу є ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Мета. Оцінити вплив інтраопераційного аргоноплазмового гемостазу на післяопераційний перебіг у пацієнтів після ендоскопічної папілосфінктеротомії.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 10 пацієнтів з синдромом механічної жовтяниці, зумовленої холедохолітіазом, у яких була в якості лікування виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія з екстракцією конкрементів, і в інтраопераційному періоді визначалася кровотеча з зони сосочка дванадцятипалої кишки. Пацієнти були поділені на дві групи по 5 пацієнтів. У I групі для зупинки кровотечі зони папілотомії виконували промивання охолодженим розчином амінокапронової кислоти, у II групі виконували аргоноплазмову коагуляцію до досягнення гемостазу. У обох групах в кінці операції для дренажу встановлювали стент для профілактики набряку зони операції, стриктур в п/о періоді та адекватного відтоку жовчі. Стент видаляли через 1 місяць. Після операції на 1-у та 2-у добу виконували контрольні гастродуоденоскопії для визначення гемостазу. При відсутності ознак кровотечі пацієнти виписувалися на амбулаторне лікування і в термін 1 місяць планувався візит для вилучення стенту та оцінки зони

сосочка дванадцятипалої кишки. Усі пацієнти отримували однакове консервативне лікування, що включало в себе пероральні інгібітори протонної помпи, інгібітори фібринолізу та гіпоталамічні гормони.

Результати. У І групі до кінця операції гемостаз визначався у 3-х (60%) пацієнтів, у 2-х (40%) зберігалось легке підтікання крові. У пацієнтів ІІ групи на момент кінця операції – гемостаз був досягнутий у 100% випадків. На 1-у добу після операції в І групі у 3-х пацієнтів (60%) спостерігалось незначне виділення крові з зони папіли, у ІІ групі даних за кровотечу не було. На 2-у добу – у всіх пацієнтів був стійкий гемостаз. Відзначимо, що на даній виборці ми не мали серйозних геморагічних ускладнень, які описані в літературі. При контролі через 1 місяць – пацієнти обох груп мали задовільну прохідність жовчних шляхів, без рубцевих змін в зоні оперативного втручання.

Висновки. Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що використання аргоноплазмової коагуляції для виконання гемостазу при виконанні ендоскопічної папілосфінктеротомії є безпечним методом з високою ефективністю, що дозволяє скоротити післяопераційне лікування та нагляд пацієнта, знизити ризики ускладнень.

## КІНЦІВКОВО-ПОЯСНА М'ЯЗОВА ДИСТРОФІЯ ТИПУ ЛЕЙДЕНА-МЕБІУСА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Сингаївський А.*

Науковий керівник: доцент Пурденко Т.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Кальпаїнопатії займають близько 30% клінічних випадків кінцівково-поясних м'язових дистрофій (КПМД). КПМД – це група рідкісних генетичних захворювань незапального генезу, в основі яких лежить первинний дефіцит м'язових волокон внаслідок їх атрофії. КПМД клінічно проявляється прогресуючою м'язовою слабкістю, атрофією м'язів і руховими порушеннями, з дебютом – від раннього дитячого віку до дорослого, різною варіативністю перебігу.

Мета. Ознайомитися з особливостями клінічного перебігу кінцівково-поясної м'язової дистрофії типу Лейдена-Мебіуса.

Методи дослідження. Неврологічне та клініко-параклінічне обстеження, зокрема нейровізуалізаційне та нейрофізіологічне.

Пацієнт А., 29 років, знаходився на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня

ім. М.В. Скліфосовського ПОР» влітку 2023 року. Був госпіталізований зі скаргами на слабкість у кінцівках, особливо в ногах, схуднення м'язів плечей, сідниць і стегон, збільшення в об'ємі гомілок, виражене порушення ходьби. З анамнезу відомо, що хворіє близько 5-ти років, коли почав відмічати слабкість у проксимальних м'язах ніг, яка поступово наростала. Останні 2 роки має прогресуючу зміну ходьби. За медичною допомогою звернувся вперше.

У неврологічному статусі: зниження м'язового тонусу в проксимальних відділах кінцівок, переважно в ногах. Проба Барре «+» нижня. Сила в проксимальних відділах верхніх кінцівок, знижена до 4,0 балів. Сила в проксимальних відділах нижніх кінцівок, знижена до 3,0 балів. М'язова гіпотрофія лопаткових м'язів, більше справа, з формуванням «крилоподібних лопаток». Також відмічається м'язова гіпотрофія проксимальних м'язів кінцівок із переважним ураженням біцепсів плечей, сіднично-стегнових м'язів, більше справа. Псевдогіпертрофія литкових м'язів Хода змінена, утруднена, «качина». Позитивний симптом Говерса. Сколіотичні явища хребта, гіперлордоз поперекового відділу хребта.

Додаткові лабораторні методи обстеження: загальний аналіз крові та сечі, глюкоза крові, показники коагулограми, рівень гормонів щитоподібної залози, тропонін Т, Д-димер у межах норми. У біохімічному аналізі крові – значне підвищення креатинфосфокінази. Електроміографія верхніх та нижніх кінцівок: отримані дані вказують на первинно-м'язовий характер ураження м'язів тазового та плечового поясу.

Враховуючи скарги, дані анамнезу, неврологічного та клініко-параклінічних досліджень встановлено діагноз: кінцівково-поясна м'язова дистрофія, тип 2А (кальпаїнопатія) з периферичним проксимальним тетрапарезом (легким у руках, помірним у ногах), міопатичним синдромом, помірним порушенням функції ходьби.

За час перебування в неврологічному відділенні пацієнт консультований у медико-генетичному центрі, де підтверджено діагноз – кінцівково-поясна м'язова дистрофія, тип 2А (кальпаїнопатія), клінічна форма – Лейдена-Мебіуса.

Висновки. На сьогодні не існує специфічного лікування кальпаїнопатії, тому терапія має симптоматичний характер, направлена на нормалізацію загального стану пацієнта, відновлення втрачених функцій та ймовірно сповільнення швидкості прогресування. А динамічне спостереження за пацієнтом і вчасний менеджмент симптомів поліпшує можливість продовження тривалості життя та покращення його якості.



## СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ НІЧНОЇ ГЕМОГЛОБІНУРІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Стаднік Є.*

Наукові керівники: доцент Маслова Г., асистент Лиманець Т.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пароксизмальна нічна гемоглобінурія (ПНГ) належить до набутих гемолітичних анемій, зумовлена дефіцитом якірного білка. глікозилфосфатидилінозитолу. Основною проблемою постановки діагнозу ПНГ є відсутність типової клінічної симптоматики. Остаточну роль у постановці діагнозу відіграє високоточна проточна цитометрія.

Мета. Продемонструвати роль проточної цитометрії високої точності у постановці діагнозу ПНГ.

Методи дослідження. Проаналізовані загальний та біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, пряма проба Кумбса, міелограма, трепанобіоптат із імуногістохімічним та патогістологічним дослідженням у пацієнта з підозрою на ПНГ.

Основні результати. Пацієнт Д., 42 роки, захворів у липні 2023 р., коли з'явились скарги на періодичне почервоніння сечі вранці, пожовтіння шкіри, головокружіння, виражену загальну слабкість. Звернувся до сімейного лікаря, у гемограмі виявлена анемія (еритроцити –  $1,74 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 59 г/л, лейкоцити –  $2,24 \times 10^9/л$ , тромбоцити –  $106 \times 10^9/л$ ), у біохімічному аналізі крові діагностовано гіпербілірубінемію. Пряма проба Кумбса була негативною.

У вересні 2023 року лікувався стаціонарно у КНМП «Кременчуцька міська лікарня панового лікування» із діагнозом: Анемія, неуточнена, важкого ступеня (можливо гемолітична).

Пацієнт був направлений у КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». За рекомендацією гематолога пацієнту виконана стерильна пункція. У міелограмі від 01.02.2024 р. кістковий мозок (КМ) гіперклітинний, червоний паросток переважно за мегалобластним типом. Призначено і виконано трепанобіопсію. За даними трепанобіопсії КМ та імуногістохімічного дослідження біоптату від 15.02.2024 р. КМ гіперклітинний з ознаками гіперплазії еритроїдного ряду, типових змін, характерних для мієлопроліферативних захворювань або мієлодиспластичного синдрому не виявлено. У гемограмі – анемія (еритроцити –  $2,09 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін – 75 г/л), тромбоцити –  $148 \times 10^9/л$ , лейкоцити –  $4,04 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 61 мм/год, в біохімічному аналізі крові – ЛДГ 5379,1 Од/л, білірубін загальний –

52,8 мкмоль/л, прямий – 10,1, непрямий – 42,9 мкмоль/л.

Діагноз ПНГ пацієнту встановлено на підставі імуноцитологічного дослідження крові від 13.03.2024 року – ПНГ-клон виявлений серед еритроцитів (27,38%), моноцитів (97,32%) та нейтрофілів (99,91%).

Висновок. Проведення проточної цитометрії високої точності є обов'язковим методом постановки діагнозу ПНГ.

## ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

*Стрільчук В.*

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вплив надмірної ваги на перебіг гострого апендициту (ГА) у дітей є маловивченим питанням. Передбачається, що надмірна вага впливає на клінічну картину, діагностику, хірургічне втручання та перебіг післяопераційного періоду у дітей з ГА.

Мета. Визначення особливостей діагностики ГА у дітей з надмірною вагою та ожирінням.

Методи дослідження. Проаналізовано результати діагностики та лікування ГА у 25 дітей (17 хлопчиків та 8 дівчаток) віком від 8 до 14 років 22 з яких мали надмірну вагу та 3 – ожиріння. Оцінка антропометричних даних проведена згідно з нормативами показників фізичного розвитку (ріст, маса тіла) для дітей різного віку і статі. Статура дитини оцінювалася за визначенням індексу маси тіла в кг/м. Для інтегральної оцінки клінічних і лабораторних даних пацієнтів використовували шкалу Alvarado та шкалу PAS (Paediatric Appendicitis Score).

Основні результати. Згідно з рекомендованими критеріями, результати шкали PAS були поділені на категорії: 0-3 бали – низький ризик ГА; 4-6 балів – ГА можливий; 7-10 балів – високий ризик ГА.

Результати діагностики ГА у дітей з надмірною вагою за шкалою PAS: 4-6 балів – 16 дітей (64%), 7-10 балів – 9 дітей (34%).

Результати шкали Alvarado були поділені на категорії: < 5 балів – ГА малоймовірний, 5-6 балів – ГА можливий, 7-8 балів – ГА імовірний апендицит, 9-10 балів – ГА найбільш вірогідний.

Результати діагностики ГА у дітей з надмірною вагою за шкалою Alvarado: < 5 балів – 3 дитини (12%), 5-6 балів – 14 (56%), 7-8 балів –

5 (20%), 9-10 балів – 3 (12%).

Таким чином ГА був достовірно діагностований за шкалою PAS у 34% дітей та за шкалою Alvarado у 32%. Надмірний розвиток підшкірної жирової клітковини затримує маніфестацію клінічних проявів ГА у дітей з надмірною вагою, що відповідно призводить до затримки у встановленні діагнозу та виконанні оперативного втручання.

**Висновок.** Діти з надмірною вагою та ожирінням мають підвищений ризик затримки діагностики ГА, що вимагає удосконалення діагностичних методів у цієї категорії хворих.

## КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ *Суський С.*

Науковий керівник: професор Ксьонз І.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Атрезія стравоходу є одним із найбільш значущих вроджених захворювань у дитячій хірургії, що потребує термінового хірургічного лікування для досягнення оптимального результату, оскільки його результати в основному залежать від операції.

**Мета.** Аналіз досвіду лікування атрезії стравоходу у дітей.

**Методи дослідження.** Проаналізовано результати лікування атрезії стравоходу у новонароджених (21 хлопчик, 7 дівчаток) за період з 2013 по 2023 рр.

**Результати дослідження.** Найпоширенішим типом атрезії стравоходу за Gross був тип С атрезії стравоходу з дистальною трахеостравохідною норицею (25 пацієнтів, 89,2%), типи А (безнорична форма) визначено удвох пацієнтів (7,1%), тип D атрезії стравоходу з проксимальною та дистальною норицею у 1 пацієнта (3,5%). У двох дітей атрезія стравоходу була складовою VACTER асоціації, що поєднувала вроджену ваду серця, хребта та аноректальну аномалію.

У більшості пацієнтів з атрезією стравоходу типу С була виконана первинна пластика стравоходу, але 7 дітей перенесли поетапні операції внаслідок важких поєднаних аномалій та атрезій, що характеризувалися значним діастазом між сегментами стравоходу. Двом пацієнтам при атрезії з значним діастазом, під час першої операції виконано перев'язку нориці, гастростомію та шийну езофагостомію. З 2022 року у двох випадках, коли діастаз між сегментами стравоходу перевищував 4 см та створення первинного анастомозу було визнано неможливим,

була впроваджена процедура Фокера, яка була направлена на стимуляцію росту сегментів та дозволила виконати первинний анастомоз в термін 55-60 днів після первинного оперативного втручання.

У 22 пацієнтів (78,5%) виникли післяопераційні ускладнення. Неспроможність анастомозу стравоходу після первинної пластики виникла у 6 (21,4%) пацієнтів. Випадки неспроможності анастомозу демонструють еволюцію хірургічної тактики від гастростомії та антирефлюксних оперативних втручань до реторакотомії з корекцією ускладнень. Найпоширенішим ускладненням у віддаленому післяопераційному періоді були стриктури стравоходу (15 дітей 53,5%), які в основному лікували за допомогою бужування стравоходу.

Померло 6 дітей, летальність склала 21,4%.

Висновок. Рання діагностика, удосконалена хірургічна техніка, анестезія та вентиляційна підтримка, прогнозування ускладнень, наявність супутніх аномалій є факторами, що впливають на результати лікування атрезії стравоходу.

## МЕТОДИКА КОМБІНОВАНОГО ЗАГАЛЬНОГО ТА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РІЗНОБАРВНОГО ЛИШАЮ

*Таран К., Юзленко Ю., Неділько А.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Висівкоподібний (різнобарвний) лишай, пітіріаз – це одне з найбільш поширених дерматологічних захворювань, що викликається дріжджоподібним грибом роду *Malassezia furfur*. На шкірі цей дерматоз викликає появу кольорового плямистого висипу, що впливає на якість життя пацієнтів. Важливо зазначити, що існуючі ефективні методи лікування досить не вирішують усі аспекти цієї проблеми.

Мета дослідження: оцінити терапевтичну ефективність методики комбінованого загального та місцевого лікування різнобарвного лишая.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні було залучено 24 пацієнта, які були хворі на різнокольоровий лишай, що приймали таблетований ітраконазол, причому I підгрупа, що складалася з 12 осіб, отримувала його за схемою 200 мг на добу всередину протягом 7 днів (по 1 капсулі вранці і ввечері під час їжі), а друга – 12 осіб – за схемою 100 мг на добу всередину протягом 15 днів, окрім

цього всі хворі отримували місцеве лікування кремом/розчином 1% клотримазолу 2 рази на добу широко на зони уражень. Курс місцевої терапії склав 21 день. Суб'єктивно переносимість всіх використовуваних схем лікування оцінювалася хворими як хороша, у тому числі не було зареєстровано побічних ефектів при прийомі ітраконазолу.

Дослідження показало, що в порівнянні двох схем застосування системного ітраконазолу, деяку перевагу слід віддавати використанню другої схеми: 100 мг на добу внутрішньо протягом 15 днів, як більш патогномонічно правильній, хоча при опитуванні хворих 9 (75%) осіб віддають перевагу схемі 200 мг на добу всередину протягом 7 днів, як більш зручній.

Таким чином, методики комбінованого загального та місцевого лікування різнобарвного лишая повинні зайняти гідне місце в арсеналі дерматологів і мікологів, як спосіб зручного для пацієнтів та ефективного лікування з хорошою профілактичною післядією.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ КОРОСТИ ПРЕПАРАТОМ З КОМБІНАЦІЄЮ ПЕРМЕТРИНУ ТА БЕНЗИЛБЕНЗОАТУ

*Тарасенко В.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедри шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Короста – це паразитарне інвазивне захворювання шкіри, викликається мікроскопічними кліщами роду *Sarcoptes scabiei var hominis*, що проникають в шкіру, формуючи в ній повний життєвий цикл, відкладаючи яйця та викликаючи сильний свербіж та висип. Короста є одним із найпоширеніших захворювань шкіри (за найскромнішими оцінками 190 мільйонів людей в світі заражені скабієсом в будь-який момент часу); діти значно частіше хворіють на коросту, ніж дорослі (близько 25-45% дітей в районах з обмеженими ресурсами заражені коростою).

Мета. Оцінка ефективності та безпечності місцевого застосування комбінованого препарату, що містить перметрину 40 мг/г, бензилбензоату 250 мг/г в лікуванні корости різних форм в рамках комплексного підходу.

Контрольна група була створена із 78 самозвернених пацієнтів, дослідницька діяльність проводилась на базі КП «Полтавський обласний

клінічний шкірно-венерологічний диспансер ПОР» (серед яких 48 чоловіки та 30 жінки) віком від п'яти до дев'яносто одного року. У 100% контрольної групи було діагностовано коростяний акариаз методом зішкрібу та послідуною мікроскопії. Розповсюдженість та ефективність лікування оцінювалась відповідно настанови 00269 «Короста» (06.09.2017). Спостереження та відповідно, оцінка результатів лікування проводилась протягом двох тижнів (на 3-, 7-, 10- та 14-ий дні). Деяким хворим (переважно дітям), додатково до загальної терапії додавались антибіотики (оскільки в місцях численних розчухів спостерігалось приєднання стафілококової інфекції), місцево було застосовано препарат з комбінацією перметрину та бензилбензоату. Основна перевага досліджуваного препарату полягає в комбінації двох високоєфективних діючих речовин, що в свою чергу дозволяє ерадикувати інвазію за значно менший час порівняно з моноаналогами.

Результати застосування. Близько 80% пацієнтів відмітили зменшення лущення та свербіжу (особливо в нічний час). Більшість відмітили покращення сну. По закінченню 10-ти днів від початку застосування препарату можна відмітити зникнення більшості елементів висипу та значне сповільнення процесу інвазії. По закінченню лікування відмічається повний регрес висипу. Не відмічалось жодного випадку побічних дій.

Висновки. Застосування досліджуваного лікувального засобу є високоєфективним, має значну місцеву активність та високу безпеку при лікуванні коростяної інвазії.

## ПАТОЛОГІЯ ПРОВІДНОЇ СИСТЕМИ СЕРЦЯ ПРИ АНКЛІОЗИВНОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ

*Тарасенко Т., Климко Т., Мамедова А., Сауцька А., Гавриловська Д.*

Науковий керівник: доцент Волченко Г.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Блокади різного ступеня на ЕКГ є поширеним явищем при серонегативних спондилоартропатіях, та особливо притаманні пацієнтам з анкілозивним спондилоартритом (АС). Навіть відносно легкі порушення провідності можуть мати негативні гемодинамічні наслідки, також існує ризик фібриляції передсердь у пацієнтів з АВ-блокадою I ступеня, опосередковано впливати на перебіг захворювання та значно обмежувати можливості фармакотерапії.

Метою нашого дослідження було перевірити гіпотезу про наявність

прямого зв'язку між ступенем активності АС і частотою та виразністю патології провідної системи серця.

Нами обстежено 59 осіб з АС тривалістю не менше 5 років, із збереженим синусовим ритмом та за відсутності прийому засобів із можливістю потенційного негативного впливу на провідність. Під час візиту окрім фізикального обстеження виконувалась ЕКГ, тест на HLA-B27 антиген, ШОЕ, рівень С-реактивного протеїну, клінічні інструменти визначення активності Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI), Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) та Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). Стандартне 12-канальне ЕКГ у стані спокою записували зі швидкістю руху паперу 50 мм/с, виконували забір крові, фізикальне обстеженням та заповнення опитувальників. Переважно використовували стандартні критерії, що застосовуються в клінічній практиці: АВ-блокаду I ступеня діагностували за наявності інтервалу PQ $\geq$ 220 мс і широкого комплексу QRS, коли його тривалість становила  $\geq$ 120 мс.

Порушення серцевої провідності були поширеними і діагностувалися у 30% пацієнтів. Вони склалися переважно з АВ-блокади I ступеня та подовженої тривалості QRS, але три пацієнти були із кардіостимулятором, а ще 11 мали повну блокаду ніжок пучка Гіса. Порушення провідності були пов'язані переважно з віком, чоловічою статтю та масою тіла, але не з лабораторними показниками системного запалення чи індексами активності АС за результатами анкетування. Вони також не були пов'язані з HLA-B27 позитивністю, який був виявлений у 84% всіх пацієнтів.

Таким чином, порушення серцевої провідності є поширеним явищем при АС, але цей ЕКГ-феномен не був пов'язаний із лабораторними та клінічними маркерами активності захворювання або наявністю позитивності по HLA-B27. Оскільки ураження серця є поширеним явищем при АС та інших спондилоартропатіях, ЕКГ та добуве ЕКГ-моніторування бажано проводити в рамках рутинного обстеження таких пацієнтів, особливо коли пацієнт скаржить на неспецифічні симптоми, такі як втома, задишка та зниження фізичної працездатності, які можуть бути пов'язані з порушеннями серцевої провідності та аритміями.

## КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАІВ ПРИ АКУБАРОТРАВМІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Тарасюк О.*

Науковий керівник: професор Винник М.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. За час повномасштабних військових дій на території України значно зросла частка громадян, що отримували бойові поранення, зокрема акубаротравми. За останніми даними акубаротравма в умовах збройного конфлікту на сході України складала 6,6%-7,1% в загальній структурі бойових санітарних втрат (посилання).

Вважається, що даний вид пошкодження виникає внаслідок комбінованої дії звуку та тиску високої інтенсивності, що призводить до ураження численних анатомічних структур, що знаходяться у фізіологічних порожнинах організму, перш за все – головного мозку (бульбарні структури, базальні ядра тощо) та компоненти слухового аналізатора. У контексті механізмів формування психопатології, акубаротравму слід розглядати, як комбінацію впливу механічного пошкодження головного мозку вибуховою хвилею та дію надмірного стресового фактора, що в більшості випадків призводить до формування психогенних розладів.

Мета. Дослідити клініку пацієнтів з перенесеною акубаротравмою, що перебували на стаціонарному лікуванні в КНП «Прикарпатський обласний клінічний центр психічного здоров'я Івано-Франківської обласної ради» (КНП «ПОКЦПЗ ІФ ОР»), звернувши особливу увагу на динаміку функціонування деяких психічних сфер у різних періодах хвороби. Оцінити найчастіші варіанти та особливості перебігу даної патології на різних етапах травми, зокрема – залишкові явища. Розглянути особливості психогенних проявів та їх вираженості, що виникли в комбінації з акубаротравмою. Запропонувати імовірні стратегії реабілітації та реадптації військовослужбовців з перенесеною акубаротравмою у майбутньому.

Матеріали та методи. Було вивчено 50 випадків стаціонарного лікування в КНП «ПОКЦПЗ ІФ ОР» військовослужбовців, які перенесли акубаротравму під час бойових дій на сході України.

При обстеженні нами було використано аналіз медичної документації військових, клініко-катамнестичний метод, а також шкали для оцінки психічних сфер, зокрема, когнітивної (Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій, тест «малювання годинника»),



уваги (таблиці Шульте) та тривожних проявів (шкала Бека). Крім того, у кожного пацієнта були оцінені неврологічні прояви даного захворювання (зокрема загальнономозкові та вогнищеві клінічні ознаки).

Результати. Аналіз медичної документації та психічного стану хворих показав певну динаміку психічних розладів у останніх. Так, відразу ж після перенесеної травми у військових спостерігались клінічні прояви струсу головного мозку у вигляді короточасного (на протязі кількох хвилин) легкого затуманення свідомості (обнубіляція), головокружіння з вираженою астеничною симптоматикою, нудотою та повторним блюванням. Така симптоматика з тенденцією до затухання могла тривати до кількох днів. По мірі ослаблення вказаної симптоматики все більш чітко звучали психогенні психічні розлади: астенія з відчуттям слабкості, «ватності» у кінцівках, порушення дисоціативного характеру – деперсоналізація та дереалізація легкого чи помірного рівня.

У ході обстеження було виявлено, що у 60% пацієнтів спостерігалися мнестичні порушення різного ступеня прояву, серед яких більшу частину (70%) склали легкі прояви. Порушення уваги спостерігалось у 75%, більша частина з яких припадала на пацієнтів у підгострому періоді травми. Емоційні та тривожні розлади певною мірою були притаманні практично для всієї вибірки, а саме для 80% обстежуваних, що свідчить про психогенний структурний компонент даного виду ураження. Серед них порушення адаптації (F43.2) склали 20%, посттравматичний стресовий розлад (F43.1) – 2%, інші невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади – 73%. Залишкові неврологічні прояви, найчастіше у формі загальнономозкової симптоматики (зокрема стійкого головного болю напруги та агрипнії) були виражені у 56% пацієнтів.

Висновки. Проблема наслідків після перенесеної акубаротравми у військовослужбовців є вкрай актуальною, адже кількість постраждалих постійно зростає, а можливі сценарії розвитку клінічних проявів надзвичайно поліморфні. Враховуючи результати даного дослідження, можна зробити висновок, що даний вид патології вимагає комплексного лікування за участі психіатрів, неврологів, ЛОР-спеціалістів на самих ранніх етапах після перенесеної травми. На більш пізніх етапах вони вимагають тривалої реабілітації.

# РЕГІОНАРНИЙ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД І СПОНТАННЕ ДИХАННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

*Телятник В.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Загальне знеболювання лапароскопічних операцій є домінантою анестезіологічних технологій. При цьому дуже складно оцінити адекватність анальгетичного й гіпнотичного компонентів. Недоліки даного методу пов'язані з побічною дією препаратів для досягнення наркозу, їх інтеракцією та протезуванням газообмінної функції легенів. У хворих після закінчення лапароскопічної операції та тотальної анестезії часто виникає біль різної інтенсивності в правому плечі. Це пов'язують із залишком газу в піддіафрагмальному просторі й відповідним подразненням діафрагмального нерву. Альтернативою загальному знеболюванню є різні види регіонарної анестезії.

Мета. Удосконалити анестезіологічний супровід лапароскопічних оперативних втручань шляхом поєднання регіонарних методів знеболювання: субарахноїдальної анестезії, правобічної поверхневої блокади шийного сплетення та термінальної анестезії поверхні діафрагми, без застосування седації та штучної вентиляції легенів.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» в період з 01.09.2023 р. по 01.01.2024 р. Регіонарну технологію анестезії застосовано у 20 хворих (80% – жінки й 20% – чоловіки) з I-II ступенями ризику за ASA, яким виконувалися лапароскопічні холецистектомія, кістектомія, тубоваріоектомія, герніопластика. Фізичні параметри пацієнтів: вік –  $42,0 \pm 2,4$  року, маса тіла –  $76,8 \pm 5,6$  кг; індекс маси тіла –  $25,2 \pm 1,5$  кг/м<sup>2</sup>. На безпечному рівні L<sub>II-III</sub> була виконана субарахноїдальна анестезія гіпербаричним розчином бупівакаїну дозою 15 мг в положенні – на боці. Для проведення лапароскопічної операції потрібно створення пневмоперитонеуму. При цьому відбувається іритация газом поверхні діафрагми, що призводить до появи больового плечелопаткового синдрому (френікус синдром), в основному справа. Для профілактики останнього перед створенням пневмоперитонеуму виконувалася правобічна поверхнева блокада шийного сплетення 0,8% розчином лідокаїну в дозі 80 мг (10 мл). Відразу після введення газу до черевної порожнини через лапароскопічний

порт виконувалося зрошення діафрагмальної поверхні 3% розчином лідокаїну в дозі 400 мг (13-14 мл).

Результати дослідження. Адекватність знеболювання визначалася в режимі реального часу самими пацієнтами, які характеризували свій стан як комфортний та без больового синдрому. При спонтанному диханні повітрям, що збагачено киснем ( $O_2$  – 3-4 л/хв), хворі не скаржилися на респіраторну дисфункцію. За даними пульсоксиметрії сатурація ( $SpO_2$ ) була в межах фізіологічної норми протягом усього периопераційного періоду – 96-99%. Частота дихання під час операції була в межах 12-16/хв.

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що субарахноїдальна анестезія при лапароскопічних операціях не потребує активного втручання у функціонування дихальної системи пацієнта. Діафрагма забезпечує адекватне дихання та газообмін. Спостерігалось тільки ізольоване послаблення грудних м'язів. Збереження тонуусу діафрагми запобігало її суттєвому перерозтягненню й відповідному подразненню діафрагмального нерву, що зменшувало післяопераційну нудоту й блювання. Діафрагмальне спонтанне дихання сприяло зниженню трансторакального тиску й зменшувало вентиляційно-перфузійні порушення.

Правобічна поверхнева блокада шийного сплетення та термінальна анестезія діафрагми дозволяли уникати больового плечелопаткового синдрому як під час лапароскопії, так і в післяопераційному періоді. До того ж саме розпилення місцевого анестетика в черевній порожнині є ефективним способом знеболювання після лапароскопічних втручань. Комфортний стан під час операції не потребував додаткового застосування седативних препаратів.

Висновок. Поєднання субарахноїдальної анестезії гіпербаричним бупівакаїном, правобічної поверхневої блокади шийного сплетення лідокаїном та термінальної анестезії діафрагми спреем лідокаїну дозволяло без застосування традиційного наркозу та штучної вентиляції легенів із відповідними побічними ефектами якісно знеболювати пацієнтів при лапароскопічних оперативних втручаннях та значно скорочувало період відновлення хворого після операції.

## ВИПАДОК ХВОРОБИ ТАКАЯСУ У ПІДЛІТКА

*Тишківська С.*

Науковий керівник: професор Синовська О.

Кафедра дитячих хвороб післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Неспецифічний аорто артеріїт (НАА) зустрічається в усіх країнах світу, захворюваність коливається від 0,3 до 3,3 на мільйон населення на рік. Найвищі показники спостерігаються в Азії. У Японії поширеність становить 40 випадків на мільйон населення (2018), у США-0,9 на мільйон населення (2017). Серед європейського населення показники поширеності коливаються від 4,7 до 33 випадків на мільйон населення (2021). На це захворювання частіше хворіють особи жіночої статі (80-90%) віком 20-40 років.

Захворюваність дітей НАА є нижчою порівняно з дорослими. Шведське дослідження повідомляє, що річна захворюваність серед дітей становить 0,4 випадку на мільйон дітей. За оцінкою National Health Insurance database in South Korea, рівень поширеності коливається від 0,04 випадку для дітей віком 0-4 роки до 0,63 випадку на 100 000 дітей віком 15-19 років. Середній вік початку захворювання в педіатрії становить 12 років.

Етіологія НАА недостатньо вивчена. Припускають роль генетичної схильності, наявності хронічної бактеріальної та вірусної інфекції, вплив медикаментів, введення вакцин, сироваток, інсоляції, переохолодження. В основі розвитку артеріїту лежить аутоімунне гранульоматозне запалення дуги аорти та її гілок. У патогенез залучені всі ланки імунної відповіді. Гістологічно запальний процес зазвичай переважає в адвентиції та медії, але може уражувати всі три шари кровоносних судин. Наслідками є пошкодження стінки судини з ламінарним некрозом і фрагментацією еластичних волокон і, зрештою розвитком фіброзу, потовщення, стенозу, оклюзії з приєднанням тромбозу артерій. Унаслідок деструкції еластичних волокон та міоцитів розвиваються постстенотична дилатація та аневризми.

Початок НАА часто є прихованим. Першими симптомами є гарячка, нічна пітливість, слабкість, втомлюваність, анорексія, зниження маси тіла, сонливість, артралгії, міальгії. Пацієнта турбують біль та слабкість у руках, відчуття оніміння, що наростають під час фізичних навантажень. При цьому артеріальний тиск на нижніх кінцівках вищий.

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

*Торубара О.*

Науковий керівник: професор Ліхачов В.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Виявлення затримки росту плода (ЗРП) є ключовою складовою перинатальної допомоги, оскільки ЗРП є вагомою причиною анте- та постнатальної захворюваності та смертності.

Мета. Визначити частоту ЗРП за даними перинатального центру III рівня надання перинатальної допомоги та фактори ризику, які сприяють виникненню цієї патології.

Методи дослідження. Проведений аналіз історій вагітності та пологів у жінок, розроджених в Перинатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» за період з 2021 по 2023 рр. Були оцінені преплацентарні, плацентарні, постплацентарні фактори ризику, проведена оцінка поширеності ЗРП.

Отримані результати та їх обговорення. Серед загальної кількості пологів (4653) було виявлено 105 випадків ЗРП, що складає 2,26%. Преплацентарні фактори ризику (пreeкламсія, анемія) складають 10,4% випадків ЗРП, плацентарні фактори ризику (патології, пов'язані з материнською мальперфузією) – 66,6%, постплацентарні фактори (єдина артерія пуповини, справжній вузол пуповини) – 4,76%, патологія з боку плода (структурні аномалії плода, ВУІ) – 18,1%.

Первинна форма плацентарної недостатності виникає до 16 тижнів вагітності та характеризується порушенням будови плаценти та стражданням її функцій. Вторинна плацентарна недостатність виявляється після 20 тижнів вагітності, характеризується інволюційно-дистрофічними змінами плаценти, в основі яких лежить порушення матково-плацентарного кровообігу, найчастішою причиною якої є пreeкламсія. При цьому внаслідок порушення другої хвилі інвазії трофобласту в спіральні артерії матки, не відбувається перебудова цих судин, внаслідок чого зберігається їхня чутливість до вазоконстрикторних стимулів, активізуються фактори, що призводять до ендотеліальної дисфункції з подальшим розвитком гіповлемії, що посилює порушення макро- та мікрогемодинаміки та веде до розвитку синдрому поліорганної недостатності.

Висновки. На основі проведеного дослідження можна стверджувати, що найбільш частими причинами ЗРП є пreeкламсія та плацентарна

недостатність із порушенням кровообігу в судинах плацентарно-плодового басейну.

## ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ, ЯКІ МАЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНУ АЛЛОГЕРНІОПЛАСТИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ

*Федосова Я.*

Науковий керівник: Прихідько Р.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Актуальність цієї теми полягає у тому, що вентральна грижа або післяопераційна грижа становить важливу медичну проблему через випинання очеревини та внутрішніх органів через слабкі місця в м'язах черевної стінки. Вентральні грижі локалізуються в ділянці післяопераційного рубця на місці минулих хірургічних втручань.

Післяопераційні грижі можуть спостерігатися у 25-30% випадків, у яких були операції на черевній порожнині.

Мета дослідження полягала в порівнянні, оцінці та аналізі післяопераційного періоду у пацієнтів з післяопераційною вентральною грижею, які отримували лапароскопічні аллогерніопластики та "відкриті" герніопластики за методами "onlay" та "inlay".

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено аналіз 25 пацієнтів, які раніше мали діагноз "Післяопераційна вентральна грижа". Десять осіб у головній групі пройшли лапароскопічні алогерніопластики за методом "irom", а десять у контрольній групі отримали "відкриті" герніопластики за методами "onlay" та "inlay". Середній вік усіх пацієнтів склав 42,5 років. У післяопераційному періоді ми аналізували такі показники, як: рівень болю, активність пацієнтів і тривалість ліжко-днів.

**Результати дослідження.** Результати аналізу показали, що пацієнти, які пройшли лапароскопічні алогерніопластики за методом «irom», відчують на 65% менше болю в порівнянні з тими, хто переніс "відкриті" герніопластики методами «onlay» та «inlay». Тривалість перебування в лікарні для контрольної групи коротша на 35% в порівнянні з основною групою. Активність пацієнтів майже не залежить від методу хірургічного втручання.

**Висновок.** Лапароскопічна герніопластика за методом "irom"

демонструє значно кращі результати в післяопераційному періоді порівняно з "відкритими" герніопластиками методами "onlay" та "inlay". Рекомендується застосування лапароскопічної герніопластики за методом "iron" у пацієнтів з післяопераційними вентральними грижами в сучасних умовах.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ШКАЛ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ В ТИРЕОЇДНІЙ ХІРУРГІЇ

*Христенко К.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. При проведенні загальної анестезії тяжка інтубація трахеї є потенційно небезпечним для життя хворого ускладненням, особливо коли вона не прогнозується. Частота тяжкої інтубації трахеї в хірургічній практиці, за даними різних авторів, становить від 3% до 18%. На сьогодні даних про частоту виникнення тяжкої інтубації трахеї в тиреоїдній хірургії практично немає. Деякі автори вважають, що тяжка інтубація трахеї часто виникає у хворих з великими розмірами щитоподібної залози. Попри достатню кількість тестів, які використовуються для прогнозування тяжкої інтубації, частота її зберігається достатньо високою. Це пов'язано з тим, що анестезіологами використовується один або два тести, кожний з яких має недостатню прогностичну значущість.

Мета роботи: оцінка ефективності різних шкал для прогнозування тяжкої інтубації трахеї.

Методи дослідження. Для дослідження було відібрано 18 хворих (з них – 10 жінок та 8 чоловіків), яким у хірургічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» проведено оперативне втручання на щитоподібній залозі. Перед оперативним втручанням оцінювали ризик загальної анестезії за шкалою Американської асоціації анестезіологів, прогнозування тяжкої інтубації трахеї проводили за допомогою шкали Вільсона та індексу тяжкої інтубації (ІТІ). Усі оперативні втручання виконувались під внутрішньовенним наркозом зі штучною вентиляцією легень.

Результати дослідження: достовірні результати при використанні шкали ІТІ були отримані вже при сумі балів 1-2 ( $\chi_2=9,09$ ;  $p=0,02$ ), а при сумі балів 3 достовірність отриманих результатів збільшилась

( $\chi_2=32,99$ ;  $p=0,002$ ). Розрахунок чутливості й специфічності підтвердив ефективність даної шкали. При сумі балів 1-2 чутливість і специфічність становили 64%, а при сумі балів 3 чутливість і специфічність становили 50% та 92% відповідно. Ці дані підтверджують достатню прогностичну ефективність та збалансованість даної шкали.

Аналіз ефективності шкали Вільсона показав, що при сумі балів 1-2 отримані результати не достовірні ( $\chi_2=2,14$ ;  $p=0,14$ ), чутливість і специфічність становили 26% та 83% відповідно. При сумі балів 3 отримано достовірні дані ( $\chi_2=12,64$ ;  $p=0,0002$ ), чутливість і специфічність становили 14% та 98% відповідно. Отримані дані дають підставу говорити, що шкала Вільсона менш ефективна в прогнозуванні тяжкої інтубації трахеї.

Висновки. Для прогнозування тяжкої інтубації трахеї в тиреоїдній хірургії необхідно обов'язково використовувати прогностичні шкали. При використанні шкали Вільсона частота тяжкої інтубації, яка не прогнозується, складає 6,2%, а при використанні шкали ІТІ цей результат становить 2,5%. Дана шкала має більшу прогностичну значущість і тому може бути рекомендована для прогнозування тяжкої інтубації трахеї в тиреоїдній хірургії.

## ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ТА ЇХ КОРЕЛЯЦІЙНЕ СПІВВІДНОШЕННЯ

*Цепкало І., Яра А., Карбан А., Нікіщенко К.*

Науковий керівник: доцент Тарановська О.О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Для попередження розвитку хронічного ендометриту (ХЕ) необхідно виявити вчасно фактори високого ризику оскільки безсимптомний перебіг ускладнює діагностику, яка потребує інвазивних втручань та гістологічної верифікації.

Мета. Визначити кореляційний зв'язок між факторами та наявністю ХЕ у жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано 400 історій хвороб жінок, яким проводились гістологічні дослідження шляхом гістоскопії та забору ендометрію (246 осіб без ХЕ та 154 особи з ХЕ). Проведений аналіз кореляційного співвідношення ХЕ та 100 анамнестичних, симптоматично-наслідкових факторів та ультразвукових ознак з визначенням  $\tau$ -коефіцієнту, який свідчив про



силу їх зв'язку. Сильним зв'язок вважався при  $\tau$ -коефіцієнті від 0,5 і більше, помірним при  $\tau$ -коефіцієнті в межах від 0,2 до 0,499, слабким – при  $\tau$ -коефіцієнті від 0,1 до 0,199. Значення  $\tau$ -коефіцієнта від 0 до 0,099 свідчили про відсутність зв'язку між фактором ХЕ.

Результати роботи. Найсильніший зв'язок ХЕ мали 5 інфектологічних факторів (цервіцит в анамнезі ( $\tau$ -коефіцієнт 0,625245229;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); хронічне запалення придатків матки ( $\tau$ -коефіцієнт 0,522536031;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); захворювання, що передаються статевим шляхом в анамнезі ( $\tau$ -коефіцієнт 0,547218916;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); хронічні урогенітальні запальні захворювання у статевого партнера ( $\tau$ -коефіцієнт 0,529314979;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); неодназове використання внутрішньоматкового контрацептиву в минулому ( $\tau$ -коефіцієнт 0,502383401;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); 4 симптоматично-наслідкових факторів (непліддя в анамнезі ( $\tau$ -коефіцієнт 0,683492482;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); викидень, що не відбувся, в анамнезі ( $\tau$ -коефіцієнт 0,644489429;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); звичне невиношування вагітності в ранні терміни ( $\tau$ -коефіцієнт 0,625942138;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); аномальні маткові кровотечі ( $\tau$ -коефіцієнт 0,650850348;  $p < 0 * 10^{-30}$ )); а також 4 ультразвукових критеріїв, з них локальне потовщення ендометрію ( $\tau$ -коефіцієнт 0,641820318;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); підвищена ехогенність ендометрія ( $\tau$ -коефіцієнт 0,665249637;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); ділянки підвищеної і зниженої ехогенності ( $\tau$ -коефіцієнт 0,693152163;  $p < 0 * 10^{-30}$ ); гіперехогенні структури в базальному шарі ендометрія ( $\tau$ -коефіцієнт 0,521658745;  $p < 0 * 10^{-30}$ ).

Висновки. Оцінка факторів ризику ХЕ дає змогу уникнути зайвих маткових втручань при діагностиці. Високим є ризик цієї патології при поєднанні одного інфектологічного або симптоматично-наслідкового фактору з одним ультразвуковим критерієм існує висока вірогідність хронічного ендометриту.

## ПАТОМОРФОЛОГІЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ: СУЧАСНІ СУДОВО-МЕДИЧНІ ПІДХОДИ

*Чебикін С.*

Наукові керівники: професор Козань Н.М., професор Кіндратів Е.О  
Кафедра судової медицини, медичного та фармацевтичного права,  
кафедра патологічної анатомії  
Івано-Франківський національний медичний університет

Мінно-вибухова травма – це бойове багатофакторне ураження, яке виникає внаслідок сукупної ушкоджуючої дії на організм людини

ударної хвилі, газових струменів, вогню, токсичних продуктів вибуху та горіння, осколків корпусу боеприпасів, вторинних снарядів.

Розрізняють такі види вибухової травми: вибухові uszkodження; відкриті uszkodження тканин організму, які спостерігаються, зокрема, при вибуху протипіхотних мін; uszkodження, які виникають у осіб, що знаходяться у захисті; закриті й відкриті травми, що виникають при дії вибуху на броньований транспорт, в якому перебуває особовий склад.

Травмуючими ураженнями при МВТ є: повітряна ударна хвиля, яка створює найбільшу травматичну дію на організм, відриває сегменти або робить тяжкі uszkodження кінцівок, а також uszkodжує м'які тканини, судини та нервові стовбури, призводить до крововиливів, контузій в усіх органах і тканинах; первинні (уламки боеприпасів) і вторинні (каміння, осколки захисної броні, деталі машин) елементи ураження викликають поранення різної локалізації; газові струмені, що утворюються в результаті вибуху і поширюються з великою швидкістю. Вони здатні спричинити сильний uszkodжуючий ефект, який супроводжується відривом або великою деструкцією сегментів кінцівок та інших частин тіла. Особливо сильну uszkodжуючу дію мають газові струмені, які утворюються при вибуху кумулятивних снарядів і боеприпасів об'ємного вибуху; полум'я від вибуху спричиняє появу первинних і вторинних (від загорання одяжі) опіків; продукти вибуху і горіння можуть викликати отруєння чадним газом та іншими токсичними хімічними речовинами.

У постраждалих з мінно-вибуховою травмою переважно спостерігаються пошкодження груднини та реберного каркасу (у кожного другого); пошкодження очей, кісток лицьового та мозкового черепа; пошкодження органів черевної порожнини та ін.

У разі мінно-вибухових уражень виникає у травмованих тканинах виникає три зони змін: зона відриву, розчавлення і сепарування (відділення) тканин (необоротні зміни); зона контузії (вогнищеві незворотні процеси); зона комозії (структурні зміни судин і нервових стовбурів).

Основні питання, що вирішуються судово-медичним експертом при МВТ: «Які uszkodження виявлені при дослідженні трупа, чи могли вони утворитися в результаті вибуху? На якій відстані від тіла стався вибух? У якому положенні перебував загиблий у момент вибуху? Яким було взаємне розташування снаряда та окремих частин тіла постраждалого в момент вибуху?».

При проведенні судово-медичних експертиз при мінно-вибухових травмах у експертів виникають певні труднощі через відсутність повного опису обставин за фактом загибелі чи заподіяння uszkodжень

від дії мінно-вибухових пристроїв; множинні пошкодження, відриви і руйнування кінцівок, іноді повне руйнування тіла, наявність гнильних змін тіл потерпілих ускладнюють їх ідентифікацію; множинне надходження невстановлених осіб серед загиблих людей від мінно-вибухової травми; брак інформації про механізм і характер дії вибухового пристрою, що впливає на надання медичної допомоги в лікувальних установах постраждалим від мінно-вибухових травм; відсутність достатньої класифікації первинно травмуючих факторів, за якими можна було б ідентифікувати вид мінно-вибухового пристрою; складність визначення травмуючих властивостей, вдруге діючих предметів при мінно-вибуховому впливі на організм людини у зв'язку з їх різноманітністю; дія високої температури та полум'я призводить до обгорання і обвуглювання тіла трупа.

Таким чином, МВТ є складною комплексною травмою яка вимагає особливого підходу з точки зору судово-медичної експертизи, а саме огляду місця події, судово-медичного дослідження трупа, виборі додаткових методів дослідження та формулювання експертного висновку.

## АНАТОМІЧНІ ПРИЧИНИ НЕВДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ

*Черпак Ю., Данильченко І., Іванченко А.*

Науковий керівник: професор Безкоровайна І.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Регматогенне відшарування сітківки (РВС) – це невідкладний стан офтальмологічної паталогії, який може призвести до сліпоти у разі відсутності адекватного лікування. Внаслідок того, що 81% хворих з РВС люди працездатного віку вона є значущою медичною та соціально-економічною проблемою. Поява нових високоінформативних методів діагностики дозволило більшою мірою вивчити паталогічні зміни структури сітківки після відшарування сітківки. Не дивлячись на значний успіх в оперативному лікуванні та досягнення повного анатомічного прилягання сітківки, більша частина пацієнтів залишається невдоволеною функціональними результатами цих операцій.

Мета. Оцінити морфометричні зміни сітківки за допомогою оптичної когерентної томографії та оптичної когерентної томографії-

ангіографії пацієнтів оперованих з приводу регматогенного відшарування сітківки без ураження макулярної ділянки в післяопераційному періоді.

Методи дослідження. У дослідження було включено 66 пацієнтів з первинним регматогенним відшаруванням сітківки. Період відшарування сітківки становив близько 5 днів. Обстеження проводилось в термінах: доопераційний період, 1,3 місяці після операції. Усі пацієнти були прооперовані за допомогою закритої субтотальної вітректомії (ЗСВ). На кожному етапі спостереження пацієнтам проводили повне офтальмологічне обстеження: візометрія, статична автоматизована периметрія, тонометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, оптична когерентна томографія (ОКТ) та оптична когерентна томографія ангіографія (ОКТ-А).

Результати. Товщина макулярної зони продемонструвала статистично-достовірне збільшення у 1-му місяці спостереження у порівнянні з доопераційним періодом на 97,87 мкм, у 3-му місяці даний показник мав тенденцію до покращення ( $p < 0,05$ ). Порівнюючи результати прооперованого ока з даними парного ока на кожному терміні спостереження, виявлено: у 1-му та 3-му місяцях статистично достовірна різниця зменшилась на 47,04 мкм ( $p < 0,05$ ).

Дані ОКТ-А. У терміні спостереження 1 місяць площа фовеально-аваскулярної зони (ФАЗ) продемонструвала негативну динаміку і збільшилася на 0,113 мм<sup>2</sup> у порівнянні з даними доопераційного періоду ( $p < 0,05$ ); щільність глибокого капілярного сплетіння (ГКС) статистично знизилася на 1,8%, щільність поверхневого капілярного сплетіння (ПКС) зменшилася на 1,6%, проте не достовірно порівнюючи з передопераційними результатами. У терміні спостереження 3 місяці площа ФАЗ мала позитивну динаміку в порівнянні з парними очима, статистична різниця між попереднім терміном огляду зберігалася; щільність ГКС демонструвала негативні зміни та достовірну різницю з даними 1 місяця. Щільність ПКС підвищилася, проте не статистично. При порівнянні результатів оперованих очей з парними виявлено: площа ФАЗ та щільність ГКС у 1 та 3 місяцях мали статистично-достовірну різницю, щільність ПКС статистично не змінювалася. При проведенні кореляційного аналізу між отриманими морфометричних результатів ОКТ та ОКТ-А виявлено зв'язок між площею ФАЗ та щільністю ГКС у термінах 1 та 3 місяці ( $r=0,73$ ;  $p < 0,05$ ;  $r=0,62$ ;  $p < 0,05$ ) відповідно; між площею ФАЗ та товщиною макулярної зони (ТМЗ) ( $r=0,69$ ;  $p < 0,05$ ) у терміні 1 місяць.

Висновки.

1. Регматогенне відшарування сітківки – це невідкладна офтальмологічна паталогія, яка може призвести до сліпоти у разі відсутності адекватного лікування.

2. Через 3 місяці після оперативного лікування РВС товщина макулярної зони оперованих очей була більшою ніж у парних ( $p < 0,05$ ).

3. Існує кореляційний зв'язок між площею ФАЗ та щільністю ГКС у термінах 1 та 3 місяці ( $r=0,73$ ;  $p < 0,05$ ;  $r=0,62$ ;  $p < 0,05$ ) відповідно; між площею ФАЗ та товщиною макулярної зони (ТМЗ) ( $r=0,69$ ;  $p < 0,05$ ) у терміні 1 місяць.

ЛІКУВАННЯ ВУЛЬГАРНИХ ВУГРІВ ЛЕГКОГО ТА СЕРЕДНЬОГО  
СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ 2% СУПРАМОЛЕКУЛЯРНИМ ГІДРОГЕЛЕМ  
САЛЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ ПОРІВНЯНО З АДАПАЛЕНОВИМ ГЕЛЕМ  
*Шевченко К., Овсянник А., Лазарь Д.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедри шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне – це хронічне запальне захворювання сальної залози волосяного фолікула, що характеризується появою вугрів, папул, пустул, вузликів, кіст і рубців, яке займає восьме місце серед найпоширеніших захворювань у світі, яке проявляється у 85% осіб віком від 12 до 25 років, а у 11% – у старшому віці. Пік клінічних проявів акне припадає на 15-18 років, однак у деяких випадках, в основному у жінок, захворювання може тривати до віку 40 і більше років – *acne tarda*.

Мета. Дослідити ефективність лікування вульгарних вугрів легкого та середнього ступеня 2% супрамолекулярним гідрогелем саліцилової кислоти порівняно з адапаленовим гелем.

Було проведено рандомізоване, сліпе та паралельно контрольоване дослідження. Загалом 50 пацієнтів із легкими та помірними (I-II ступеня) вульгарними вуграми на обличчі були залучені до цього дослідження протягом 12-тижневого випробувального періоду. Всіх пацієнтів розподілили на дві групи порівну. Пацієнти I групи отримували гідрогель 2% супрамолекулярної саліцилової кислоти, тоді як II група отримувала гель адапален один раз на день. Для визначення ефективності засобів підраховували кількість запальних папул, комедонів, пустул і оцінювали швидкість зменшення ураження до і після лікування.

Наприкінці 12-тижневої терапії рівень регресу та помітного покращення в I та II групах становив 51,01% та 43,10% відповідно, і не було суттєвої різниці у рівні покращення між двома групами. Незважаючи на те, що не було різниці в частоті несприятливих подій між двома групами, але ж у I групі вона становила 0,40%, що трохи нижче, ніж у II групі (0,80%). Крім того, була значна різниця в розмірі пор, кількості шкірного себуму та гідратації шкіри на першому тижні між двома групами.

Висновки. Отже, 2% супрамолекулярний гідрогель саліцилової кислоти, так і адапаленовий гель були практично однаково ефективні в лікуванні вульгарних вугрів легкого та середнього ступеня тяжкості.

## ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК V СТ.

*Шкіль К., Коваленко І., Кутняк Я., Шимоткіна В., Рогальська І., Донець О.*  
Науковий керівник: доцент Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, соціального, емоційного стану людини. Тобто невід'ємними складовими якості життя є стан здоров'я пацієнта, який пов'язаний не тільки з особливостями перебігу захворювання чи наявністю ускладнень, але є також індикатором ефективності надання медичної допомоги.

Мета. Оцінити стан фізичного та психічного здоров'я пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХХН) V ст.

Методи дослідження. У дослідження включено 21 пацієнт з ХХН V ст., які перебували на лікуванні в центрі нефрології та діалізу КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Скляфосовського ПОР». Серед обстежених 7 жінок (середній вік  $58,57 \pm 4,6$  роки) та 14 чоловіків (середній вік  $59,14 \pm 5,2$  роки). Тривалість нирковозамісної терапії складала  $5,9 \pm 4,3$  роки. Всім пацієнтам проводилась оцінка стану здоров'я за допомогою опитувальника EQ-5D-5L, загальний стан свого здоров'я «сьогодні» оцінювався за візуальною аналоговою шкалою EQ-VAS.

Основні результати. За результатами візуальної аналогової шкали EQ-VAS суб'єктивна оцінка стану здоров'я «сьогодні» у пацієнтів з

ХХН V ст. склала  $57,62 \pm 9,6$  бали. Аналізуючи фізичний стан необхідно відмітити, що переважна більшість пацієнтів відмічала обмеження рухливості та труднощі у виконанні повсякденної діяльності. Так, не відчували проблем з мобільністю 5 (23,8%) хворих, а 16 (76,1%) хворих відмічали проблеми з пересуванням пішки різного ступеню: незначні – 3 (14,28%) пацієнти, помірні – 7 (33,33%) пацієнтів, серйозні – 5 (23,8%) пацієнтів, 1 (4,76%) пацієнт не міг ходити. Труднощі у виконанні повсякденної діяльності не відмічало лише 2 (9,5%) пацієнти, утруднення при виконанні звичайної роботи в незначній мірі відмічали 9 (42,86%) пацієнтів, помірного ступеню – 5 (23,81%) пацієнтів, серйозні труднощі – 4 (19,05%) пацієнтів, 1 (4,76%) пацієнт був нездатний виконувати звичайну діяльність. У той же час, проблем при догляді за собою не виникало у 14 (66,67%) пацієнтів, 5 (23,81%) відмічали труднощі різного ступеню. На больові відчуття чи дискомфорт скаржилось 16 (79,19%) пацієнтів: незначної інтенсивності – 8 (38,1%) пацієнтів, помірної інтенсивності – 6 (28,57%) пацієнтів, сильний – 2 (9,52%) пацієнти. 5 (23,81%) респондентів больових явищ не відмічали. Тривогу та депресію відмічали 10 (47,61%) пацієнтів: 5 (23,81%) в незначній мірі, 4 (19,05%) – помірну, 1 (4,76%) – сильну. 11 (52,38%) пацієнтів з ХХН V ст. не відмічали порушень психічного стану.

Висновки. Таким чином, у пацієнтів із ХХН V ст. виявлено зниження рівня стану здоров'я, що обумовлено переважно обмеженням мобільності, труднощами при виконанні повсякденної діяльності та наявністю больових відчуттів чи дискомфорту.

## ФІБРОЗНІ ЗМІНИ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ

*Шпильова Н., Чернявська М., Рябуха Т., Костенко Т.*

Науковий керівник: доцент Іваницький І.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Питання ураження печінки, зокрема фіброзу, цирозу та пов'язаних із цими патологіями ускладнень стають все більш розповсюдженими серед населення України. У той же час, серед пацієнтів з ревматоїдним

артритом (РА) досить часто зустрічаються ураження паренхіми печінки.

Метою дослідження стало вивчення особливостей розвитку фіброзу печінки у хворих на РА в залежності від активності та тривалості перебігу цієї ревматологічної патології.

Нами було обстежено 58 пацієнтів з РА, середнім віком  $44,3 \pm 2,24$  роки, з яких 28 жінок та 30 чоловіків. Усі досліджені були розподілені на групи в залежності від активності перебігу РА. Пацієнти з активністю 1 ступеня склали 1 групу кількістю 24 обстежених, з активністю 2 ступеня – 2 групу – 14 пацієнтів, 3 ступеня – 3 групу – 10 пацієнтів. Усі обстежені пацієнти отримували метилпреднізолон у дозуванні 4-8 мг на добу, метотрексат у дозуванні 15 мг на добу. Пацієнти із шкідливими звичками, зокрема вживанням алкоголю, виключались із дослідження.

Для визначення ступеню фіброзу ми проводили зсувнохвильову еластометрію на апараті Radmir Ultima Expert, отримані результати інтерпретували згідно шкали METAVIR.

Нами були отримані наступні результати: у пацієнтів I групи показник жорсткості паренхіми печінки склав  $6,14 \pm 0,89$  кПа, у пацієнтів II групи  $7,19 \pm 0,91$  кПа, у пацієнтів III групи  $8,45 \pm 0,75$  кПа, при цьому відмінність між I та III групами була статистично достовірною ( $p=0,018$ ). При проведенні кореляційного аналізу серед усіх обстежених пацієнтів нами був виявлений сильний кореляційний зв'язок між ступенем фіброзу та тривалістю перебігу РА ( $r=0,73$   $p=0,036$ ), зв'язок помірної сили між ступенем фіброзу та рівнем ШОЕ ( $r=0,49$ ;  $p=0,048$ ) та між товщиною КІМ та рівнем С реактивного білку ( $r=0,55$ ;  $p=0,033$ ). Також нами був виявлений зв'язок між ступенем фіброзу та дозою метотрексату ( $r=0,5$ ;  $p=0,047$ ).

Таким чином, на основі отриманих даних, ми зробили висновки, щодо наявності тісного зв'язку між розвитком фіброзних змін у пацієнтів з РА та вираженістю системного запального процесу при цій патології. У той же час, тривалий перебіг РА з високою активністю призводив до більш виражених фіброзних змін паренхіми печінки. Виявлений нами зв'язок між дозою метотрексату та ступенем фіброзних змін паренхіми печінки може свідчити про значний вплив базисної терапії на розвиток фіброзу.



## ПРОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ НА ПЕРЕБІГ НЕСТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ

*Штена А., Маслак А., Кулініч А., Дрозд Т., Науменко А., Дрига А., Теслович В., Косовська І., Клепоносов В.*

Науковий керівник: доцент Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Холтерівське моніторування ЕКГ (ХМ ЕКГ) – сучасний метод дослідження пацієнтів з серцево-судинною патологією. У хворих з нестабільною стенокардією (НС) цей метод дає можливість передбачення подальшого перебігу захворювання за отриманими даними.

Мета. Вивчення даних ХМ ЕКГ у визначенні найближчого прогнозу у хворих з НС.

Методи. Для досягнення мети було обстежено 65 хворих у віці від 45 до 70 років (середній вік  $57,5 \pm 0,5$  років). Діагноз нестабільна стенокардія формулювався згідно з наказом МОЗ України від 15 вересня 2021 №1957. У базовій терапії пацієнтам призначали: аспірин кардіо 0,1 г, кардікет 0,04 г, бісопролол 0,05 г, зокардіс 0,075 г (під контролем АТ), розувастатин 0,02 г. Хворим проводили фізикальне обстеження, призначали загальноклінічні та біохімічні дослідження, ЕКГ, ЕхоКС, ХМ ЕКГ.

Основні результати. У госпітальний період усім хворим проводили ХМ ЕКГ. Хворі були розділені на дві групи, згідно клінічних проявів НС: з сприятливим (СП) і несприятливим (НП) найближчим прогнозом. Група з СП складала – 45 хворих, група з НП – 20 хворих.

Результати дослідження.

- Стенокардія спокою складала (%): в групі СП – 11,8, в групі НП – 36,4 ( $p < 0,05$ ).

- Нічна стенокардія (%): група СП – 7,3, група НП – 29,1 ( $p < 0,05$ ).

- Зміни ЕКГ спокою (%): група СП – 47,3, група НП – 61,8 ( $p < 0,05$ ).

- Тривалість ішемії протягом доби (хв): група СП –  $30,9 \pm 2,0$ , група НП –  $36,9 \pm 3,19$  ( $p < 0,05$ ).

- Тривалість ішемії більше 60 хв (%): група СП – 0, група НП – 18 ( $p < 0,05$ ).

- Глибина депресії сегменту ST (мм): група СП –  $0,48 \pm 0,13$ , група НП –  $1,56 \pm 0,195$  ( $p < 0,05$ ).

- Епізоди німої ішемії міокарда: група СП –  $0,9 \pm 0,15$ , група НП –  $4,59 \pm 0,83$  ( $p < 0,05$ ).

- Епізоди больової ішемії (%): група СП – 2,7, група НП – 25,5 ( $p < 0,05$ ).

- Епізоди шлуночкової тахікардії: група СП –  $0,76 \pm 0,37$ , група НП –  $160,9 \pm 63,7$  ( $p < 0,05$ ). Шлуночкова екстрасистолія: група СП – 10,0, група НП – 16,4 ( $p < 0,05$ ).

У результаті дослідження було виявлено епізоди тривалої та «німої» ішемії міокарда як в групі з СП, так і в групі з НП, але в групі з СП їх було менше в процентному відношенні та в тривалості ішемії.

Висновки. Таким чином, холтерівське моніторування ЕКГ є ключовим методом визначення раннього прогнозу у пацієнтів із нестабільною стенокардією, що є головним фактором «німої» та тривалої ішемії, яка призводить до дестабілізації коронарного кровообігу в подальшому.

## ПОРІВНЯННЯ АНАЛЬГЕТИЧНОЇ ДІЇ ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ФЕНТАНИЛОВОГО ПЛАСТИРУ ТА МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИДУ З МЕТОЮ КОНТРОЛЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПАНГІСТЕРЕКТОМІЇ

*Ярмолін О.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: гострий післяопераційний біль залишається основною проблемою, пов'язаною з хірургічними втручаннями. Неадекватне знеболення має небажані фізіологічні та психологічні наслідки, такі як: підвищення післяопераційної захворюваності, затримка відновлення та повернення до повсякденного життя, емоційна лабільність пацієнта. Оперативні втручання у жінок на органах малого таза в післяопераційному періоді супроводжуються сильним болем. Особливо вираженим больовим відчуттям супроводжуються відкриті операції на матці. Адекватне знеболення жінок у післяопераційному періоді має важливе значення для подальшого відновлення організму.

Мета. Порівняти післяопераційну анальгетичну ефективність трансдермального фентанілового пластиру порівняно з внутрішньом'язовим введенням морфіну гідрохлориду пацієнткам після проведення пангістеректомії.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі КНП «Клінічна Лікарня Святого Пантелеймона» Сумської міської ради. У дослідження було включено 20 пацієнток з діагнозами: вузлової міома

тіла шийки матки, гіперплазія ендометрію, рак тіла шийки матки; після отримання інформованої згоди. Вік пацієток 35-45 років. Вид оперативного втручання: лапароскопічна пангістеректомія. Вид знеболення: комбінована загальна анестезія: тотальна внутрішньовенна анестезія з переходом на інгаляційну з міоплегією та ШВЛ. Премедикація: за 15 хв до оперативного втручання нефопам 20 мг внутрішньом'язово. Індукція загальної анестезії: альфентаніл 0,005% – 1 мкг/кг маси тіла довенно; пропофол 1% 2,5 мг/кг маси тіла довенно до появи клінічних ознак наркозу; для забезпечення міорелаксації застосовувався рокуронію бромід в дозуванні 0,6 мг/кг. Штучна вентиляція легенів проводилась апаратом LEON в режимі PCV з дозуванням севофлюрану до МАК 0,9-1,1. Підтримка наркозу: інфузія альфентанілу 0,5 мкг/кг/хв, пропофолу 4-10 мг/кг/год. Підтримка релаксації: рокуроній 0,1 мг/кг кожні 50 хвилин болюсно.

Пацієтки були розділені на 2 групи (n=10). Пацієтки I групи з метою знеболення в післяопераційному періоді отримували трансдермально фентаніловий пластир в дозуванні 50 мкг/год протягом 48 годин після оперативного втручання. Пацієтки II групи в післяопераційному періоді з метою знеболення отримували внутрішньовенно морфіну гідрохлорид в дозуванні 5 мг кожні 6 годин після оперативного втручання протягом 48 годин.

Післяопераційний біль оцінювався кожні 2 години за допомогою візуально-аналогової шкали (VAS) та шкали вербальної оцінки (VRS).

Результати. Пацієтки I групи, які отримували знеболення фентаніловим пластиром протягом перших 24 годин після операції оцінювали біль по VAS на  $3,7 \pm 0,4$  бала, за VRS –  $2,2 \pm 0,12$  бала, тобто помірний біль. Пацієтки II групи, які отримували знеболення внутрішньом'язовим введенням морфіна гідрохлориду протягом 24 годин за VAS оцінили інтенсивність болю у  $2,9 \pm 0,18$  бала, за VRS –  $1,8 \pm 0,11$  бала, тобто слабкий біль.

Висновки.

1. Пацієтки в обох групах отримували задовільне післяопераційне знеболення.

2. Знеболювальний ефект трансдермального фентанілового пластиру був кращим порівняно з внутрішньом'язовим введенням морфіна гідрохлориду для контролю післяопераційного болю у післяопераційних пацієнтів.

3. Трансдермальний шлях знеболення є гарною альтернативою внутрішньом'язовому, потребує менше інвазивних маніпуляцій, комфортніший для пацієнта та не має ускладнень.

## Секція «СТОМАТОЛОГІЯ»

РИЗИКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ  
*Бородін І.*

Наукові керівники: асистент Мельник В., асистент Шевченко В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Дентальна імплантација є ефективним методом відновлення структури зубів, з використанням металевих імплантатів, встановлених у щелепу пацієнта з інтегруванням імплантатів із природною кісткою, що призводить до стійкої фіксації та оптимальної толерантності. Під час дентальної імплантациї операційні процедури можуть супроводжуватися різними ризиками та потенційними ускладненнями.

Мета. Визначення потенційних ризиків у пацієнтів при підготовці, проведенні операції дентальної імплантациї, та їх запобігання.

Під час дентальної імплантациї можливі такі ускладнення: кровотеча, травмування навколишніх тканин, інфекції, неправильне позиціонування імплантатів. Після дентальної імплантациї: відторгнення імплантатів, післяопераційні інфекції, алергічні реакції, формування кісткових дефектів. Для забезпечення успішного результату та мінімізації ризиків для пацієнта потрібен високий рівень хірургічної майстерності, уважний моніторинг під час та після операції. Кровотеча – потенційне ускладнення, яке виникає під час дентальної імплантациї. Врахування індивідуальних особливостей пацієнта, проведення необхідних тестів для оцінки системи згортання крові дозволяють ідентифікувати фактори ризику кровотечі. Травмування навколишніх тканин можливе під час дентальної імплантациї. Дотримання точної позиції імплантатів – ключовий етап для досягнення оптимальних результатів та уникнення можливих проблем. Інфекційний фактор – це ускладнення, яке може виникнути під час дентальної імплантациї. Забезпечення високого рівня антисептики є ключовим аспектом для успішного результату операції та уникнення негативних наслідків.

Відторгнення імплантатів є серйозним ускладненням, яке може

виникнути після дентальної імплантації, впливаючи на тривалість та ефективність процедури. Забезпечення стабільності та запобігання можливому відторгненню є важливим етапом у процесі дентальної реабілітації.

Алергічні реакції можуть виникнути внаслідок дентальної імплантації та викликати негативні наслідки для пацієнтів. Формування кісткових дефектів впливає на стабільність імплантатів та загальний успіх процедури. Після завершення дентальної імплантації правильний післяопераційний догляд є ключовим для успіху та швидкого загоєння. Рекомендації для пацієнтів в післяопераційний період: дотримання режиму харчування, уникання фізичних навантажень, особиста гігієна, вживання ліків, диспансерне спостереження.

Висновок. Для забезпечення успішного результату імплантації та мінімізації ризиків потрібен індивідуальний підхід до кожного пацієнта з урахуванням його загального стану здоров'я, особливостей стоматологічного статусу, високий рівень хірургічної майстерності, уважний моніторинг під час та після операції.

## ПІДГОТОВКА ОПОРНИХ ЗУБІВ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛЯХОМ КОРЕКТНОГО ВИБОРУ МЕТОДУ РЕТРАКЦІЇ

*Василик З.*

Науковий керівник: професор Рожко М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Коректна підготовка тканин опорних зубів до повторного ортопедичного лікування займає одне із ключових місць на шляху до ефективного заміщення дефектів зубних рядів незнімними ортопедичними конструкціями. Точність передачі глибини та контурів зубоясенної борозни відіграє важливу роль у подальшому стоматологічному лікуванні. Це можна досягти шляхом вдалого вибору методу ретракції ясен. На даний час існує багато ретракційних систем, але деякі із них травматично впливають на тканини пародонта опорного зуба, що в подальшому призведе до негативних результатів ортопедичного лікування. Тому визначити методи ретракції, негативний вплив на тканини пародонта опорного зуба є актуальним.

Зважаючи на це, метою нашого дослідження було визначити методи ретракції, які не створюють негативного впливу на тканини пародонту опорних зубів при підготовці до ортопедичного лікування.

Основним завданням нашої роботи стало опрацювати літературні джерела та виокремити методи ретракції, які не несуть незадовільного впливу на тканини зубоясенної борозни при потребі повторного ортопедичного лікування. Також поєднати вже описані методи із розробленим нами патентом на корисну модель.

Матеріалами нашого дослідження були іноземні та вітчизняні джерела по методиках ретракції ясен. Також ми використовували статистичну обробку даних для узагальнення отриманих результатів.

Ретракційні системи є невід'ємною частиною ортопедичного лікування. Кожного року виникають все більше нових методик ретракції та систем для їх реалізації.

Згідно проаналізованих даних із літературних джерел 69% стоматологів віддають перевагу у використанні комбінованого методу ретракції (механо-хімічний). Він включає в себе поєднання ретракційної нитки та певних хімічних речовин, а саме: АІСІ<sub>3</sub> у 51% випадків, Fe<sub>2</sub>(SO<sub>4</sub>)<sub>3</sub> у 11% та епінефрину у 24%. За рахунок кровоспинної, в'язучої та гемостатичної дії цих хімічних речовин забезпечується кращий контроль за станом тканин зубоясенної борозни. Згідно вже доведених даних у нормі ширина зубоясенної борозни коливається до 0.2 мм. Застосовуючи комбінований метод ретракції у середньому відбувається збільшення ширини борозни до 0.6мм. Також варто зазначити, що при збільшенні зубоясенної борозни, ретракційними методиками, більше ніж на 0.6 мм унеможливується контроль за уникненням рецесії та збільшується негативний ятрогенний вплив на мікроциркуляцію слизової оболонки ясен, що в свою чергу призведе до негативної динаміки відновлення та коректного стану ясен після ортопедичного лікування. Як наслідок велика ймовірність рецесії ясен, яку неможливо контролювати.

Важливим показником коректної підготовки ясен до ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів також є правильне співвідношення сил, що прикладається до зубоясенної борозни. Опираючись на дослідження можна виділити 4 типи сил:

1. Сила, спрямована вниз, і сила, спрямована назовні, яка прикладається до м'яких тканин технікою ретракції або ретракційним матеріалом.

2. Сила зміщення, яке здійснюється як сила, спрямована вниз, через надмірний тиск, що застосовується під час ретракції м'яких тканин.

3. Рецидив – це вид сили, яка діє на ясна, коли ясенна тканина повертається у своє початкове положення.

4. Сила притискання, яка виникає, коли м'які тканини притискаються до бокової структури зуба, коли під час зняття відбитка прикладається

надмірна сила.

Позитивний результат ортопедичного лікування прямопропорційно залежить від дотримання рівноваги між даними силами, що діють на тканини пародонта опорного зуба. Базуючись на літературних даних сила, яку можна прикласти до зубоясенної борозни повинна не перевищувати 15 г. Це верхня межа при якій не відбувається неконтрольованого травматичного впливу на тканини пародонта зуба, який отримує підготовку до ортопедичного лікування. Не можливо виміряти тиск, що створює лікар-стоматолог-ортопед під час проведення механічної ретракції без додаткових пристроїв. Однак, вони не завжди доступні для загального використання. Загальновідомі стоматологічні пакери для укладання ретракційної нитки фірми Ну Friedy, LM, GCP допомагають лікарю бережно пакувати ретракційну нитку у зубоясенну борозну, але чіткого дозування сили не визначають. Потреба у конкретному дозуванні сили, що прикладається до зубоясенної борозни стоїть на першому місці у вирішенні питання прогнозованого відновлення тканин пародонту опорного зуба після ретракції. Тому нами було розроблено спеціальний пакер із дозованим навантаженням пакування ретракційної нитки у зубоясенну борозну. Пакер для введення ретракційної нитки в зубоясенну борозну (Патент на корисну модель №153364) від 21.06.2023. За допомогою нашого інструменту лікар-стоматолог може виконувати ретракцію без перевищення допустимого тиску у 15 г, що в свою чергу виключить фактор травмування зубоясенної борозни. Також вдалим є поєднання механічного методу ретракції із використанням розробленого пакера та хімічного із використанням, АІСІ<sub>3</sub>, що в свою чергу, за даними статистики, призведе до найкращого результату ортопедичного лікування незнімними конструкціями зубних протезів.

Зважаючи на опрацьовані літературні джерела по проблемі ретракції ясен та власної розробки можемо підвести підсумки:

1. Прогнозоване ортопедичне лікування прямопропорційно залежить від правильно виконаного методу ретракції.

2. Під час проведення ретракції повинно бути витримане співвідношення сил, які впливають на зміни у тканинах пародонту опорного зуба.

3. Розширення зубоясенної борозни, за допомогою методів ретракції, не повинно перевищувати 0.6 мм для контрольованого відновлення ясенної борозни.

4. Пакування нитки у зубоясенну борозну потребує дозованого навантаження.

## МІКРОБІОЦЕНОЗ ПОРОЖНИНИ РОТА В НОРМІ, ПРИ ПАТОЛОГІЇ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Вінський В., Токар О., Герман О.

Наукові керівники: асистент Шевченко В., асистент Мельник В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вивчення мікрофлори людини – нагальна проблема сьогодення. Слизова оболонка порожнина рота та лімфоїдний апарат щелепно-лицевої ділянки постійно взаємодіють з мікроорганізмами навколишнього середовища, які в свою чергу приймають участь в синтезі вітамінів, позитивно впливають на імунну систему за рахунок антагоністичної дії на патогенну флору порожнини рота. При цьому продукуються кислоти, які можуть пошкоджувати тверді тканини зуба (етіологічний чинник карієсу). Продукти життєдіяльності мікроорганізмів сприяють виникненню запалення тканин пародонту.

Мікрофлора має постійне зосередження в чотирьох біотопах порожнини рота, які мають свої особливості, це рН середовища, в'язкість, температура, наявність органічних з'єднань і залишків їжі, парціальний тиск газів що забезпечують суттєві відмінності в складі мікробіоценозу кожного з біотопів.

Мета роботи: виявити розбіжності наявності мікрофлори порожнини рота в нормі та патології за даними літературних джерел, та можливості її раціональної симптоматичної медикаментозної корекції в комплексній терапії деяких стоматологічних захворювань.

При захворюваннях порожнини рота спостерігається різноманітність проявів агресивності патогенної мікрофлори. При гальванозі (за даними Силенко Ю.І.) спостерігається помірний дисбіоз порожнини рота, підвищений рівень показників *Streptococcus* spp. та *Gardnerella* + *Prevotella* + *Periphomonas* spp. у порівнянні з показниками інших мікроорганізмів. У 67% випадків переважав показник *Streptococcus* spp. Рівень показника *Candida* spp. мав тенденцію до підвищення у пацієнтів зі збільшенням кількості металевих включень. При кандидозі порожнини рота (за даними Максютенко А.С.) у 78% хворих виявляються гриби рода *Candida albicans*, а також *Candida crusei* – 8%, *Candida tropicalis* – 7%, *Candida pseudotropicalis* – 6%. Аналіз посівів на мікрофлору у тяжких хворих при внутрішньолікарняній інфекції засвідчує про те, що у 40% хворих превалують бактерії *Ps. aeruginosae*, 33% *St. Aureus*, 27% *Kl. Pneumoniae*. У кожному конкретному випадку ці дані необхідно використовувати для раціонального підбору лікарських



засобів (пробіотиків, антимікотиків), як препаратів вибору в комплексній терапії стоматологічних захворювань.

Висновок. Рівновага між бактеріальним симбіозом, вірулентністю мікроорганізмів і резистентністю макроорганізму забезпечує цілісність тканин ротової порожнини. Втручання в цю рівновагу (в тому числі й антисептичними та антимікробними засобами) створює умови для розвитку захворювань, асоційованих із порушенням складу нормальної мікрофлори. Корекція колонізаційної резистентності порожнини рота з застосуванням імуномодуляторів бактеріального походження має хороший клінічний ефект.

## МІЖДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ ОРТОДОНТА ТА ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Вінський В., Герман О., Токар О.*

Науковий керівник: доцент Поліщук Т.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Численні етіологічні фактори сприяють порушенню гармонійного розвитку щелепно-лицевої ділянки, що призводить до формування аномалій окремих зубів. Під час дитячого стоматологічного прийому при проведенні профілактичного огляду лікарі відмічають аномалію форми зубів, одна із яких найбільш частіше спостерігається – це шипоподібні зуби. Дані зуби мають конусоподібну форму, часто їх відмічають в ділянці центральних і бічних різців, ікол, рідше – бічних зубів верхньої і нижньої щелепи. Дана аномалія форми зубів спостерігається при частковій адентії. Такі зуби також можуть бути надкомплектними. Незвичайна форма даних зубів незадовільна в естетичному відношенні, також вони можуть травмувати слизову оболонку, тому така патологія вимагає відповідного і своєчасного лікування.

Мета. Ознайомити майбутніх лікарів із спільним планом лікування ортодонта та дитячого стоматолога аномалії форми окремого зуба та патології прикусу.

Матеріали та методи. До стоматологічної клініки звернулися батьки підлітка 16 років зі скаргами на неестетичний вигляд зуба у фронтальній ділянці. При об'єктивному огляді порожнини рота було виявлена, що 12 зуб має неправильну форму та розмір. При зверненні до стоматологічної клініки батьків дітей із такою аномалією зуба

дитячий стоматолог має спланувати свої дії для надання повноцінної стоматологічної допомоги даній дитині. Спочатку стоматолог має зібрати анамнез, провести клінічні методи дослідження (огляд, пальпація, перкусія, контроль оклюзії), провести додаткові методи дослідження (рентгенологічне дослідження), направити на консультацію до ортодонта.

Результати та їх обговорення. Після проведеного обстеження спільно із ортодонтом було поставлено кінцевий діагноз: відкритий прикус I клас за Енглеєм, шипоподібний 12 зуб (аномалія розміру та форми).

Було проведено лікування даної аномалії форми зуба. Було відновлено анатомічну форму та розмір 12 зуба за допомогою художньої реставрації фотополімерним матеріалом «Filtek ultimate». Після цього дитина направлена на подальше ортодонтичне лікування за допомогою брекет-системи.

Висновок. Співпраця дитячого стоматолога та ортодонта сприяє відновленню естетичного вигляду та психологічного стану дитини.

## ОСОБЛИВОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСОВОЇ ВКЛАДКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДИКИ ОКЛЮЗІЙНОГО ВІДБИТКУ

*Гордієнко С., Коробко Е., Лисун І., Тищенко Д.*

Науковий керівник: професор Силенко Ю., доцент Писаренко О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Збереження як коронкової структури зуба так і герметизму корневих каналів є надзвичайно важливим в плануванні лікування корневих каналів. Причинами руйнування і зменшення висоти клінічних коронок зубів є ускладнений карієс, некаріозні ураження, травми, підвищене стирання зубів. Для відновлення коронкової частини зуба при ІРОПЗ = 0,8-1 найчастіше в ортопедичній стоматології застосовуються куksові вкладки.

Метою роботи є вивчення за наукометричними базами даних та відпрацювання методик непрямого відновлення коронок зубів та прогнозування його результатів після попередньо проведеного ендодонтичного лікування.

У 6 бічних зубах після проведеного ендодонтичного лікування оцінена якість за клінічними та рентгенологічними показниками, кількості твердих тканин зуба що залишились, проведено відновлення

куковими вкладками та прогнозування результату лікування за індексом якості стоматологічної допомоги (DPI) за Dawood та Patel, 2017.

За способом виготовлення кукові вкладки розділяють на виготовлені прямим та непрямим методом. При прямому методі проводиться моделювання вкладки воском безпосередньо на корені зуба в порожнині рота, при непрямому – необхідно отримати відбиток з кореня і порожнини кореня зуба. Існують наступні технології отримання відбитків – класичний: отримання двохшарових повних анатомічних відбитків з верхньої та нижньої щелепи із силіконової відбиткової маси. Обов'язковим заключним етапом першого клінічного відвідування є фіксація щелеп в центральній оклюзії з використанням бази силіконового відбиткового матеріалу. Всього необхідно отримати від 3 до 5 відбитків.

Нами проводилося застосування методики оклюзійного відбитку поверхні кореня і його каналу розробленого під кукову вкладку. Дана методика передбачає одномоментне отримання оклюзійного відбитку силіконовою масою/база з ділянки зубного ряду верхньої та нижньої щелепи одночасно в положенні центральної оклюзії.

Застосування даної методики отримання оклюзійного відбитку скорочує витрати часу роботи лікаря-стоматолога в 2,5 рази, зменшується розходи відбиткового матеріалу в 3 рази та здешевлюється відповідно вартість роботи. Крім того, виготовлені ортопедичні конструкції мають точність відображення структур зуба та крайове прилягання, як при отриманні за класичною методикою одержання відбитку, та не будуть вимагати значної корекції за оклюзією. Прогнозування результатів за індексом DPI дозволяє оцінити варіанти запропонованого лікування – збереження зуба або, як альтернативу, його видалення.

## СКЕЛЕТНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИКУСУ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

*Горошко А., Саприкіна М., Хафс А., Тищенко Д.*

Науковий керівник: доцент Виженко Є.Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. За останніми даними поширеність зубощелепних аномалій (ЗЩА) в усьому світі становить 56-100%. Для кращого розуміння закономірностей розвитку ЗЩА вивчення кореляцій скелетних параметрів можуть стати новим інструментом для діагностики

та лікування ортодонтичних пацієнтів.

Мета: встановити зв'язок між скелетними сагітальними вертикальними та трансверзальними цефалометричними показниками ортодонтичних пацієнтів.

Методи дослідження. Всього проведено цефалометричний аналіз даних 165 ортодонтичних пацієнтів 9-17 років з I, II та III класом, середній вік  $13,1 \pm 2,48$  роки, чоловіків 68, жінок 97. Характеристику в сагітальній та вертикальній площинах проводили за методом Steiner C.C. за даними кутів SNA, SNB, ANB, SN\_GoGn. Характеристику в трансверзальній площині вивчали за методом Ricketts R.M., проводили виміри ширини верхньої щелепи (ШВЩ), нижньої щелепи (ШНЩ) та індекс Mx/Md ratio – співвідношення ШВЩ та ШНЩ. Аналіз зв'язку між отриманими результатами проведено з використанням рангового коефіцієнта кореляції Спірмена. Значення  $p < 0,05$  вважалося статистично значущим.

Основні результати. За результатами нашого дослідження встановлено прямі кореляційні зв'язки кута SNA з кутами SNB ( $\rho = 0.642$ ,  $p < .001$ ), ANB ( $\rho = 0.390$ ,  $p < .001$ ) та зворотній зв'язок з кутом SN\_GoGn ( $\rho = -0.282$ ,  $p < .001$ ). Кут SNB має зворотні зв'язки з кутом ANB ( $\rho = -0.358$ ,  $p < .001$ ) та SN\_GoGn ( $\rho = -0.409$ ,  $p < .001$ ) та прямі кореляційні зв'язки з ШВЩ ( $\rho = 0.172$ ,  $p = 0.027$ ) і ШНЩ ( $\rho = 0.178$ ,  $p = 0.022$ ). Кут SN\_GoGn має зворотній кореляційний зв'язок з індексом Mx/Md ratio ( $\rho = -0.203$ ,  $p = 0.009$ ). ШВЩ прямо корелює з ШНЩ ( $\rho = 0,387$ ,  $p = .001$ ) та з індексом Mx/Md ratio ( $\rho = 0,670$ ,  $p = .001$ ). ШНЩ має зворотно кореляцію з індексом Mx/Md ratio ( $\rho = -0.353$ ,  $p = .001$ ).

Узагальнення щодо закономірностей скелетних характеристик прикусу при ЗЩА виглядають так: при збільшенні кута SNA, що характеризує положення верхньої щелепи відносно основи черепа, збільшується кут SNB, який показує ріст нижньої щелепи в сагітальній площині, але зменшується ріст лицевого скелету в вертикальній площині. Схожа ситуація встановлена при рості нижньої щелепи: при збільшенні кута SNB також зменшується вертикальний кут SN\_GoGn, проте, збільшуються трансверзальні розміри верхньої та нижньої щелеп. Ріст лицевого скелету в вертикальній площині негативно співвідноситься з ростом щелеп в трансверзальній площині. Також в трансверзальній площині ріст верхньої щелепи позитивно сприяє росту нижньої щелепи, тоді як нижня щелепа має негативне співставлення з індексом співвідношення ШВЩ та ШНЩ.

Висновки. Отримані результати дозволяють підійти до аналізу

цефалометричних даних з принципово нових позицій. Урахування взаємозв'язків між скелетними параметрами є важливою складовою успішного ортодонтичного лікування, як в функціональному, так і естетичному відношенні.

## КОНЦЕПЦІЯ НЕЗНІМНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ НА ІМПЛАНТАТАХ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ АДЕНТІЄЮ

*Грушко О.*

Наукові керівники: асистент Мельник В., асистент Шевченко В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Метод протезування пацієнтів із повною адентією за концепцією All-on-4® компанії Nobel Biocare стає класикою. Перша дентальна імплантація була проведена на беззубій нижній щелепі в 1965 р. шведським професором Пером-Інгваром Бранемарком, який вважав, що протезування на імплантатах повинно бути доступним максимальній кількості пацієнтів з повною адентією.

Мета роботи. Перевірити на практиці концепцію лікування All-on-4®, протезування з опорою на чотири імплантати та встановлення повного незнімного протезу.

Дана технологія передбачає наступні етапи:

- кісткову пластику, оскільки найчастіше у пацієнтів, які потребують повного протезування, спостерігається нестача кісткової тканини в місцях передбачуваної установки імплантатів;
- носіння знімного протеза 4-6 місяців до відновлення необхідного обсягу кісткової тканини;
- установка 6 і більше імплантатів та використання тимчасового протезу;
- виготовлення постійного незнімного протезу.

Більше двох десятиліть метод протезування All-on-4® успішно застосовується в лікуванні пацієнтів з повною адентією. Основна перевага цієї концепції: пацієнт приходить без зубів, а виходить із зубами. Тимчасовий незнімний протез встановлюється пацієнту без попередньої кісткової пластики відразу після імплантації, а через 4-6 місяців може бути виготовлений постійний незнімний протез. Відсутність кісткової пластики, витрати на яку можуть становити до 50% вартості лікування та негайне навантаження імплантатів тимчасовим незнімним протезом заощаджують пацієнтові час та

гроші. Тепер відмовитися від носіння знімних протезів може набагато більше пацієнтів. У беззубу верхню або нижню щелепу встановлюються чотири імпланти: два вертикально у фронтальному відділі і два в бічних відділах під кутом 30-45°. Нахилене положення імплантів у бічних відділах дозволяє обійти гайморову пазуху і нижньощелепний канал, а збільшення площі дотику імплантату з кісткою створює надійну опору для протезів довжиною до 12 одиниць при мінімальному обсязі кістки.

Висновок. Для отримання успішного результату імплантації потрібен індивідуальний підхід до кожного пацієнта з урахуванням його загального стану здоров'я, особливостей стоматологічного статусу, високого рівня хірургічної майстерності імплантолога, динамічне спостереження після операції.

## ЗАГОСННЯ РАН ПРИ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ ТА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

*Далищук А., Поліщук В., Поліщук О., Присяжнюк Д.*

Науковий керівник: професор Поліщук С.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. Одонтогенні запальні процеси щелепно-лицевої ділянки займають провідне місце серед патологій обличчя та шиї. Найбільшої уваги вони набувають при наявності супутньої патології печінки та гастроінтестинальної системи, що впливає на загоєння вогнищ та одужання пацієнтів. Біля 60% населення хворіють на один з різновидів гастриту, панкреатиту чи гепатиту. Причому дані захворювання мають тенденцію до зростання у всіх вікових групах, включаючи дітей та дорослих. Має тенденцію до збільшення і кількість одонтогенних запальних процесів обличчя та шиї (абсцеси чи флегмони, остеомиєліти, періостити, перикороніти, гайморити, періодонтити). Лікування таких пацієнтів вимагає подальшого дослідження та пояснення.

Мета. Дослідити перебіг загоєння ран щелепно-лицевої ділянки після розкриття абсцесів та флегмон на фоні патології печінки та гастроінтестинальної системи.

Матеріали та методи. Проведено дослідження 27 пацієнтів віком від 28 до 52 років із абсцесами та флегмонами піднижньощелепової,

підпідборідної, позадушелепової ділянок, яким була проведена операція з розкриття абсцесу чи флегмони. Всі пацієнти отримували стандартне медикаментозне лікування. У процесі роботи хворих було розділено на 2 групи: перша – основна (без супутньої патології), друга – контрольна (пацієнти з порушенням функції печінки та гастроінтестинальної системи). Досліджували терміни загоєння післяопераційної рани та кількість ускладнень.

Результати. У результаті проведеного дослідження виявлено, що першу (порівняння) групу склали 12 (44,4%) пацієнтів і термін загоєння післяопераційної рани склав в середньому  $7,5 \pm 1,8$  дні. У I групі ускладнення виникло у вигляді поширення інфекції на клітковинні простори шиї у 1 (8,3%) пацієнта. У II групу було віднесено 15 (55,6%) пацієнтів, в яких були виявлені порушення функцій печінки та гастроінтестинальної системи, в яких термін загоєння склав у середньому  $12,7 \pm 2,2$  днів, що на 3-5 дні довше, ніж у групі порівняння. Ускладнення були виявлені у 3 (20%) пацієнтів II групи: у 2-го пацієнта виникло поширення гнійно-запального процесу на клітковинні простори шиї, а у 1-го пацієнта діагностовано передньо-верхній медіастеніт, які отримали відповідне лікування.

Висновок.

1. При патології печінки та гастроінтестинальної системи подовжені терміни загоєння та одужання пацієнтів з  $7,5 \pm 1,8$  до  $12,7 \pm 2,7$  днів та збільшується кількість ускладнень збільшується з 8,3% до 20%.

2. При одонтогенних запальних процесах щелепно-лицевої ділянки слід звертати особливу увагу на захворювання печінки та гастроінтестинальної системи.

## ВПЛИВ ФІКСАЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ НА ВИНИКНЕННЯ ПЕРЕІМПЛАНТИТУ

*Далішук А., Поліщук В., Поліщук О., Коваль Н.*

Науковий керівник: професор Шувалов С.

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність. У дентальній імплантації із року в рік залишається актуальною проблема виникнення та лікування переімплантитів. Враховуючи збільшення потреби в дентальних імплантатах дана проблема не буде мати тенденції до зменшення. За допомогою зубних

імплантатів лікар стоматолог має можливість відновлення неперервності зубного ряду незнімною конструкцією, при цьому не використовуючи поряд стоячі інтактні зуби. Найбільш поширеним ускладненням після постановки імплантату є переімплантит. У практиці лікаря стоматолога зустрічається багато причин, які можуть вплинути на його виникнення. Це слід сказати про погану гігієну порожнини рота, супутні захворювання, технічні огріхи при виготовлення протезу. Відомий погляд, що на розвиток переімплантиту може впливати вибір фіксації ортопедичної конструкції. Стоматологи-ортопеди найчастіше використовують два методи фіксації ортопедичної конструкції на дентальних імплантатах, це гвинтова та цементна фіксація.

**Мета.** Вивчити вплив гвинтової та цементної фіксації ортопедичної конструкції на дентальних імплантатах на виникнення переімплантиту.

**Матеріали та методи.** У процесі нашої роботи було обстежено 28 хворих та проведений аналіз тканин навколо імплантату. При дентальній імплантації було пацієнтам встановлено по 1-2 одиночних зубних імплантатів. Вік пацієнтів знаходився в межах 22 до 44 років. Всі обстежувані пацієнти поділено в процесі роботи на 2 групи: перша – основна (17 пацієнтів) включала пацієнтів, яким встановлено дентальні імплантати і проведена фіксація ортопедичної конструкції за допомогою гвинтової фіксації; друга – порівняння (11 пацієнтів) включала обстежуваних, яким були встановлено детальні імплантати і проведена фіксація ортопедичної незнімної конструкції за допомогою цементного методу фіксації. Чоловіки та жінки в процесі обстеження та роботи склали приблизно рівну кількість по групах, а саме в першій групі було 9 жінок та 10 чоловіків, а в другій 5 жінок та 6 чоловіків. Усім пацієнтам досліджено стан кісткової тканин навколо зубного імплантату через 6 місяців після протезування, на основі картини по КТ.

**Результати.** В основній групі дослідження з 17 хворих, переімплантит спостерігався у двох пацієнтів, що склало 11,8% від загальної кількості обстежених пацієнтів у яких використана була гвинтова фіксація ортопедичної конструкції. У пацієнтів другої групи (порівняння), з 11 пацієнтів, протези у яких фіксувалися на цементі переімплантит виявили через 6 місяців після її фіксації у 3 пацієнтів, що склало 27,3%.

**Висновки:**

1. При цементній фіксації ортопедичної конструкції на зубних імплантатах кількість переімплантитів в 2,3 рази більша ніж при гвинтовій, 27,3% проти 11,8%.

2. Для зменшення кількості переімплантитів доцільно ортопедичні конструкції фіксувати за допомогою гвинтової фіксації.



## СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ МАГНІТНОЇ ФІКСАЦІЇ В ЗНІМНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ

*Дралова А., Заєць І.*

Науковий керівник: асистент Тарашевська Ю.Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів

Полтавський державний медичний університет

Багато років учені стоматологи-ортопеди намагаються вирішити проблему протезування при кінцевих дефектах зубних рядів розробляючи способи, що дозволяють, по-перше, зменшити вертикальне навантаження, яке припадає на альвеолярний гребінь, по-друге, зробити її рівномірним по всьому альвеолярному гребеню і, по-третє, раціонально розподілити її між альвеолярним гребенем і опорними зубами. Основна увага при цьому направлена на пошук оптимального виду кріплення знімного протеза.

Знімні протези з магнітними фіксаторами розподіляють жувальний тиск на опорні зуби, надійно фіксуються в порожнині рота, але із-за відсутності стабілізуючої частини нестійкі при горизонтальному навантаженні, можливі бокові (трансвензальні) зміщення базису протеза. Перевантаження опорних об'єктів, різка атрофія альвеолярних гребенів спонукала обмеженню для таких магнітних фіксаторів. Останні використовують в основному, як допоміжний елемент.

Мета роботи. На основі джерел науково-медичної інформації систематизувати погляди авторів на роль та значення магнітної фіксації зубних протезів.

Визначити оптимальний вид кріплення зубних протезів та запропонувати нову концепцію магнітної фіксації.

Матеріали та методи. При проведенні експериментально-лабораторних досліджень магнітів різних форм, намагніченності та матеріалів нами було встановлено маловідомий факт – самоцентрування магнітних пар, або «властивість повертатися у висхідне положення після припинення дії зовнішньої сили», або «ефекту магнітної пам'яті розташування», аналогічно використанню в стоматології нітінолу металу з ефектом пам'яті форми. Предмети з нітінолу (нікелід титану) – сплаву титану і нікелю – здатні “запам'ятовувати” первісну форму і повертатися до неї при використанні температурного впливу.

На підставі встановленого факту, нами було запропоновано нове концептуальне технічне рішення магнітної фіксації у телескопічноподібних з'єднаннях (балочна система, атачмени, телескопічні коронки та інші), а саме, на відміну від загально прийнятого

горизонтального (оклюзійного) розташування магнітних пар перенести їх на вертикальне (апроксимальне).

Результати. У результаті експериментальних досліджень телескопічного з'єднання показали спроможність магнітної системи забезпечити всі необхідні функції знімним зубним протезам, а саме: фіксуючу, опорну, перерозподільчу, стабілізуючу та амортизуючу.

Висновки. Сприйняття та впровадження запропонованої нами нової концепції магнітної фіксації знімних зубних протезів сприятиме досягненню вищого та ефективного рівня протезування та більш якісного відновлення стоматологічного здоров'я.

## УРОК ГІГІЄНИ ДЛЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Залашко К., Костромін В., Саприкіна М., Кірюхіна Є.*

Наукові керівники: доцент Кулай О.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Необхідною частиною комплексної системи профілактики стоматологічних захворювань у дітей є освітній компонент, що включає гігієнічне навчання та виховання. Без урахування цього розділу роботи або при недостатньо активному і диференційованому його проведенні всі затрати з первинної профілактики можуть виявлятися малорезультативними. Освітня робота має психолого-педагогічні закономірності, вікові особливості та враховує тип психологічного сприйняття інформації дитиною. У навчанні дітей молодшого шкільного віку добрі результати дають активні групові форми організації занять, що нагадують сюжетно-рольові ігри, до яких діти звикли ще в дошкільному віці. Перевагою активних форм роботи є безпосередній взаємозв'язок, що забезпечує найефективніший вплив на аудиторію. Їх висока дієвість залежить від спілкування, що забезпечує максимальний психологічний контакт і умови для взаєморозуміння.

З метою подальшої розробки плану менеджменту карієсу оснований на оцінці рівня ризику карієсу, клінічних спостереженнях та відповідях на запитання були проведені уроки гігієни для дітей шкільного віку та визначені фактори ризику карієсу.

Співробітники кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів разом зі слухачами та лікарями-інтернами провели уроки гігієни для дітей молодшого і старшого шкільного віку – учнів 3-х і 9-х класів

ліцею №17 «Інтелект» Полтавської міської ради. За системою CAMBRA (управління карієсом шляхом оцінки ризику), яка включає CRA (оцінку ризику карієсу) та рекомендації щодо управління карієсом, провели визначення основних факторів ризику карієсу шляхом анкетування. Використовували форму CRA CAMBRA оцінки ризику карієсу для вікового діапазону від 6 років до дорослого віку. Для візуалізації балансу карієсу надавали кількісну оцінку за CAMBRA123. Дітей розподіляли на групи з низьким, середнім, високим або дуже високим ризиком карієсу.

Для учнів молодшого шкільного віку (3-х класів) урок був підготовлений у вигляді гри «Герої зубної галактики». Діти з класними керівниками із задоволенням спілкувались із представниками університету, які показали цікаву презентацію про причини виникнення стоматологічних захворювань та основи догляду за порожниною рота. Демонстрація на моделях правильної методики чищення зубів була спрямованою на формування у малюків гігієнічних навичок і переростання їх у життєву потребу. Санітарно-просвітницьку роботу з дітьми старшого шкільного віку (учнями 9-х класів) проводили за допомогою презентації про причини та механізми виникнення захворювань твердих тканин зубів і тканин пародонта, про методи їх лікування та попередження, про використання предметів і засобів по догляду за порожниною рота.

Таким чином, проведений захід послужив основою виконання першого етапу поставленої нами мети.

## ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ІЗОЛЯЦІЇ РОБОЧОГО ПОЛЯ, ЯК МЕТОД ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ *Захер І., Омельченко О., Шюкуров А.*

Науковий керівник: асистент Тимошенко Юлія  
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Сучасні стоматологічні технології лікування зубів вимагають бездоганного виконання технологічних алгоритмів використання матеріалів, методик ендодонтичного лікування, естетичного протезування. Однією із перешкод для реалізації технологій залишається вологе середовище порожнини рота. Ця важлива функція являється великою перешкодою для реалізації принципу технологічної дисципліни під час роботи з композитними матеріалами, проведення

ендодонтичного лікування та інших стоматологічних втручань – сухість робочого поля. Традиційні методи запобігання вологості (слино відсмоктувачі, стоматологічні пілотяги, ватні роли тощо) не виконують ці вимоги.

Для сучасної стоматологічної допомоги ця проблема набуває надзвичайної актуальності. Впровадження сучасних стоматологічних технологій та тривалість стоматологічних втручань, розширений об'єм здійсненої стоматологічної допомоги, вимагає від лікаря – стоматолога чіткості та послідовності виконання протоколів медичної допомоги. Застосування системи ровер дам (кофердам) в практиці лікаря стоматолога призводить до скорочення робочого часу та виконання технологічних умов. А саме: запобігає попаданню на поверхні зубів, що лікуються, біологічних рідин (кров, ротова рідина), здійснює ретракцію ясен, попереджує заміну поглинальних засобів, добре оглядається робоче поле, запобігає подразнення слизової оболонки порожнини рота розчином гіпохлориду натрію та рідин, які містять кислоти.

Лікарі-інтерни на практичних заняттях освітньої частини навчання за фахом «Стоматологія» застосовують різні модифікації систем ізоляції (кофердам, орті дам, міні дам) для проведення санації пацієнтів, які мали карієс та його ускладнення. Це дозволяло в одне відвідування пролікувати декілька уражень зубів одночасно. При цьому пацієнти відчували себе більш комфортно, шляхом запобігання пересушуванню ротової порожнини при використанні аспіраторів, можливість тривалого відкриття рота за допомогою натягнутої на рамку гуми, відсутність неприємного смаку та печіння від застосовуваних медикаментів. Крім того, латексна завеса є фізичним бар'єром між ротовою рідиною пацієнта та лікарем, що запобігати перехресному інфікуванню особливо небезпечними інфекціями.

Отже, застосування ізоляційні системи в практичній діяльності лікарів-інтернів призводить до скорочення часу лікування, виконання технологічних вимог, збільшує комфорт стоматологічних послуг для пацієнтів, що сприяє максимальній санації та підвищує якість лікування стоматологічних захворювань.

## ДОБРОЯКІСНА НЕАКАНТОЛІТИЧНА ПУХИРЧАТКА СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

*Карпенко А., Назаренко В.*

Науковий керівник: професор Скрипнікова Т.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

До групи захворювань, які зазначені в літературі та клініці, як дерматостоматити відноситься пухирчатка. Її поширеність невисока та складає 0,3-0,5% серед цих захворювань, однак помилки в її діагностиці дорівнюють 55-85% випадків. Перебіг хвороби тривалий, в більшості випадків, тяжкий, рецидивуючий. Прояви пухирчатки можуть бути тільки як на шкірі та слизовій оболонці порожнини рота та інших слизових, так і ізольовані – лише на слизовій оболонці порожнини рота. Згідно з сучасними класифікаціями розрізняють справжню (акантолітичну) пухирчатку її різновиди та неакантолітичну (хибну). Акантолітична пухирчатка має форми: вульгарну (або звичайну), листоподібну, вегетуючу, себорейну (еритематозну), бразильську. До хибної (доброякісної) відноситься власне неакантолітична пухирчатка (бульозний пемфігоїд Левера), пухирчатка ока (кон'юнктиви) та доброякісна неакантолітична пухирчатка лише слизової оболонки порожнини рота. Найбільш поширеною при цьому вважається вульгарна пухирчатка. У 60-70% випадків захворювання уражається слизова оболонка порожнини рота, яка має зміни саме при перших симптомах захворювання.

Метою нашої роботи є оцінка симптомокомплексу захворювань для діагностики акантолітичної і доброякісної неакантолітичної пухирчатки слизової оболонки тільки порожнини рота.

Справжня та хибна пухирчатка в порожнині рота мають відмінності та спільність у різноманітності клінічних проявів, тривалості захворювання, патогенезі, діагностичних симптомів, результатів лікування.

Спільність обумовлена локалізацією процесу порожниною рота, її анатомічними особливостями органів, їх функцією, морфологією епітелію, елементами ураження, необхідністю комплексного підходу в лікуванні.

Доброякісна неакантолітична пухирчатка тільки порожнини рота не супроводжується порушенням загального стану здоров'я пацієнта. Елементами ураження є субепітеліальні пухири різного розміру, після вскриття яких утворюються яскраві малоболючі ерозії, вкриті щільною покришкою пухири. Симптом Нікольського негативний, клітини

Тцанка відсутні. Лікування тривале, але ефективне. Після нього не утворюються рубці, спайки, атрофія. Можливі рецидиви.

Таким чином, необхідно розрізняти у клініці симптоми справжньої та хибної пухирчатки для надання своєчасного, комплексного та ефективного лікування.

## ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОТОСЕНСИБІЛІЗАТОРА «PADPLUS» У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

*Константінова А., Артемова М.*

Наукові керівники: асистент Сокологорська-Никіна Ю., доцент Стасюк О.  
Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів  
Полтавський державний медичний університет

Залишається актуальним питання збереження гігієни порожнини рота під час лікування незнімними ортодонтичними апаратами. Дюгові конструкції, що використовуються під час ортодонтичного лікування мають вплив на порушення гігієни, що може сприяти розвитку запальних процесів у яснах та тканинах пародонту. Проте на практиці виявлено, що основною причиною виникнення патологічного процесу є сама патологія зубощелепної системи та недостатність навичок якісного чищення зубів, при наявності брекет-системи як додаткового фактору. Частота виникнення гіпертрофічного гінгівіту серед інших пародонтологічних захворювань, які спостерігаються після ортодонтичного лікування, коливається від 55% до 62%.

Мета дослідження: оцінка ефективності лікування гіпертрофічного гінгівіту за допомогою фотосенсибілізатора "PADPLUS" у ортодонтичних пацієнтів.

Матеріали і методи. Було оглянуто 50 пацієнтів віком 20-35 років з діагнозом хронічний гіпертрофічний гінгівіт. Пацієнти з захворюваннями ендокринної системи, вагітні або ті, що перебувають у пубертатному періоді, були виключені з експериментальної групи. Здійснено оцінку гігієнічного стану за допомогою індексу Фьодорова-Володкіної, папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА), індексу гінгівіту Сілнес-Лоу, а також проби Шилера-Писарева. Перед початком фотосенсибілізуючої терапії проведено однаковий процес локальної пародонтологічної терапії, що включав професійну гігієну ультразвуком та Air Flow, а також зрошення ясенних кишень 0.12% розчином хлоргексидину біглюконату. Для проведення фотосенсибілізуючої терапії

було обрано розчин «PADPLUS» та апарат «UFL-122». Курс лікування складав 10 процедур.

Результати. Мікроорганізми, такі як *Streptococcus mutans* і *Enterococcus faecalis*, не мають власних фотосенсибілізаторів, що робить їх стійкими до червоного світла. Розчин «PADPLUS» має дві області поглинання світла: в ультрафіолетовому діапазоні з довжиною хвилі менше 340 нм і в видимому діапазоні 490-590 нм, з максимумом поглинання при 540 нм. У результаті дослідження було виявлено наступне: зменшення гіпертрофії на  $\frac{1}{4}$  відзначено у 44% випадків, на  $\frac{1}{3}$  у 44% випадків, на  $\frac{1}{2}$  у 10% випадків, а повне відновлення спостерігалось лише у 2% обстежених осіб.

Висновки. З урахуванням отриманих результатів можна зробити висновок, що застосування фотосенсибілізуючої терапії з використанням розчину "PADPLUS" та апарату "UFL-122" може бути ефективним методом лікування хронічного гіпертрофічного гінгівіту у ортодонтичних пацієнтів.

## АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ ПАРОДОНТИТІ: СУЧАСНИЙ СТАН ПИТАННЯ. СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

*Коробко Е., Лисун І.*

Наукові керівники: доцент Шинкевич В., доцент Удальцова К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серед підходів по оптимізації лікування пародонтиту важливе місце посідає системне використання антибіотиків. Але сучасне зростання антибіотикорезистентності вимагає перегляду ситуацій в яких дійсно слід призначати системні антимікробні засоби.

Мета. Аналіз літератури, присвяченої системному застосуванню антибіотиків при пародонтиті за останні 5 років для з'ясування реальних показань, оптимального препарату і очікуваного ефекту.

Методи дослідження. Пошук у базі даних PubMed за ключовими словами: periodontitis, antibiotics. З 220 джерел відібрано 33, які відповідали тематиці. І екстраговано дані про назву препарату, режими призначення, показання або обґрунтування їх призначення, і за якими клінічними показниками оцінена ефективність.

Основні результати. Найбільше число джерел присвячено азитроміцину, амоксициліну та метронідазолу. Відсутні згадування про такі препарати як лінкоміцин, Цифран СТ. Приблизно однаковими

за клінічним ефектом виявилися сатранідазол, метронідазол та кліндаміцин, комбінація амоксициліну та метронідазолу. Під сумнівом у дослідників доцільність поєднання азитроміцину з метронідазолом, і системне використання доксицикліну. У довготривалій перспективі всі антибіотики демонструють однакову ефективність.

Пацієнти із генералізацією біоплівкової інфекції, поширенням її на м'які тканини, з численними глибокими кишнями та пацієнти які курять можуть отримати додаткову клінічну користь від системної антибіотикотерапії. Показання до системної антибіотикотерапії як доповнення до місцевого періодонтального лікування – це ознаки системного поширення інфекції у поєднанні із всебічним розглядом балансу користі та ризиків.

Системні антибіотики першої лінії вибору – пеніциліни, в режимі призначення мінімальний курс, або високі дози і тривалий курс. При цьому оптимальним режимом призначення системної антибіотикотерапії при пародонтиті може бути довготривалий курс – для боротьби з біоплівковими інфекціями.

Розуміння динаміки клінічних періодонтальних індексів та інших біомаркерів надає можливість додатково оцінювати клінічну ситуацію і отримувати передбачуваний результат лікування. Проведення покрового лікування пародонтиту є обов'язковим і системна антибіотикотерапія – лише компонент у сучасних клінічних рекомендаціях.

Найбільш несприятливі наслідки антибіотикотерапії – це можлива антибіотикорезистентність та обмежений за тривалістю ефект.

Висновок. Системні антибіотики як додаткове лікування при пародонтиті є цінним ресурсом, який слід розглядати на засадах персоналізованої медицини.

## ФОТОПРОТОКОЛ ТА ЦИФРОВЕ СКАНУВАННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

*Кроценко О.*

Науковий керівник: Лазарева К.

Кафедра -післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У сучасному світі одним з найефективніших методів візуалізації та діагностики є фотопротоколювання. Використання устаткованого протоколу та фотознімків клінічної ситуації стандартного масштабу дозволяє полегшує не тільки етап діагностики, а і



використовується на усіх етапах лікування. Фото стану зубів, зубних рядів, посмішки та портретів дозволить стоматологу наочно продемонструвати пацієнту клінічний стан порожнини рота, дозволяє мотивувати пацієнта на лікування, продемонструвати схожі варіанти лікування та фіксувати етапи лікування та диспансерного нагляду. Також одним із новітніх методів зберігання інформації є використання цифрового інтраорального сканера, за допомогою якого можна створювати цифровий тривимірний відбиток зубів. Цифровий скан може стати якісною альтернативою фотопротоколу, що не тільки дозволяє протоколювати ситуацію, а і дозволяє виготовити діагностичні капи, мокапи, хірургічні шаблони тимчасові конструкції та ін.

Мета. Порівняння двох методів протоколювання, збереження інформації та первинної діагностики – стандартного фотографування та сканування цифровим інтраоральним сканером.

Методи дослідження. Під час дослідження ми використали фотопротокол для фіксації клінічного стану зубів та зубних дуг та скан отриманих цифровим інтраоральним сканером.

Основні результати. Під час дослідження 10 пацієнтам ми використовували фото клінічного стану зубів та зубних дуг для мотивації до лікування. 10 іншим пацієнтам для мотивації використовували лише метод інтраорального сканування зубів верхньої та нижньої щелепи та прикусних сканів. В обох випадках пацієнти були однаково замотивовані на лікування одразу після первинної консультації та візуалізації. Пацієнтам було простіше зрозуміти дані фотопротоколу, вони виявляли зацікавленість та бажання проконтролювати всі етапи лікування. Однак пацієнти в яких використовувалося цифрове сканування набагато швидше отримували свої конструкції, візуалізували колір майбутніх протезів тощо.

Висновок. Отже, на підставі даних нами досліджень ми можемо зробити висновок, що обидва методи є безпечною, сучасною методикою мотивації пацієнта для лікування. Фотопротокол дієвий діагностичний метод який потребує невеликих фінансових та часових витрат, але такий метод діагностики не може замінити інші діагностично-лікувальні етапи. Інтраоральне сканування дозволяє не просто візуалізувати клінічну ситуацію порожнини рота, а і замінити або об'єднати декілька етапів діагностики (такі як фотопротокол, відбиток, створення цифрового мокапу), а також дозволяє прискорити деякі етапи створення ортопедичних конструкцій, такі як капи, або хірургічні шаблони тощо.

## АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ КАРІЄСУ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ДІТЕЙ

*Крупін М., Лубенко В., Сердюк О., Стець Є., Фісан О.*

Науковий керівник: асистент Мосієнко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, розповсюдженість карієсу серед дітей у світі коливається від 25% до 72%. У багатьох країнах спостерігається тенденція до зниження частоти та інтенсивності карієсу в дітей. Однак в Україні ці показники залишаються високими та продовжують зростати, зокрема у дітей віком 12 років від 72,7% до 91,4%, а у дітей 15 років – від 81,3% до 94,3%.

Відповідно, аналіз показників карієсу у внутрішньо переміщених дітей у контексті воєнного конфлікту є актуальним, оскільки воєнні дії суттєво ускладнюють доступ до медичної допомоги. Воєнний конфлікт веде до руйнування медичної інфраструктури, перерв у постачанні води та електроенергії. Це призводить до зниження можливостей дітей отримувати профілактичну та лікувальну стоматологічну допомогу. Погіршення умов життя, стрес та недостатня гігієна сприяють розвитку карієсу, який може стати серйозною проблемою для здоров'я та якості життя дітей в країні, де йде війна.

Метою дослідження стало провести ретроспективний аналіз поширеності, інтенсивності карієсу серед внутрішньо переміщених дітей у контексті воєнного конфлікту.

Матеріали та методи. Здійснювався ретроспективний аналіз медичних карток стоматологічних пацієнтів внутрішньо переміщених осіб (форма 043/о). Дослідження проводилося на базі ДПСВ КП «Дитяча міська клінічна лікарня ПМР». Показники поширеності та інтенсивності карієсу визначалися за індексами: кп, кп+КПВ, КПВ. Статистична обробка даних проводилась за критерієм t-критерій Стьюдента.

Результати та їх обговорення. Всього проаналізовано – 186 медичних карток за період з вересня по листопад 2024 року. Середній вік пацієнтів склав  $(9,08 \pm 0,28)$  роки. Згідно гендерного розподілу, встановлено, що хлопчики склали 54,3%, дівчатка 45,7%, всього 24,2% оглянутих були терапевтично здорові. Визначена середня інтенсивність карієсу за індексами: кп  $(1,94 \pm 0,26)$ , кп+КПВ  $(2,98 \pm 0,22)$ , КПВ  $(1,36 \pm 0,17)$ . Зальний показник поширеності карієсу склав 75,8%, що говорить про досить високий рівень захворювання у дітей ВПО. Повну санацію

порожнини рота отримало 38,2 % пацієнтів, що може бути пов'язано з мобільністю даної групи пацієнтів.

Висновки. Отримані результати свідчать про високий рівень поширеності карієсу серед дітей ВПО, що вимагає уваги та застосування заходів профілактики та підкреслюють необхідність розвитку та впровадження ефективних програм з охорони стоматологічного здоров'я серед цієї вразливої групи дітей.

## ЛЕЙКОПЛАКІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Кузьменко С., Мартинюк Д., Коцюба О., Ковтун І.*

Наукові керівники: асистент Хавалкіна Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів  
Полтавський державний медичний університет

Своєчасна діагностика та лікування лейкоплакії вкрай необхідні, оскільки ігнорування пацієнтом наявності цього захворювання може призвести до розвитку онкопроцесу.

Мета роботи: звернути увагу лікарів на захворювання СОПР – лейкоплакію, яка відноситься до передраків, для вибору методу лікування та профілактики.

15.11.2023 р. на кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулася жінка 55 років зі скаргами на наявність утворення під язиком, незначне стягнення, сухість окремих ділянок слизової рота. Вважає себе хворою протягом року, коли вперше виникли скарги. Супутні захворювання: хронічна виразка шлунка та хронічний панкреатит. Стан гігієни порожнини рота – незадовільний, Об'єктивно: в ділянці під'язикового валика зліва від вуздечка виявлено утворення білого кольору, з чітким, не рівним краєм 0.8 см, з бугристими розростаннями; справа – утворення з рівними краями, пласке, без горбистих утворень та інфільтрацій на поверхні.

На основі суб'єктивних та об'єктивних даних встановлено попередній діагноз: лейкоплакія бородавчаста під'язикового простору. Для визначення кінцевого діагнозу проведено біопсію ураженої ділянки слизової оболонки. Результати дослідження: виявлено частинки фіброзної тканини з дрібними судинами. Зовні слизова покрита багат шаровим плоским епітелієм з дисплазією м'якого ступеня, гіперкератоз. Атипії не виявлено.

Після проведеної диференційної діагностики (облігатні передраки

(хейліт Манганотті, обмежений гіперкератоз, бородавчастий передрак), факультативні передраки (шкірний ріг, папілома, кератоакантома, лейкоплакія, хейліт), фонові процеси (плоскі лейкоплакії, хронічні виразки, тріщини губ), вище перелічені захворювання були виключені і встановлено кінцевий діагноз: лейкоплакія дна порожнини рота, верукозна форма.

Лікування захворювання: усунення шкідливих звичок (якщо вони є); санація; лікування соматичної патології. Медикаментозне лікування: використовують вітаміни груп А, Е і В. Хірургічне втручання – видалення лазером або методом електрокоагуляції уражених ділянок слизової.

Результат лікування: у пацієнтки після проведеного хірургічного лікування спостерігається загоєння уражень.

Таким чином, у зв'язку з тим, що захворювання відноситься до передраків, хворій рекомендовано обов'язкове диспансерне спостереження протягом 3 років з оглядом через 6 місяців після ліквідації клінічних проявів. Надалі – 1 раз на рік, для проходження профілактичного огляду та санації порожнини рота.

## ВИКОРИСТАННЯ ДЮДНОГО ЛАЗЕРУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

*Кульчицька С. \*, Шнайдер Д. \*\**

Науковий керівник: доцент Марченко А.

Кафедра терапевтичної стоматології

\*Полтавський державний медичний університет

Науковий керівник: доцент Деньга А.

Кафедра ортодонції

\*\*Одеський національний медичний університет

Актуальність. За даними Глобальної доповіді ВООЗ щодо стану здоров'я порожнини рота (2022 р.), майже 3,5 мільярда людей у світі страждають на хвороби порожнини рота. Подальша урбанізація, зміна умов життя, COVID-19, війна відображаються на психоемоційному стані населення України, та, як наслідок, на стоматологічному здоров'ї. Дослідження показують взаємозв'язок стресу, що присутній у кожної людини в тій чи іншій мірі, з розвитком захворювань пародонту, а також проявів герпетичної інфекції. Герпетичний стоматит, – це вірусна інфекція, спричинена вірусом простого герпесу типу 1 (ВПГ-1). Інфекції ВПГ-1 є повсюдними, причому вірус є дуже

трансмисивним серед людей. Він проявляється у вигляді пухирців та ерозій на губах, слизовій оболонці ротової порожнини, носа. Особливо небезпечними є прояви захворювання для осіб з ослабленим імунітетом. З появою діодного лазера, стоматологія отримала перспективний метод лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота. Лазерне світло має перевагу в чистоті та фіксованому фазовому співвідношенні фотонів, що створює можливості для його застосування в наукових, комерційних, промислових та медичних цілях. Діодний лазер активно використовується в лікуванні захворювань СОПР для зменшення запалення, прискорення процесу відновлення хірургічних ран та зменшення болю. Фотобіомодуляція – це терапія, яка використовує світло у видимому або інфрачервоному спектрі для зменшення запалення, контролю болю та прискорення відновлення. Первинні ефекти фотобіомодуляції виникають на рівні клітинного дихального ланцюга, що призводить до посилення васкуляризації, модуляції імунозапальної відповіді та швидкого відновлення обробленої зони.

Мета. Оцінка використання діодного лазера як фотодинамічної терапії для лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота, зокрема герпетичного стоматиту.

Стратегії лікування герпетичного ураження слизової оболонки порожнини рота зазвичай симптоматичні і складаються з щадної дієти, достатнього споживання рідини, анальгетиків і жарознижуючих засобів за потреби. Альтернативна терапія включає місцеве застосування низькорівневої лазерної терапії (LLLT), яка має багато фізіологічних ефектів, таких як протизапальні та знеболюючі властивості, а також стимуляція загоєння ран.

У нашій клінічній практиці використовується лазер Lasotronix, який гарно зарекомендував себе серед діодних лазерів. Маючи широкий спектр різноманітних програм, він дозволяє застосовувати себе при лікуванні різних захворювань слизової оболонки порожнини рота, захворювань скронево-нижньощелепного суглобу, відбілюванні (зокрема при флюорозі). Широко використовується в ендодонтії при лікуванні періодонтитів, для стерилізації кореневих каналів.

Лікування проявів хронічного рецидивуючого герпетичного стоматиту показує позитивні результати. Одразу після процедури пацієнти відмічають полегшення болісних відчуттів, а на наступний день зменшення проявів герпетичного стоматиту після фотобіомодуляції, прискорення загоєння ерозій.

Отримані результати відображають доцільність використання низькорівневої терапії у повсякденній стоматологічній практиці

лікування захворювань СОПР для досягнення оптимізації комплексного лікування при використанні сучасної апаратури, покращення якості життя пацієнта.

## ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТУ. МУКОЗИТ. КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

*Лубенко В.*

Наукові керівники: професор Скрипнікова Т., асистент Хавалкіна Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

У сучасній онкології хімієтерапія, поряд з хірургічними методами і променевим впливом, є одним із найважливіших компонентів протоколів лікування. Застосування в клінічній практиці сучасних протипухлинних препаратів доволі часто супроводжується розвитком побічних реакцій зі сторони слизової оболонки порожнини рота (СОПР), таких, як мукозит. Частота розвитку мукозиту в порожнині рота в онкохворих досягає майже 90%.

Мета роботи: донести до пацієнтів значення профілактики мукозитів, що виникають після проведеного лікування онкологічного захворювання.

У патогенезі мукозиту виявляють 2 механізми розвитку: пряме пошкодження і непряма стоматотоксичність (сукупність ушкоджуючих факторів в порожнині рота). Модель розвитку мукозиту: початкова стадія, відповідь на первинне ушкодження, передача сигналу, виразкування, заживлення. У більшості випадків виразки гояться через 2-3 тижні після закінчення хімієтерапії.

Основні клінічні прояви в порожнині рота можуть варіювати від легкої гіперемії до утворення великих виразок, що зливаються, оголених або покритих фібринозною плівкою. Для оцінки ступеня тяжкості мукозиту використовують шкалу критеріїв токсичності NCI-CTC (National Cancer Institute – Common Toxicity Criteria).

Пацієнтам з мукозитами призначається: їжа в рідкому та напіврідкому вигляді; за наявності легкого, незначного болю – полоскання (фізіологічний розчин, розчин соди, вода). При їх недостатній ефективності додають місцеві анестетики (розчин лідокаїну 2%); якщо є великі болючі виразки, додають анальгетики; колонії мікроорганізмів призводять до загострення та посилення мукозиту, відповідно, деконтамінація мікробної флори є важливим

елементом лікування мукозитів порожнини рота (деконтамінація – суворе дотримання гігієнічних заходів).

Профілактика: формування у пацієнта знань та вмінь щодо підтримки індивідуальної гігієни порожнини рота до та протягом всіх етапів протипухлинного лікування; санація порожнини рота, якщо пацієнт не може проводити стандартну гігієну порожнини рота, можна застосовувати ватяні палички, валики; при наявності зубних протезів їх необхідно чистити після кожного приймання їжі та проводити антисептичну обробку.

Для профілактики виникнення мукозиту на кафедрі розроблено «Пам'ятка пацієнтам». В ній викладені поради, що необхідно робити для профілактики мукозиту.

Таким чином, лікарю-стоматологу відводиться значна роль у запобіганні виникненню ускладнень при застосуванні променевої терапії у онкохворих.

## СКЛАДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ

*Мартиненко Н.*

Науковий керівник: доцент Хміль Т.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Серед стоматологічних захворювань особливе місце посідають ураження слизової оболонки порожнини рота. Підвищена увага, яку приділяють цій патології науковці і практичні лікарі, пов'язана зі значною частотою цих захворювань, великою різноманітністю їх форм, широким спектром етіологічних чинників і доволі складним, а іноді – не досить ясным патогенетичним механізмом цих уражень.

Червоний плесканий лишай (ЧПЛ) може впливати на якість життя пацієнтів. Розповсюдженість ЧПЛ по відношенню до інших захворювань СОПР складає 11-35%. Особливістю його перебігу є те, що він може мати багато етіологічних чинників, різні прояви деяких симптомів та їх поєднання, різні форми, на фоні соматичних захворювань, імовірність малігнізації до 2,8%. Рання діагностика та своєчасне лікування дозволяють уникнути ускладнень та покращити прогноз хвороби.

Метою роботи стало поглиблення знань з етіології, патогенезу, клініки та перебігу різних форм ЧПЛ для якісної диференційної діагностики і подальшого лікування.

Матеріали і методи. На базі кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів проводилися консультації, огляди хворих з ЧПЛ, проаналізовані літературні джерела стосовно різноманітності проявів цього захворювання.

Результати дослідження показали, що ЧПЛ важко діагностувати через схожість симптомів з іншими шкірними захворюваннями (екзема, псоріаз) та захворюваннями СОПР (лейкоплакія, кандидоз, пухирчатка). ЧПЛ може зустрічатися на фоні цих захворювань, що ускладнює диференційну діагностику, наприклад – кандидоз. Це свідчить про необхідність більш детального збору анамнезу, знання патогномонічних симптомів, направлення на консультацію до суміжних спеціалістів та проведення додаткових методів обстеження, а саме лабораторних (цитологія, біопсія). Усе це допоможе підтвердити або спростувати наявність супутніх захворювань, що ускладнюють діагностику.

За даними літератури, серед форм ЧПЛ у 63,5% випадків спостерігається гіперкератозна (типова) форма. Найбільш часта локалізація проявів – слизова щоки по лінії змикання кутніх зубів – 75%, рідше на язичку – 32%, піднебінні – 21%, яснах – 11%, губах – 7%, на дні порожнини рота – 3,5% (Айзенберг Е., 2006). Іноді зустрічається поєднання двох і більше захворювань СОПР, тому лікарі-стоматологи повинні знати особливості морфологічних елементів ураження, локалізацію місць розташування та клінічні прояви патології, вміння проводити диференційну діагностику, для своєчасної та адекватного лікування хворих з ЧПЛ.

Таким чином, при проведенні диференційної діагностики у хворих на ЧПЛ необхідно враховувати наявність супутньої патології, поєднаних уражень СОПР і шкіри, результати додаткових методів дослідження, клінічні прояви, для призначення ефективного лікування.

## МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ РЕТЕНЦІЙНОЇ КІСТИ НИЖНЬОЇ ГУБИ

*Назаретян В., Карпенко А.*

Науковий керівник: доцент Гуржій О., доцент Коломієць С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Серед посттравматичних ускладнень малих слинних залоз значуще місце займають ретенційні кісти. Їх лікування можливо лише хірургічно та у дітей це є однією із важливих проблем амбулаторної



хірургічної стоматології.

Мета нашої роботи – підвищення ефективності лікування ретенційної кісти малої слинної залози нижньої губи.

Лікування і динамічне спостереження проводилось пацієнту 15 років із ретенційною кістою малої слинної залози нижньої губи. У ході дослідження використовували: дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження, гістологічне дослідження видаленого матеріалу.

Дівчинка А., 15 років, звернулася зі скаргами на безболісне пухлиноподібне утворення на нижній губі, утруднення при вживанні їжі, естетичний недолік. Пацієнтка вказує на періодичне накушування слизових оболонок губ, щік під час нападів тривоги, давність захворювання більше 2-х років, пов'язує з початком воєнного стану в Україні. Мешкає в Харківській області, протягом року приймала антидепресанти. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Але неможливо було звернути увагу на зовнішній вигляд пацієнтки: колір волосся, одяг, татуювання на шкірі, використання кольорових лінз. При подальшому спілкуванні з'ясували, що підліток захоплюється субкультурою аніме. Особливостями феномену аніме є соціофобія, самоізоляція та депресія.

Об'єктивно: конфігурація обличчя не порушена, відкриття рота вільне. У товщі нижньої губи справа зі сторони присінка порожнини рота виявлено новоутворення округлої форми, еластичної консистенції з гладкою поверхнею, діаметром до 15 мм, спаяне з підлеглими тканинами. Слизова оболонка над утворенням не змінена, крізь неї проглядається вміст блакитного кольору. Регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

Встановлено діагноз: ретенційна кіста малої слинної залози нижньої губи.

Складено план лікування: консультація лікаря-ортодонта з метою виготовлення міорелаксуючої капи; проведення цистектомії; консультація психотерапевта; динамічне спостереження протягом 6 місяців.

Гістологічним дослідженням операційного матеріалу встановлено морфологічний діагноз: мукоцеле (слизова кіста).

Участь різних спеціалістів в даному клінічному випадку забезпечила підвищення ефективності проведеного хірургічного лікування. Індивідуальний підхід до кожного пацієнта з урахуванням його психоемоційного стану, віку, клінічних симптомів, даних анамнезу забезпечує успіх проведеного втручання та запобігає виникненню рецидиву.

## ВИБІР ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ АНОМАЛІЙНОМУ ПРИКРІПЛЕННІ ВУЗДЕЧКИ НИЖНЬОЇ ГУБИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Назаретян В., Швець А.*

Наукові керівники: асистент Мельник В., асистент Шевченко В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Одна з найпоширеніших проблем у дитячій стоматології – пластика вуздечки. Залежно від медичних показань може бути проведена пластика вуздечки верхньої губи, вуздечки язика або пластика вуздечки нижньої губи. Проводити операцію корекції вуздечки нижньої губи потрібно лише у разі її високого прикріплення чи укорочення.

Мета роботи. Вибір хірургічного методу пластики вуздечки нижньої губи у дітей в залежності від типу вуздечки.

У хірургічне відділення КП «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка» звернулись батьки дівчинки 8 років зі скаргами на наявність у дівчинки щілин між зубами верхньої та нижньої щелеп, які естетично турбують дитину, застрягання їжі в міжзубних проміжках. Слизова оболонка порожнини рота блідо-рожевого кольору, помірно зволожена, без порушень цілісності. Глибина присінку порожнини рота 6 мм. Вуздечка нижньої губи вкорочена, прикріплюється до краю альвеолярного відростка між зубами 3.1,4.1. Прикус змінний, наявні діастеми між 1.1, 2.1 і 3.1, 4.1. Порожнина рота санована. Кількість зубів відповідає віковій нормі (24 зуба).

Діагноз: аномалійне прикріплення вуздечки нижньої губи. Оскільки у пацієнтки вуздечка нижньої губи міцна, вкорочена, прикріплюється до краю альвеолярного відростка на верхівці міжзубного сосочка між зубами 3.1, 4.1, то ми виключаємо II та III типи вуздечок нижньої губи. Хід операції. Під аплікаційною анестезією спреєм лідокаїну 10% проведено інфільтраційну анестезію розчином Скандонест 3% 0,8 мл. Проведено висічення вуздечки у місці її прикріплення двома V-подібними розрізами до кістки, відшаровуємо і зміщуємо донизу слизово-окисний клапоть. Рана в нижньому відділі отриманого ромбу ушита кетгутовими швами. Рекомендації: гігієна порожнини рота, щадне вживання їжі, нурофен для дітей суспензія, спрей орасепт.

Інші методи та засоби лікування. Френулопластика – хірургічне втручання, яке проводиться за відповідними показаннями лікаря логопеда чи ортодонта. Метод пластики – класичне хірургічне втручання або підрізання вуздечки лазером. Діодний лазер – підрізання

вуздечки лазером триває до трьох хвилин та дозволяє провести хірургічне втручання відразу коагулюючи рану.

Висновок. У даної пацієнтки було проведено висічення вуздечки у місці її прикріплення двома V-подібними розрізами. Якщо вуздечка щільна, прикріплена до вершини ясеневого сосочка-можна запропонувати пластику вуздечки, переміщенням трикутних клаптів за А.А. Лімбергом, або з використанням діодного лазера.

## ПРОФІЛАКТИКА РАННЬОГО ДИТЯЧОГО КАРІЕСУ

*Остроух Б., Дорошенко О., Ковальчук Р., Самохвалова В.*

Науковий керівник: асистент Мосієнко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ранній дитячий карієс (РДК) залишається серйозною проблемою дитячого здоров'я. РДК характеризується гострим початком майже зразу після прорізування першого тимчасового зубу та множинністю ураження. Поширеність РДК у світі коливається від декількох відсотків у 1-річному віці до 90% у дітей 6-7 років. Закладка та мінералізація тимчасових зубів відбувається у внутрішньоутробному періоді, тому здоров'я вагітної жінки та її розуміння причини виникнення карієсу у дитини в ранньому віці є важливим.

Профілактика РДК вимагає всебічного підходу, що включає освіту батьків з питань правильної гігієни ротової порожнини та харчування. Залучення до цього процесу лікарів-стоматологів, які можуть надавати необхідні рекомендації та втручання вже з перших місяців життя дитини, є ключовим для зниження рівня РДК. Особлива увага повинна приділятися ранньому виявленню симптомів карієсу та вживанню заходів щодо їх лікування.

Мета. Оцінити ефективність освітніх заходів у формі лекцій та підготовлених пам'яток серед вагітних жінок, на рівень їхніх знань щодо профілактики РДК.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 46 вагітних жінок, які перебували на спостереженні у Перенатальному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скілфосовського ПОР». До та після проведення просвітицької роботи проводилося анкетування для оцінки рівня знань майбутніх матерів щодо профілактики раннього дитячого карієсу. Жінки прослухали лекції та отримували пам'ятки з профілактики раннього дитячого карієсу. Анкетування проводилося до та через 7 днів після нього.

Результати та їх обговорення. Проведене до початку санітарно-просвітницької роботи анкетування продемонструвало низьку обізнаність майбутніх матерів щодо стоматологічної профілактики, та склало 31,3%. Через 7 днів після лекції та ознайомлення вагітних із пам'ятками ми спостерігали значне покращення. А саме значення середнього відсотка правильних відповідей збільшилося майже в 3 рази та склало 90,4%.

Висновок. Освітні програми, які включають аудіо-візуальну інформацію та друковану продукцію у вигляді пам'яток, ефективно підвищують обізнаність вагітних жінок про важливість профілактики раннього дитячого карієсу. Рекомендовано включити такі програми в стандартну практику перенатального догляду. Для попередження розвитку РДК, доцільно в пренатальному центрі реалізувати програму спрямовану на освіту вагітних жінок щодо гігієни порожнини рота у дітей 1-3 років.

## ВИЗНАЧЕННЯ ЗУБНОГО ВІКУ – ВАЖЛИВИЙ КРИТЕРІЙ В ДІАГНОСТИЦІ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

*Пистіна С.*

Наукові керівники: доцент Смаглюк В., професор Смаглюк Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський держаний медичний університет

Актуальність. Взаємообумовленість і взаємозалежність всіх фізіологічних та патологічних процесів організму людини спонукають дослідників до уточнення і перегляду критеріїв фізіологічної норми, визначення її референтних значень з урахуванням індивідуальних параметрів і меж. Для характеристики індивідуального розвитку, крім календарного, важливими є показники біологічного, психічного і соціального віку людини. Одним із основних критеріїв біологічної зрілості є відповідність стадій формування, прорізування, дозрівання тимчасових і постійних зубів паспортному віку дитини, підлітка чи дорослої людини. У сучасних дітей терміни формування і прорізування тимчасових і постійних зубів досить варіабельні і часто відрізняються від стандартизованих показників. Усе це є підґрунтям для проведення досліджень індивідуальних показників біологічної зрілості дитини чи підлітка особливо, коли йде мова про ортодонтичну діагностику і планування лікування пацієнтів із ЗЩА.

Мета. Визначити показники індивідуальної біологічної зрілості

дітей у період змінного та постійного прикусу.

Методи дослідження. Групу дослідження склали 54 особи віком від 10 до 14 років з патологією прикусу 1 клас за Енглеом. У групі дослідження проведено рентгенологічне обстеження для оцінки зубного віку дітей у період формування та прорізування постійних зубів та математичний аналіз показників розвитку постійних зубів із застосуванням формули лінійної регресії Cameriere et. al., 2006. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням критерію Ст'юдента-Фішера.

Основні результати. Під час аналізу отриманих даних нами було встановлено, що паспортний вік відповідає зубному у 37 осіб із 54 з групи дослідження, що становить 68,5%, не відповідність цих показників спостерігається у 17 з 54 осіб, що становить 31,5%. При порівнянні відповідності показників зубного віку в групі дослідження з даними контролю відмічено серед дівчат тенденцію випередження зубним віком паспортного у 6 з 24 осіб (25,0%), у той час як серед хлопців у 1 серед 13 осіб (7,7%). У той же час серед хлопців спостерігається більший відсоток відставання зубного віку від паспортного 8 з 21 особи (38,1%), на противагу у дівчат 6 із 33 осіб (18,2%) ( $p \leq 0,05$ ).

Висновок. Під час аналізу отриманих даних нами було встановлено, що паспортний вік відповідає зубному у 37 із 54 осіб з групи дослідження, що становить 68,5%. Серед хлопців цей показник становить 61,9%, серед дівчат 72,7%.

Це вказує на необхідність визначення індивідуальних показників прорізування в кожного окремого пацієнта, що дасть можливість об'єктивного прогнозування, планування, а саме вибору тактики ортодонтичного лікування ( $p \leq 0,05$ ).

## ВПЛИВ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ

*Поліщук О., Поліщук В., Даліщук А., Коваль Н.*

Наукові керівники: професор Шінкарук-Диковицька М., професор Скиба В.\*

Кафедра терапевтичної стоматології

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

\*Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України»

Актуальність. На сьогодні проблеми виникнення захворювань слизової оболонки порожнини рота залишаються досить актуальними.

Посеред питань, які вимагають пояснення та вирішення, залишається червоний плоский лишай, який не має єдиного погляду на етіологію та патогенез. Найчастіше серед причин виділяють інфекційна, інтоксикаційна, токсико-алергічна, психоневрогенна, спадкова, імунологічна теорії. При діагностиці та виборі лікування важливим моментом вважається і супутня патологія, яка часто супроводжує червоний плоский лишай та являється своєрідним «ключем» до успішного його лікування та зменшення кількості та важкості рецидивів. Досить часто дисбіоз супроводжує дане захворювання, тому при складанні схеми комплексного лікування слід враховувати зміни середовища ротової рідини.

Мета. Дослідити біохімічні показники ротової рідини у хворих на червоний плоский лишай.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 12 хворих на червоний плоский лишай. 9 жінок та 3 чоловіка. Вік пацієнтів коливався в межах від 25 до 61 року. Всі пацієнти були поділені на дві групи. Першу (основну) групу – склали 12 пацієнтів, у яких було діагностовано червоний плоский лишай. Другу (контрольну) групу склали 10 практично здорових людей аналогічного віку та статі.

Для проведення біохімічного дослідження використовували ротову рідину пацієнтів, для отримання якої використовували центрифужні пробірки і лійки. У хворих на червоний плоский лишай в ротовій рідині визначали активність наступних ферментів: лізоциму, кислої фосфатази, катепсинів, вміст загального білку.

Результати. У результаті дослідження отримані наступні результати. У першій основній групі дослідження вміст загального білка склав  $1,54 \pm 0,09$  г/л., активність лізоциму –  $25,16 \pm 0,42$  Од/л., активність катепсину –  $5,37 \pm 0,22$  мккат/л., активність кислої фосфатази –  $0,083 \pm 0,005$  мккат/л., міграція лейкоцитів по Ясиновському –  $631 \pm 23,1$  од., кількість злущених епітеліальних клітин –  $68 \pm 4,7$  од. У другій контрольній групі дослідження вміст загального білка склав  $0,97 \pm 0,09$  г/л., активність лізоциму –  $29,67 \pm 0,69$  Од/л., активність катепсину –  $4,65 \pm 0,27$  мккат/л., активність кислої фосфатази –  $0,040 \pm 0,004$  мккат/л., міграція лейкоцитів по Ясиновському –  $57 \pm 5,2$  од., кількість злущених епітеліальних клітин –  $23 \pm 1,3$  од.

Висновок:

1. При червоному плоскому лишаю в порожнині роту виникає дисбіоз, що вимагає призначення антидисбіотичних препаратів.

2. Лікування при червоному плоскому лишаю має бути комплексним з контролем біохімічних показників ротової рідини.

## ПЛАНУВАННЯ ТА ВИГОТОВЛЕННЯ ЦИФРОВОГО ХІРУРГІЧНОГО ШАБЛОНУ ДЛЯ ПОЗИЦІОНУВАННЯ ІМПЛАНТАТІВ

*Сидорський І.*

Науковий керівник: доцент Смаглюк В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Зростаюча значимість планування та розробки хірургічних шаблонів для позиціонування імплантатів відображається в сучасній медичній практиці. Розвиток цифрових технологій у хірургічній сфері надає можливість досягти високої точності при установці імплантатів, що робить цю тему надзвичайно актуальною для поліпшення лікування пацієнтів.

Планування та виготовлення точних та індивідуалізованих шаблонів дозволяє мінімізувати ризик ускладнень та забезпечує оптимальні результати для пацієнтів, та має кілька очевидних переваг у порівнянні з традиційними методами, такі як висока точність, оптимізація лікування, зменшення часу операції та не менш важливий комфорт для пацієнта.

**Мета.** Розглянути процес планування та розробки хірургічних шаблонів для точного позиціонування імплантатів у стоматології. Дослідити питання оптимізації процедур встановлення імплантатів з використанням сучасних цифрових інструментів та технологій. Вивчити переваги використання сучасного цифрового протоколу у порівнянні з традиційним методом імплантації.

**Матеріали та методи.** У роботі було використано інтраоральний сканер "MEDIT", програма "RealGide" та 3D принтер "Phrozen Sonic Mini 8K".

**Висновки.** Результати нашого дослідження підтвердили ефективність використання цифрових хірургічних шаблонів у встановлених імплантатів порівнюючи традиційні методи. Точне планування з метою поліпшення цифрових технологій дозволяє зменшити кількість помилок під час процедур, при цьому підвищуючи точність та швидкість лікування.

Отримані результати підтверджують важливість використання цифрових хірургічних шаблонів у повсякденній хірургічній практиці для досягнення оптимальних клінічних результатів, які плануються завчасно за допомогою сучасних технологій та сучасної апаратури.

Підсумки роботи відображають досягнення у вдосконаленні процедур хірургії, сприяючи покращенню результатів лікування та збільшенню задоволення як пацієнтів, так і лікарів.

## ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ЗУБІВ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ *Сорока К.*

Науковий керівник: доцент Бережна О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Фісури молярів та премолярів є місцем найчастішої локалізації карієсу. Ямки та фісури у 40% випадків уражаються карієсом в інтервалі 12-18 місяців після прорізування зуба. Це пояснюється слабкою мінералізацією фісур, утрудненою гігієною в ділянці фісур, а також тим, що зуби в стадії прорізування не беруть участі в акті жування, бо не мають ще антагоністів або не знаходяться з ними в контакті, тому не відбувається достатнього природного очищення їх оклюзійних поверхонь. Одним із ефективних профілактичних процедур в цьому випадку є герметизація фісур

Метою нашого дослідження було практичне обґрунтування використання методу герметизації фісур перших постійних молярів у дітей 6 років.

Методи дослідження. Під час дослідження ми використали фотопротокол для візуалізації стану фісур, огляд проводили за допомогою стоматологічного дзеркала та зонда. Оцінку стану фісур проводил одразу після герметизації та через 6 місяців після профілактичної процедури.

Основні результати. Нами було проведено дослідження 20 дітей віком 6 років. 10 дітям була проведена герметизація фісур зубів, інвазивна герметизація проводилась за допомогою апарата Rondoflex та закриття фісури справжнім герметиком Ultraseal XT A1 та композитним матеріалом Neo Spectra A1 flow. Іншим 10 дітям проводилась лише професійна гігієна з наданням рекомендацій для домашньої гігієни. Через пів року проводили оцінювання результатів – у 10 із 10 дітей першої групи герметик зберігся, проявів карієсу не спостерігалось. У дітей яким не проводилась герметизація, 4 із 10 мали прояви початкового карієсу.

Висновки. Отже, на підставі даних нами досліджень ми можемо зробити висновок, що герметики ефективні для запобігання та затримання ямочно-фісурних каріозних уражень молочних та постійних молярів у дітей та підлітків у порівнянні з відсутністю застосування герметика, при умові використанні герметизації у продовж 12-18 місяців після прорізування зуба.



## ОСНОВНІ МОМЕНТИ ПІДГОТОВКИ ДИТИНИ ДО ПЕРШОГО ВІЗИТУ У ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

*Ткачук Є., Щуровська С., Мозилевець В., Шелім С., Кубара В., Сокурєнко І.*

Науковий керівник: доцент Максимєнко А.

Кафєдра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Перший візит дитини до лікаря-стоматолога має відбутись у 6-8 місяців – період, коли прорізується перший молочний зуб. У цьому віці дитячий стоматолог буде слідкувати за термінами прорізування зубів малюка, чи правильне прикріплення вуздечок губ та язика, чи немає інших аномалій в порожнині рота.

Щоб прийом у лікаря-стоматолога пройшов без сліз та страху, необхідно правильно налаштувати дитину перед візитом до спеціаліста. Зазвичай, похід до клініки є стресовою ситуацією для малюка. Чи буде дитина лякатись лікаря, перш за все залежить від батьків.

Мета роботи. Розглянути основні питання специфіки підготовки дитини до першого візиту у лікаря-стоматолога.

У першу чергу, батьки повинні пояснити дитині, чому важливо регулярно відвідувати лікаря-стоматолога. Як варіант, донести до малюка в ігровій формі інформацію про те, що буде відбуватись під час прийому, що буде робити лікар. Досить часто успіх першого візиту малюка до лікаря-стоматолога та подальшого лікування у великій мірі залежить від настрою батьків. Батькам необхідно з радісним виразом обличчя та із захопленням розповісти своїй дитині про важливість відвідування дитячого стоматолога. Намагатись не хвилюватись та не показувати свій страх, якщо такий наявний. Необхідно пам'ятати, що дитина майже завжди відчуває емоційний стан матері та батька.

Батькам необхідно з раннього віку привчати дитину до індивідуальної гігієни ротової порожнини. Чистити зуби потрібно двічі на день – після сніданку та перед сном. До 2-х років батькам рекомендується чистити зуби дитині марлевими тампонами або силіконовою щіткою-напальчиком. Перша зубна щітка повинна бути з м'якою щетиною, маленькою голівкою і зручною яскравою ручкою, щоб зацікавити малюка. Змінювати зубну щітку дитини рекомендується кожні 3 місяці або за потреби. З профілактичною метою батькам необхідно відвідувати з дитиною лікаря-стоматолога 1 раз на пів року.

Висновок. Регулярність профілактичних оглядів у лікаря-стоматолога є запорукою здорової посмішки дитини. Правильний

підхід та підготовка малюка до відвідування стоматолога повинна розпочинатися батьками ще вдома. У першу чергу, батьки повинні психологічно підготувати дитину перед стоматологічним прийомом. Також не потрібно приховувати мету відвідування стоматолога, аби не налякати та не сформувати страх у дитини. Правильна підготовка залишить приємні спогади у дитини про візит до лікаря-стоматолога.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ ВИБОРУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ

*Федорюк В., Рожко М.*

Науковий керівник: професор Рожко М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Незважаючи на досягнення в стоматологічній науці, розробки нових методик і технологій для збереження зубів, дана патологія залишається поширеною. Актуальність теми полягає у високій розповсюдженості дефектів твердих тканин зубів після ендодонтитичного втручання, сучасних підходах до діагностики у виборі методів лікування дефектів твердих тканин зубів після ендодонтитичного втручання.

Метою даного дослідження є визначення доцільності комп'ютерної томографії, комп'ютерного моделювання щодо ефективності діагностики, визначення міцності прямої та непрямої реставрації за допомогою апаратно-програмної навантажувальної машини для вибору методу лікування дефектів твердих тканин після ендодонтитичного втручання.

Для дослідження використані КТ знімки ендодонтитично лікованих зубів, моделі для 3D сканування дефектів твердих тканин зубів, зразки видалених зубів підготовлених під навантаження. Визначення міцності прямої та непрямої реставрації за допомогою комп'ютерного схематичного вимірювання та навантажувальної машини.

Варто відзначити, що в клінічній практиці лікарі-стоматологи для відновлення дефектів твердих тканин зубів після ендодонтитичного втручання в Україні найчастіше використовують такі методики лікування:

- прямої реставрації (використання скловолоконних штифтів);
- непрямої реставрації (використання литих металевих кукових вкладок).

Перевагою даної розробки є поєднання, як циклічних методів

навантаження, що симулюють жувальні рухи, так і силових впливів на стиск для визначення міцності зубів. Щоб визначити як циклічні навантаження впливають на міцність зразків, частину досліджуваних зразків піддавали циклічним навантаженням на втому. Після чого всі зразки піддавали силовим навантаженням на руйнування. Це дало змогу визначити вплив циклічної втоми на міцність конструкції. При навантаженнях зубів розміщених під кутом 35-40° від вертикальної осі, зразки відновлені литими металевими куковими вкладками (3, 4 група) спостерігалась повільніша деформація і вищі показники руйнуючої сили порівняно зі зразками, які відновлені скловолоконними штифтами та штучної кукси з композитних матеріалів (1, 2 група). Зокрема, зразки з першої групи, де кореневий канал запломбований скловолоконним штифтом, показали значно меншу міцність при бокових навантаженнях, ніж аналогічні зразки з третьої групи відновлені литою металевою куковою вкладкою. Кількість збереженої висоти коронкової частини зуба також суттєво впливає на його міцність, зокрема зразок з першої групи зі збереженою висотою коронкової частини зуба 1,5 мм витримав на 20% більше навантаження, ніж аналогічний зразок з збереженою висотою коронкової частини зуба 1 мм. Використання литих металевих вкладок має перевагу, коли навантаження є під кутом. У зразках всіх груп помітне значне зменшення міцності та зростання деформації з дефектами твердих тканин зруйнованих на рівні ясен. Збереження висоти коронкової частини зуба (ферул ефекту) в розмірах 1-2 мм дає значно кращі показники до деформації та руйнування.

Отже, препарування зуба зі створенням ферула сприяє кращій механічній цілісності реставрації незалежно від вибору лікування, чи то штифтова система, чи литі кукові вкладки. Використання цифрової діагностики дає можливість точної об'ємної оцінки залишкових твердих тканин зуба, яка може бути використана для надання відчутних якісних результатів аналізу та прийняття рішення з вибором методу лікування. Також тип зуба є важливим фактором, який слід враховувати при плануванні реставрації зубів після ендодонтичного втручання.

Проблема вибору методу лікування дефектів твердих тканин зубів після ендодонтичного втручання потребує подальшого вивчення та удосконалення.

## УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРЕЛОМ КОРЕНЯ ВЕРХНЬОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО РІЗЦЯ

*Яворовський В., Євтушок К.*

Науковий керівник: доцент Гуржій О., доцент Бережна О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Травми зубів зустрічаються у будь-якому віці, але, як правило, їм частіше піддаються діти. Переломи коренів постійних зубів створюють складні проблеми та визначається типом і ступенем тяжкості травматичного ушкодження.

Мета нашої роботи: продемонструвати можливість збереження постійного зуба при ускладненому переломі кореня.

Проводилося лікування перелому кореня верхнього центрального різця дитини 11 років. Для діагностики використовували дані суб'єктивного та об'єктивного обстеження, рентгенологічні методи дослідження, спостереження протягом 6 місяців.

До клінічної бази кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулася дівчинка 11 років зі скаргами на зміну положення зуба на верхній щелепі у фронтальній ділянці, неможливість змикання зубів, травму отримала внаслідок падіння 10 годин тому.

Після проведеного клініко-рентгенологічного обстеження встановлено діагноз: косий перелом кореня лівого центрального різця зі зміщенням. Зуб 2.1 мав завершене формування верхівки кореня.

Відповідно до протоколу надання допомоги при дентальній травмі, у разі поєднаних переломів або переломів зі значним зміщенням фрагментів кореня травмований зуб слід видаляти, але батьки дитини наполягали на збереженні зуба.

Під інфільтраційною анестезією було виконано репозицію зуба, шинкування зубів скловолоконною стрічкою з вестибулярної поверхні, усунення травматичної оклюзії. Через 2 тижні проведено механічну та медикаментозну обробку кореневого каналу АН plus+Thermofil. Постійна пломба SDR+Neospectra A1, шліфування, полірування. Шинкування зубів з піднебінної поверхні.

Контрольний огляд через місяць, 3 місяці та 6 місяців не виявив жодних ознак апікального періодонтиту, після зняття шини зуб був не рухомий та результат був задовільним як естетично, так і функціонально.

На підставі представленого спостереження протягом 6 місяців за лікуванням ускладненого перелому кореня верхнього центрального

різця можемо зробити висновок, що при оптимальному лікуванні шляхом репозиції, іммобілізації, ендодонтичного лікування передні зуби з переломом кореня мають сприятливий прогноз. Але для довгострокового прогнозу потрібно диспансерне спостереження не менше 12 місяців, ретельна гігієна порожнини рота, бажання лікаря і пацієнта співпрацювати.

Ретельне клінічне обстеження, доповнене рентгенологічними методами, відповідне планування лікування та динамічне спостереження за зубами з переломом кореня може покращити прогноз для таких зубів, мінімізувати необхідність в подальшому видаленні.

## ТОВЩИНА АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ В ДІЛЯНЦІ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

*Якимчук І.*

Науковий керівник: асистент Коробов П.С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Оцінка товщини підтримуючої альвеоли є критичним питанням, яке необхідно враховувати під час ортодонтичного лікування, особливо при корекції положення різців, які завжди потребують широкого діапазону губно-піднебінного переміщення. Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) є більш точним для оцінки кісткової архітектури або кількісного визначення об'єму кістки, ніж традиційні рентгенографічні зображення.

Мета. Вивчити товщину та висоту альвеолярної кістки в області центральних різців верхньої щелепи серед пацієнтів з аномаліями прикусу I, II та III класу за Енглею до ортодонтичного лікування та оцінити різницю за гендерною ознакою.

Методи дослідження. Загалом було проаналізовано 59 КПКТ пацієнтів віком 12-22 років, середній вік  $16.3 \pm 2.95$  років (30 чоловіків – середній вік  $16.2 \pm 2.65$  років, 29 жінок – середній вік  $16.3 \pm 3.23$  років). На сагітальному зрізі верхньої щелепи у ділянці центральних різців була виміряна товщина альвеолярної кістки з вестибулярного та орального боку на рівні середини кожної третини кореня, висота покритої та не покритої альвеолярною кісткою частини кореня. Для перевірки гіпотези різниці даних за статтю був проведений однофакторний дисперсійний аналіз з непараметричною поправкою Уелча. Результат вважався статистично значущими при  $p < 0,05$ .

Основні результати. За результатами дослідження на верхній щелепі встановлена достовірна різниця ширини альвеолярної кістки з орального боку на рівні середини верхньої третини висоти альвеоли: жінки –  $1.58 \pm 0.66$  мм, чоловіки –  $1.95 \pm 0.65$  мм,  $p=0.031$ ; ширини альвеолярної кістки з орального боку на рівні середини середньої третини висоти альвеоли: жінки –  $3.07 \pm 1.14$  мм, чоловіки –  $4.06 \pm 1.06$  мм,  $p=0.001$ ; ширини альвеолярної кістки з орального боку на рівні середини нижньої третини висоти альвеоли: жінки –  $5.37 \pm 2.22$  мм, чоловіки –  $6.93 \pm 1.99$  мм,  $p=0.006$ ; висоти альвеолярної кістки з вестибулярного боку: жінки –  $10.43 \pm 2.49$  мм, чоловіки –  $11.93 \pm 1.75$  мм,  $p=0.01$ ; довжини кореня центрального різця: жінки –  $12.04 \pm 1.48$  мм, чоловіки –  $13.43 \pm 1.89$  мм.

Висновки. У пацієнтів чоловічої статі встановлені достовірно значущі відмінності ширини альвеолярної кістки з орального боку на рівні верхньої, середньої та нижньої третин альвеоли, а також висоти альвеолярної кістки з вестибулярного боку та довжини кореня центральних різців верхньої щелепи, які мають більш антропометричне значення.

У той же час, при плануванні ортодонтичного лікування та при переміщенні різців більш вразливою є вестибулярна поверхня альвеолярної кістки, яка і визначає фенотип ясен. Тому під час ортодонтичного лікування як у чоловіків, так і в жінок, перш за все, необхідно враховувати стан альвеолярної кістки та фенотип ясен з вестибулярної сторони.

## ЦИФРОВА КОМПЕТЕНТНОСТЬ У СЬОГОДЕННІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

*Якимчук І., Залашко К.*

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

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Цифрова компетентність – це набір різнопланових здібностей (навичок) людини у сфері цифрових технологій, з одного боку, та рівень готовності використовувати їх у особистих та професійних цілях.

Професійна самоактуалізація лікаря потребує надбання знань за межами обраної спеціалізації, і на перший план сьогодення виходять питання цифрової освіти. Цифрова стоматологія як частина цифрової

економіки, відносно нова її складова, але в індустрії медичних послуг вже встигла стати високим стандартом обслуговування, якого прагнуть сучасні стоматологічні клініки.

**Мета.** Поглибити розуміння питань взаємозв'язку професійної ідентичності, цифрової грамотності та самоактуалізації для лікарів-інтернів на порозі самостійної праці та втілення у щоденній роботі запитів суспільства шляхом аналізу складових цифрових компетенцій медичного персоналу.

**Методи дослідження.** У дослідженні приймали участь лікарі-інтерни (7 осіб), адміністратори (3 особи) та практикуючі лікарі клініки «Професорська стоматологія» (7 осіб). Для досягнення поставленої мети всім було запропоновано пройти тестування <https://osvita.diiia.gov.ua/>, відповідно до постанови Кабінету Міністрів України № 411 від 25 квітня 2018 (та зі змінами №1244 від 24.11.2023).

**Основні результати.** У результаті аналізу складових (індикаторів) цифрових компетентностей «Цифрограм для медичних працівників» виявлено, що найкращі показники цифрових компетентностей у адміністраторів клініки: 79/90, 75/90, 64/90, що відповідає рівню «Високий С1». У лікарів – інтернів відповідно: 52/90, 61/90, 52/90, 52/90, 68/90, 69/90, 46/90 (тільки у 3 осіб рівень відповідає «Високий С1»), і лікарів зі стажем роботи більше 3 років відповідно: 48/90, 46/90, 68/90, 61/90, 74/90, 49/90, 81/90 (у 4 респондентів рівень «Високий С1»).

Найбільш потребує уваги розвиток лікарів-інтернів та лікарів у сферах компетентностей «інформаційна грамотність», «створення цифрового контенту» та «розв'язування проблем у цифровому середовищі та навчання впродовж життя», де маються такі показники: 6/15, 8/15, 5/15, 3/15, але при цьому загальний результат «Цифрограм» може відповідати «Середній В2» за рахунок показників інших сфер компетентностей. Також потрібно звернути увагу не те що у різних поколінь різні рівні цифрових компетентностей, і це знижує рівень злагодженості у роботі колективу.

**Висновки.** Таким чином, сучасному стоматологу необхідно розширити свої погляди щодо цифрової грамотності в питаннях взаємозв'язку професійної ідентичності та самоактуалізації, вміти застосовувати їх в своїй практиці з перших кроків своєї самостійної лікарської діяльності.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КСИЛІТОЛУ У ПРОФІЛАКТИЦІ КАРІЄСУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

*Яковлєва А.*

Науковий керівник: асистент Лазарева К.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Карієс є одним з найпоширеніших захворювань порожнини рота у світі, що впливає на якість життя та загальне здоров'я пацієнтів. Ксиліт або ксилітол (D-ксилітолу) – це неферментований цукровий спирт, який може мати переваги в профілактиці карієсу в порівнянні з іншими поліалкоколами. Існують данні 33-місячного дослідження ксиліту (D-ксилітолу) у дорослих де учасники використовували близько п'яти грамів ксиліту або підсилювача – цукралози плацебо.

Цей натуральний цукор має унікальні властивості, які сприяють зменшенню кількості бактерій, що сприяють розвитку карієсу, у порожнині рота. Таким чином, вивчення впливу ксилітолу на розвиток карієсу має велике значення для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування цієї хвороби. Дослідження цього питання може допомогти не лише у покращенні здоров'я порожнини рота, а й у підвищенні якості життя пацієнтів та зменшенні витрат на лікування карієсу.

Метою нашого дослідження є оцінка ефективності ксилітолу у запобіганні розвитку карієсу, встановлення оптимальної дози та режиму застосування для досягнення максимального профілактичного ефекту.

Методи дослідження. У цьому дослідженні 8 учасників віком 22-23 роки були розподілені на дві групи: з вживанням ксилітолу протягом 30 днів і контрольну. Обом групам на початку дослідження та через 1 місяць дослідження був проведений об'єктивний огляд, виконаний фотопротокол до і після фарбування індикатором зубного нальоту, визначено гігієнічний стан ротової порожнини. Таким чином оцінювали вплив ксилітолу на показники гігієнічного індексу порожнини рота через 1 місяць.

Основні результати. Усім учасникам була проведена професійна гігієна за допомогою ультразвукового скейлера та Air Flow. Перша група вживала по дві гумки з ксилітолом протягом місяця. Іншій групі були надані лише рекомендації для домашньої гігієни. Через місяць ми провели оцінювання гігієнічного індексу порожнини рота за Грінном-Вермільоном в обох групах. У групі з ксилітолом усереднені показники ГІ –



від 0,7 до 1,1 тобто середній, у групі без ксилітолу ПІ – від 1,4 до 1,9, тобто середній і високий. Учасники, які вживали ксилітол, мають кращі показники гігієни порожнини рота, у порівнянні з показниками учасників контрольної групи без вживання гумок з ксилітолом.

Отже, за даними нашого дослідження можна зробити висновок, що ксилітол має антикарієсні властивості, які позитивно впливають на гігієну порожнини рота. Споживання ксилітолу сприяє зменшенню утворення зубного нальоту і відіграє сприятливу роль у профілактиці розвитку каріозного процесу у пацієнтів.

# ЗМІСТ

## СЕКЦІЯ КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

1	КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ПЛЕЧО-ЛОПАТКОВО-ЛИЦЕВОЇ М'ЯЗОВОЇ МІОДИСТРОФІЇ ЛАНДУЗІ-ДЕЖЕРІНА <i>Бабак Д., Карпенко С., Кушнір Р., Чубич І., Науменко С., Трохіна Р.</i> .....	3
2	ОСТЕОПОРОЗ І САРКОПЕНІЯ У ЖІНОК З ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ <i>Бадай І., Михайленко Л., Сільванюк С., Щербина В., Бурсала Т.</i> .....	4
3	АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ <i>Балюрко І.</i> .....	5
4	ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ДОБРОЯКІСНІЙ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ <i>Батрак Є.</i> .....	6
5	ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ <i>Безкровний О.</i> .....	7
6	ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ <i>Біцосва А., Антоненко М., Котляр А., Проць А.</i> .....	9
7	ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА <i>Бодня А., Гащенко В., Макаренко І., Рябокінь В.</i> .....	10
8	ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІЩОВОЇ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Бодня А., Валехновський Р., Кочкарова М., Мусієнко О., Шведченко В., Ступка В.</i> .....	11
9	ВИКОРИСТАННЯ КРІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ АКНЕ ТА РОЗАЦЕА <i>Бойко В.В., Клименко В.</i> .....	12

10	ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ПОСТАКНЕ РУБЦІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНСКЦІЙ ВИСОКОКОНЦЕНТРОВАНИХ ПОЛНУКЛЕОТИДІВ В КОМБІНАЦІЇ З ГАЛУРОНОВОЮ КИСЛОТОЮ <i>Борсук Т., Хуголь Я.....</i>	14
11	ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИТОПРОТЕКТОРОЇ ТЕРАПІЇ НА ПРОЯВИ ПРОДУКТИВНОГО ТА НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЮ У ХВОРИХ З БРОНХО-ЛЕГЕНЕВУЮ ПАТОЛОГІЄЮ <i>Брюхович А., Задоя В., Кізюн М., Сидорова Я.....</i>	15
12	УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ: МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ПАЦІЄНТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Бучковський П., Бойчук Ю.....</i>	16
13	ПОРІВНЯННЯ ТРАДИЦІЙНОЇ ЗА МІЛІГАНОМ-МОРГАНОМ ТА СТЕПЛЕРНОЇ ЦИРКУЛЯРНОЇ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ <i>Ващенко О.....</i>	18
14	РОЛЬ ДИСТАНЦІЙНО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРУ В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ЗІ СТЕМІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ <i>Вихор Ю., Приходченко Н., Мисак Л., Цілуйко Ю., Павловський В., Маньківська М.....</i>	19
15	ЕФЕКТИВНІСТЬ ВАКЦИНАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПАПІЛОМОВІРУСУ ЛЮДИНИ <i>Волейнікова Л.....</i>	21
16	СТРЕС ТА ХВОРОБИ ШКІРИ <i>Вусик А., Хмелюк А.....</i>	22
17	ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІДОКАЇНУ ТА ФЕНТАНЛУ ПЕРЕД ІНТУБАЦІЄЮ ТРАХЕЇ З МЕТОЮ СТАБІЛІЗАЦІЇ ГЕМОДИНАМІКИ <i>Галушко М.....</i>	23
18	ДЕКСКЕТОПРОФЕН ЯК АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ <i>Гапонова Є.....</i>	24
19	ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО, РАДИКАЛЬНОГО, ЕСТЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ БАЗАЛЬНОКЛІТИННОЇ КАРЦИНОМИ ШКІРИ ЗОНИ ВИСОКОГО РИЗИКУ <i>Гітя В., Кравців М.....</i>	26

20	ГОССПІБОМА – ЛАПАРОСКОПІЧНА ЛІКВАДАЦІЯ НОЗОЛОГІЇ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Головко К.....</i>	27
21	ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРІВ РОСТУ ЕНДОТЕЛІО ПРИБ ЗАКРИТТІ МАСИВНИХ ДЕФЕКТІВ ШКІРИ У ПАЦІЄНТІВ ПРИБ ВИБУХОВИХ ТА ВОГНЕПАЛЬНО- ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕННЯХ <i>Голуб Л.....</i>	28
22	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИКОРИСТАННЯ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ РЕСПОНДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ <i>Голуб І., Шевченко А., Кравчук В.....</i>	29
23	ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕКУРАРИЗАЦІЇ ЯК МЕТОДУ ЗМЕНШЕННЯ ФАСЦИКУЛЯЦІЇ ТА МІАЛГІЇ ПРИБ ВИКОРИСТАННІ СУКЦИНІЛХОЛІНУ <i>Гонтаренко С.....</i>	31
24	ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ ТА ЕПІЗОДІВ ІШЕМІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ В ПІСЛЯІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДІ <i>Гоц А., Маціцька Є., Стеценко Я., Тараненко Д., Фисун А., Кононенко Л., Кива В., Царик В., Микитюк М., Штигоцький Д.....</i>	33
25	ЦИТОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ <i>Гринь Е., Іваницька О., Кушнір Л., Лукашевич О., Попруга Е., Рукавишнікова М., Прижжгоцька І., Пугач А., Харченко Я.....</i>	34
27	СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ МУКОВІСЦИДОЗУ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ <i>Гук В.....</i>	36
26	ЕФЕКТИВНІСТЬ ДЕКСАМЕТАЗОНУ ЯК АД'ЮВАНТА ПРИБ БЛОКАДІ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ <i>Гуляр С.....</i>	38
28	ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕАРТРИТ У ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ <i>Дерун С., Індутна С., Мадоян А., Парамей А., Рогочий О.....</i>	39
29	ОСТЕОПОРОТИЧНІ ЗМІНИ КІСТОК У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Добринська С., Дяговець О., Попівніч А., Філатова А.....</i>	41

30	ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ БРАЛИ УЧАСТЬ В ІНТЕНСИВНИХ БОЙОВИХ ДІЯХ <i>Золочевський І.....</i>	42
31	ПОЛНЕЙРОПАТІЯ КРИТИЧНИХ СТАНІВ У СТРУКТУРІ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ М'ЯЗОВОЇ СЛАБКОСТІ У РЕАНІМАЦІЙНИХ ХВОРИХ <i>Зубарєв І.....</i>	44
32	КИШКОВІ СТОМИ У ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ <i>Іванов А.....</i>	46
33	ПРОФІЛАКТИКА ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ ПРИ КОНСЕРВАТИВНІЙ МІОМЕКТОМІЇ ПІД ЧАС КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ У ЖІНОК ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ <i>Каменська О., Малащук Л., Черепашенко Я., Капустянська К.....</i>	17
34	ІТРАКОНАЗОЛ В ЛІКУВАННІ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТУ <i>Караван О.....</i>	48
35	ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ПІСЛЯ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З КОМОРИДНИМ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ <i>Карпін З.....</i>	50
36	ВПЛИВ ЯКОСТІ СНУ НА СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ ТА ДЕЗАДАПТАЦІЮ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ <i>Качала В.....</i>	51
37	СПІНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ХРЕБТІ У ПОЛОЖЕННІ НА ЖИВОТІ <i>Кім Л.....</i>	52
38	ВИКОРИСТАННЯ НЕФОПАМА ГІДРОХЛОРИДУ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ЯК ЗАСІБ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРЕМТІННЯ <i>Кириленко Є.....</i>	54
39	ЕФЕКТИВНІСТЬ КЕТАМІНУ ПІД ЧАС РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ВЕЛИКИХ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ <i>Кириченко А.....</i>	55

40	ОЦІНКА ВПЛИВУ ТЕРАПІЇ ІНТЕНСИВНИМ ІМПУЛЬСНИМ СВІТЛОМ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНИМ ТИПОМ РОЗАЦЕА <i>Киришина К.</i> .....	56
41	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ <i>Кислинський В.</i> .....	58
42	АНАЛІЗ РЕГІОНАЛЬНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ЗБУДНИКІВ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДО АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ <i>Клюйко А., Глушко Ю., Ільба О.</i> .....	59
43	ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ЗІ СТЕМІ ЛІКАРЯМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» <i>Коваленко О., Кравченко І., Лебеденко В., Любарська І., Макаренко К., Мяленко В.</i> .....	60
44	ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДІТЕЙ <i>Коваль Д.</i> .....	62
45	МОЖЛИВІСТЬ ТА ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ СПІНАЛЬНО-ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЯХ <i>Конопляник А.</i> .....	63
46	ВПЛИВ МУКОЛІТИКА «ФЛУ-АЦИЛ БРОНХО» НА ТРИВАЛІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХОЗЛ <i>Кошак М., Людвик Т.</i> .....	65
47	ГОСТРА МІЄЛОЇДНА ЛЕЙКЕМІЯ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ВІЦІ (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ) <i>Князюк Ю., Том'юк С.</i> .....	66
48	ВИВЧЕННЯ ПРЕДИКТОРІВ РЕКУРЕНТНОСТІ У ДІТЕЙ З РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>Кріт С., Бондарчук О.</i> .....	68
49	УСКЛАДНЕННЯ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТУВАННЯ У ДІТЕЙ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ <i>Кудін Є.</i> .....	70

50	МОЖЛИВОСТІ ПРОБІОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ <i>Кудрик В., Самікова В., Воронець О., Варич В., Юрко К.....</i>	71
51	ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОТЕРАПІЇ ТА КВЕРЦЕТИНУ НА СЛИЗОВУ ОБОЛОНКУ ПОРОЖНИНИ НОСА ПРИ ХРОНІЧНОМУ АТРОФІЧНОМУ РИНИТІ <i>Куратнік Л.....</i>	72
52	ОЦІНКА СТУПЕНЮ НЕСПОКОЮ ПЕРЕД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ <i>Курач М.....</i>	74
53	ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ У ПОРІВНЯННІ З ПРОПОФОЛОМ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ СЕДАЦІЇ ПІД ЧАС РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ <i>Латковська Ю.....</i>	76
54	ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА ПОБІЧНОЇ ДІЇ ВНУТРІШНЬОВОГНИЩЕВЕ ВВЕДЕННЯ ПРОЛОНГОВАНОГО БЕТАМЕТАЗОНУ В ЛІКУВАННІ КЕЛОЇДНИХ РУБЦІВ <i>Лачко І.....</i>	77
55	РОЛЬ КІНЕЗИОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ УСКЛАДНЕНИХ НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ <i>Левченко О., Балко О., Коваленко І.....</i>	78
56	ВПЛИВ ДЕКСАМЕТАЗОНУ НА АНАЛЬГЕТИЧНИЙ ЕФЕКТ ПРИ ПРОВІДНИКОВІЙ АНЕСТЕЗІЇ <i>Лозинський В.....</i>	80
57	ЦІЛЬОВА УЛЬТРАФІОЛЕТОВА ФОТОТЕРАПІЯ ТА 8-МЕТОКСИПСОРАЛЕНОВИЙ КРЕМ В ЛІКУВАННІ БЛЯШКОВОГО ПСОРИАЗУ <i>Магденко М.....</i>	81
58	ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЛОМБУВАННЯ ЕПІДУРАЛЬНОГО ПРОСТОРУ АУТОКРОВ'Ю ПРИ НЕНАВМИСНІЙ ПУНКЦІЇ СУБДУРАЛЬНОГО ПРОСТОРУ <i>Мартиненко Д.....</i>	82
59	ГІПЕРУРИКЕМІЯ І СУМАРНИЙ РИЗИК УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ <i>Марченко Т., Марченко М., Маковська К., Первушина Є., Шпак М.....</i>	83

60	ДІАЗЕПАМ, ТІОПЕНТАЛ НАТРІЮ ТА ЇХ КОМБІНАЦІЯ ДЛЯ СЕДАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ <i>Минько В.</i> .....	85
61	ПРОВЕДЕННЯ НІДЛІНГУ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗРИВІВ П'ЯТКОВОГО СУХОЖИЛКУ <i>Михайлина А., Покотило О., Дятел М.</i> .....	87
62	ВПЛИВ ІНФЕКЦІЙНОГО ФАКТОРУ НА РОЗВИТОК ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ <i>Модестова М., Богдан О., Юрченко А., Кравчук Д., Стефанків Т.</i> .....	88
63	ОЦІНКА ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК V СТ. <i>Назаренко Д., Бернацька Н., Ситник І., Чала О., Гирич І., Вебер Д.</i> .....	89
64	РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ФОРМУВАННІ СИНДРОМА ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА <i>Неїжкаша О., Єфимець Н., Гітя Ю., Панова Я.</i> .....	90
65	ОСОБЛИВОСТІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ СУДИН У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ <i>Олешко А., Ковтун А., Романенко Б., Рудчик Я., Птіцина О., Левченко В.</i> .....	92
66	ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛЕРГЕНСПЕЦИФІЧНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ХВОРИХ АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ ІЗ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО <i>ALTERNARIA ALTERNATA</i> <i>Оробей К., Шевченко А.</i> .....	93
67	ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ПОСІДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ – АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ <i>Осіння Н., Абаровська В., Мотиця В., Наливайко А., Іващенко В.</i> .....	94
68	ФАКТОРИ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПІДЛІТКІВ <i>Павленко О., Лебедь І., Лютко Н.</i> .....	96
69	ФАКТОРИ РИЗИКУ ІХС У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ <i>Первушина Є.</i> .....	97



70	ВПРОВАДЖЕННЯ ОСНОВ АВСТРІЙСЬКОЇ МОДЕЛІ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ <i>Писана Б., Карась Д. О., Склярєвський Б., Штефан О., Андрющенко О., Школьна О., Беззубенко І., Гордієнко В., Овчаренко К.....</i>	98
71	ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ГЕМОРАГІЧНОГО СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНОГО (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Побережчик С.....</i>	100
72	ЮВЕНІЛЬНИЙ ІДІОПАТИЧНИЙ ДЕРМАТОМІОЗИТ: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Радевич Д.....</i>	102
73	ОЦІНКА СТАНУ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАСТІЙНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Регада О., Маслій Т., Микитченко О., Олексенко Т., Гребенюк Є.....</i>	103
74	КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АУТОСОМНО-РЕЦЕСИВНОЇ СПІНО-ЦЕРЕБЕЛЯРНОЇ АТАКСІЇ-16 (SCAR 16) <i>Руденко Є., Кіча В., Корнійчук І., Кривич Д., Цокало К., Литвиненко Л.....</i>	105
75	ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ ІНВАГІНАЦІЇ У ДІТЕЙ <i>Савченко Ю.....</i>	106
76	ЕФЕКТИВНІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА НИРКАХ <i>Сень Д.....</i>	107
77	ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З АНОРЕКТАЛЬНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ <i>Сидоров П.....</i>	109
78	ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АРГОНОПЛАЗМОВОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ КРОВОТЕЧ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНІЙ ПАПЛОСФІНКТЕРОТОМІЇ <i>Сидоренко А.....</i>	110

79	КІНЦІВКОВО-ПОЯСНА М'ЯЗОВА ДИСТРОФІЯ ТИПУ ЛЕЙДЕНА-МЕБЮСА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Сингаївський А</i> .....	111
80	СКЛАДНИЙ ВИПАДОК ДІАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ НІЧНОЇ ГЕМОГЛОБІНУРІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Стаднік Є</i> .....	113
81	ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ <i>Стрільчук В</i> .....	114
82	КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ <i>Суський С</i> .....	115
83	МЕТОДИКА КОМБІНОВАНОГО ЗАГАЛЬНОГО ТА МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ РІЗНОБАРВНОГО ЛИШАЮ <i>Таран К., Юзленко Ю., Неділько А</i> .....	116
85	ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ КОРОСТИ ПРЕПАРАТОМ З КОМБІНАЦІЄЮ ПЕРМЕТРИНУ ТА БЕНЗИЛБЕНЗОАТУ <i>Тарасенко В</i> .....	117
84	ПАТОЛОГІЯ ПРОВІДНОЇ СИСТЕМИ СЕРЦЯ ПРИ АНКІЛОЗИВНОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ <i>Тарасенко Т., Климко Т., Мамедова А., Сауцька А., Гавриловська Д</i> .....	118
85	КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАВ ПРИ АКУБАРОТРАВМІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ <i>Тарасюк О</i> .....	120
86	РЕГІОНАРНИЙ АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД І СПОНТАННЕ ДИХАННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ <i>Телятник В</i> .....	122
87	ВИПАДОК ХВОРОБИ ТАКАЯСУ У ПІДЛІТКА <i>Тишківська С</i> .....	124
88	АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА <i>Торубара О</i> .....	125
89	ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ, ЯКІ МАЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНУ АЛЛОГЕРНІОПЛАСТИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ <i>Федосова Я</i> .....	126

90	ЕФЕКТИВНІСТЬ ШКАЛ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ТЯЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ В ТИРЕОЇДНІЙ ХІРУРГІЇ <i>Христенко К.</i> .....	127
91	ОЦІНКА ФАКТОРІВ РИЗИКУ НАЯВНОСТІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ТА ЇХ КОРЕЛЯЦІЙНЕ СПІВВІДНОШЕННЯ <i>Цепкало І., Яра А., Карбан А., Нікіщенко К.</i> .....	128
92	ПАТОМОРФОЛОГІЯ МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ: СУЧАСНІ СУДОВО-МЕДИЧНІ ПІДХОДИ <i>Чебикін С.</i> .....	129
93	АНАТОМІЧНІ ПРИЧИНИ НЕВДОВОЛЕНОСТІ ПАЦІЄНТІВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕГМАТОГЕННОГО ВІДШАРУВАННЯ СІТКІВКИ <i>Черпак Ю., Данильченко І., Іванченко А.</i> .....	131
94	ЛІКУВАННЯ ВУЛЬГАРНИХ ВУГРІВ ЛЕГКОГО ТА СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ 2% СУПРАМОЛЕКУЛЯРНИМ ГІДРОГЕЛЕМ САЛЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ ПОРІВНЯНО З АДАПАЛЕНОВИМ ГЕЛЕМ <i>Шевченко К., Овсянник А., Лазарь Д.</i> .....	133
95	ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК V СТ. <i>Шкиль К., Коваленко І., Кутняк Я., Шимоткіна В., Рогальська І., Донець О.</i> .....	134
96	ФІБРОЗНІ ЗМІНИ ПАРЕНХІМИ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ <i>Штильова Н., Чернявська М., Рябуха Т., Костенко Т.</i> .....	135
97	ПРОГНОСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ НА ПЕРЕБІГ НЕСТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ <i>Штепа А., Маслак А., Кулініч А., Дрозд Т., Науменко А., Дрига А., Теслович В., Косовська І., Клепоносів В.</i> .....	137
98	ПОРІВНЯННЯ АНАЛЬГЕТИЧНОЇ ДІЇ ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ФЕНТАНІЛОВОГО ПЛАСТИРУ ТА МОРФІНУ ГІДРОХЛОРИДУ З МЕТОЮ КОНТРОЛЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ У ЖІНОК ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПАНГІСТЕРЕКТОМІЇ <i>Ярмолін О.</i> .....	138

## СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЯ

1	РИЗИКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ <i>Бородін І.....</i>	140
2	ПІДГОТОВКА ОПОРНИХ ЗУБІВ ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ШЛЯХОМ КОРЕКТНОГО ВИБОРУ МЕТОДУ РЕТРАКЦІЇ <i>Василик З.....</i>	141
3	МІКРОБІОЦЕНОЗ ПОРОЖНИНИ РОТА В НОРМІ, ПРИ ПАТОЛОГІЇ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ <i>Вінський В., Токар О., Герман О.....</i>	144
4	МІЖДИСЦИПЛІНАРНА СПІВПРАЦЯ ОРТОДОНТА ТА ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Вінський В., Герман О., Токар О.....</i>	145
5	ОСОБЛИВОСТІ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСОВОЇ ВКЛАДКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МЕТОДИКИ ОКЛЮЗІЙНОГО ВІДБИТКУ <i>Гордієнко С., Коробко Е., Лисун І., Тищенко Д.....</i>	146
6	СКЕЛЕТНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИКУСУ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ <i>Горошко А., Саприкіна М., Хафс А.....</i>	147
7	КОНЦЕПЦІЯ НЕЗНІМНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ НА ІМПЛАНТАТАХ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ АДЕНТІЄЮ <i>Грушко О.....</i>	149
8	ЗАГОСННЯ РАН ПРИ ОДОНТОГЕННИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ НА ФОНІ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ ТА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ <i>Далишук А., Поліщук В., Поліщук О., Присяжнюк Д.....</i>	150
9	ВПЛИВ ФІКСАЦІЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ КОНСТРУКЦІЇ НА ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТАХ НА ВИНИКНЕННЯ ПЕРЕІМПЛАНТИТУ <i>Далишук А., Поліщук В., Поліщук О., Коваль Н.....</i>	151
10	СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ МАГНІТНОЇ ФІКСАЦІЇ В ЗНІМНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ <i>Дралова А., Засць І.....</i>	152
11	УРОК ГІГІЄНИ ДЛЯ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ <i>Залашко К., Костромін В., Саприкіна М., Кірюхіна Є.....</i>	154

12	ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМИ ІЗОЛЯЦІЇ РОБОЧОГО ПОЛЯ, ЯК МЕТОД ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ <i>Захер І., Омельченко О., Шюкурів А.....</i>	155
13	ДОБРОЯКІСНА НЕАКАНТОЛІТИЧНА ПУХИРЧАТКА ТІЛЬКИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА <i>Карпенко А., Назаренко В.....</i>	157
14	ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРТРОФІЧНОГО ГІНГІВІТУ ЗА ДОПОМОГОЮ ФОТОСЕНСИБІЛІЗАТОРА «РАDPLUS» У ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ <i>Константінова А..., Артемова М.....</i>	158
15	АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ ПАРОДОНТИТІ: СУЧАСНИЙ СТАН ПИТАННЯ. СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ <i>Коробко Е., Лисун І.....</i>	159
16	ФОТОПРОТОКОЛ ТА ЦИФРОВЕ СКАНУВАННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА <i>Кроценко О.....</i>	160
17	АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ КАРІЕСУ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ДІТЕЙ <i>Крупін М., Лубенко В., Сердюк О., Стець Є., Фісан О.....</i>	162
18	ЛЕЙКОПЛАКІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Кузьменко С., Мартинюк Д., Коцюба О., Ковтун І.....</i>	163
19	ВИКОРИСТАННЯ ДІОДНОГО ЛАЗЕРУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА <i>Кульчицька С., Шнайдер Д.....</i>	164
20	ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТУ. МУКОЗИТ. КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА <i>Лубенко В.....</i>	166
21	СКЛАДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЧЕРВОНОГО ПЛЕСКАТОГО ЛИШАЮ <i>Мартиненко Н.....</i>	167
22	МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ РЕТЕНЦІЙНОЇ КІСТИ НИЖНЬОЇ ГУБИ <i>Назаретян В., Карпенко А.....</i>	168
23	ВИБІР ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ АНОМАЛІЙНОМУ ПРИКРІПЛЕННІ ВУЗДЕЧКИ НИЖНЬОЇ ГУБИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Назаретян В., Швець А.....</i>	169

24	ПРОФІЛАКТИКА РАНЬОГО ДИТЯЧОГО КАРІЄСУ <i>Остроух Б., Дорошенко О., Ковальчук Р., Самохвалова В....</i>	171
25	ВИЗНАЧЕННЯ ЗУБНОГО ВІКУ – ВАЖЛИВИЙ КРИТЕРІЙ В ДІАГНОСТИЦІ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ <i>Пистіна С.....</i>	172
26	ВПЛИВ ЧЕРВОНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ <i>Полицук О., Полицук В., Даліщук А., Коваль Н.....</i>	173
27	ПЛАНУВАННЯ ТА ВИГОТОВЛЕННЯ ЦИФРОВОГО ХІРУРГІЧНОГО ШАБЛОНУ ДЛЯ ПОЗИЦІОНУВАННЯ ІМПЛАНТАТІВ <i>Сидорський І.....</i>	175
28	ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ЗУБІВ, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ <i>Сорока К.....</i>	176
29	ОСНОВНІ МОМЕНТИ ПІДГОТОВКИ ДИТИНИ ДО ПЕРШОГО ВІЗИТУ У ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА <i>Ткачук Є., Шуровська С., Могилевець В., Шелім С., Кубара В., Сокурєнко І.....</i>	177
30	ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДЛЯ ВИБОРУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ ПІСЛЯ ЕНДОДОНТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ <i>Федорюк В., Рожко М.....</i>	178
31	УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРЕЛОМ КОРЕНЯ ВЕРХНЬОГО ЦЕНТРАЛЬНОГО РІЗЦЯ <i>Яворовський В..., Євтушок К.....</i>	180
32	ТОВЩИНА АЛЬВЕОЛЯРНОЇ КІСТКИ В ДІЛЯНЦІ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ <i>Якимчук І.....</i>	181
33	ЦИФРОВА КОМПЕТЕНТНОСТЬ У СЬОГОДЕННІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА <i>Якимчук І., Залашко К.....</i>	182
34	ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КСИЛІТОЛУ У ПРОФІЛАКТИЦІ КАРІЄСУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ <i>Яковлева А.....</i>	184

## **ЗМІСТ**