



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ



ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ 26 ТРАВНЯ 2020 РОКУ

Полтава — 2020

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

*Тези доповідей
Всеукраїнської науково–практичної конференції
лікарів–інтернів
26 травня 2020 року*

Полтава – 2020

Редакційна колегія

- проф. **Ждан В.М.** – ректор Української медичної стоматологічної академії(головний редактор)
- проф. **Скрипник І.М.** – проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти (заступник головного редактора)
- доц. **Марченко А.В.** – директор навчально-наукового інституту післядипломної освіти (відповідальний редактор)
- доц. **Давиденко Г.М.** – заступник директора навчально-наукового інституту післядипломної освіти (відповідальний секретар)
- доц. **Шилкіна Л.М.** – заступник директора навчально-наукового інституту післядипломної освіти (відповідальний секретар)

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій МОЗ та НАМН України, які проводитимуться у 2020 р.

ВПЛИВ 1% ЕФІРУ МЕТАКРИЛОВОЇ КИСЛОТИ НА МЕХАНІЗМ АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Альошина Т. В., Присяжнюк Д. С.

Науковий керівник: к.м.н., ас. Тимошенко Ю.В.

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Української медичної стоматологічної академії*

Останній час збільшилась потреба населення України в протезуванні. Найбільш бюджетними є використання акрилових протезів при часткової та повної втраті зубів. Доведено, що акрилові знімні пластинкові протези мають алергічний і травматичний вплив на тканини протезного ложа у 40% осіб, які ними користуються. Одним з факторів цих явищ є дія 1% ефіру метакрилової кислоти (остаточний мономер). Згідно даних літератури, ця дія викликає скарги на сухість порожнини рота у пацієнтів, що, в свою чергу, суттєво впливає на механізм адаптації до протезів.

Метою роботи є поглиблення знань з питань особливості механізмів адаптації слизової оболонки порожнини рота до знімних конструкцій за умов дії 1 % ефіру метакрилової кислоти, висвітлити необхідність проведення адекватної терапевтичної стоматологічної допомоги.

Термін "адаптація" (від лат. adaptatio - пристосування) в ортопедичній стоматології має на увазі процес звикання пацієнта до користування протезами. Зубні протези сприймаються органами і тканинами порожнини рота як чужорідне тіло, будучи подразником для нервових закінчень. З чутливих рецепторів роздратування передається по рефлекторній дузі до центрів слиновиділення, мови і ін. В результаті чого страждає мова, ковтання, пережовування їжі, з'являються позиви до нудоти.

Згідно В. Ю. Курляндському процес адаптації до протезів можна розглядати, як прояв коркового гальмування реакцій роздратування, що настає в терміни від 10 до 33 днів, та виділяє 3 фази адаптації до зубних протезів. 1 - фаза роздратування. 2 - фаза часткового гальмування. 3 - фаза повного гальмування. Однак, вплив 1 % ефіру метакрилової кислоти впливає на гістофункціональний стан залозистої зони слизової оболонки особливо в 2-гу фазу адаптації, що клінічно полягає в зниженні виділення слини та виникненню інколи, явищ гіперкератозу.

Тактика допомоги лікарем - стоматологом полягає в адекватному місцевому лікуванні, яке складається з антисептичної обробки порожнини рота, та призначенню кератопластичних лікарських засобів. Обов'язкове навчання таких пацієнтів гігієни порожнини рота та протеза. Подальшою рекомендацією використання протеза ортопедом - стоматологом.

Підсумок: Механізм адаптації до знімних протезів за умов впливу 1 % ефіру метакрилової кислоти має ряд складностей. Стоматологічна допомога хворому складається з симптоматичної терапії, яка повинна сприяти адаптивним механізмам.

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Атрощенко О.В., Гетьман А.С., Корба З.В., Хафіан М.А.

Науковий керівник: доц. Поліщук Т.В.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Висока поширеність захворювань щитоподібної залози є актуальною проблемою для України, яка пов'язана з радіаційним впливом на щитоподібну залозу катастрофи на Чорнобильській АЕС на тлі дефіциту стабільного йоду. Встановлено, що частота захворювань щитоподібної залози серед дітей не зменшується, а продовжує займати провідне місце серед усіх ендокринопатій.

Важливою функцією щитоподібної залози є регулювання білкового, вуглеводного та ліпідного обміну, участь у підтримці гомеостазу кальцію і фосфору в організмі, що забезпечує відповідний перебіг процесів мінералізації твердих тканин зубів, рівень карієсрезистентності емалі і активність каріозного процесу після прорізування зубів. З огляду на високі показники поширеності та захворюваності тиреопатій, вивчення стоматологічного статусу при дисфункціях щитовидної залози привертає увагу багатьох учених в Україні та поза її межами

Метою роботи було проаналізувати наукові джерела з питань поширеності стоматологічної патології у дітей із хворобами щитоподібної залози, щоб визначити заходи для проведення профілактики, які будуть попереджати розвиток уражень твердих тканин зубів у дітей.

Методи дослідження. Наведено аналіз даних вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, які висвітлюють актуальність проблеми зв'язку захворювань щитоподібної залози з формуванням захворювань твердих та м'яких тканин порожнини рота у дітей. На підставі вивчених даних спеціалізованої літератури досліджено залежність між ураженням слизової оболонки порожнини рота, тканин пародонту та захворюваннями щитоподібних залоз у дітей.

Основні результати. Проведений аналіз літературних даних дає можливість визначити, що при різних видах зобу виникає вогнищева та системна гіпоплазія в тимчасовому та постійному прикусах, макроглосія та глосит, дисгевзія, збільшення слинних залоз, зміна строків прорізування зубів, зубощелепні аномалії та деформації. У дітей також визначаються вищі показники поширеності та інтенсивності карієсу зубів і його ускладнень, більший відсоток ураження тканин пародонту, що вказує на необхідність подальшого детального вивчення стоматологічного статусу за умов супутньої патології щитоподібної залози для встановлення причинно-наслідкових зв'язків.

Висновок. Актуальними є подальші поглиблені дослідження для розробки діагностичних алгоритмів і стратегії комплексного лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей із захворюваннями щитоподібної залози. Тому співпраця стоматолога і ендокринолога є важливою складовою оптимального та безпечного лікування стоматологічних захворювань на фоні тиреопатій.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ІНШОЇ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПСОРІАТИЧНИМ АРТРИТОМ ТА ШКІРНОЮ ФОРМОЮ ПСОРІАЗУ.

Балко М.В., Билинка Д.В., Пишна А.В., Збираник А.І.

Науковий керівник: доц. Ткаченко М.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Українська медична стоматологічна академія

Розповсюдженість серонегативних спондилоартропатій, до яких належить псоріатичний артрит (ПсА), в окремих регіонах України досягає 40 та більше випадків на 100 тисяч населення. Серед хворих на псоріаз у 7-50% виникає артрит, у 2% спондиліт. Все більше визнається, що маніфестація псоріазу поширюється за межі шкіри. Дослідження показали зв'язок між псоріазом та іншими системними захворюваннями, включаючи хворобу Крона, ожиріння, цукровий діабет, депресію та рак. Зовсім недавно був відмічений зв'язок між псоріазом та підвищеним ризиком інфаркту міокарда, цереброваскулярними та периферичними судинними (серцево-судинними) захворюваннями.

Метою цього дослідження було визначити асоціацію ПсА з супутніми захворюваннями, зокрема, серцево-судинними хворобами, у порівнянні з шкірною формою псоріазу, а також описати основні коморбідні стани у пацієнтів з ПсА.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі ревматологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського ПОР», були проаналізовані дані 31 пацієнта з псоріатичним артритом та 29 пацієнтів з псоріазом без артриту. Для визначення поширеності серцево-судинних та інших супутніх захворювань як у пацієнтів з ПсА, так і без нього використовувалась анамнестична клінічна база даних. Одновимірний та багатовимірний логістичний регресивний аналіз проводився для оцінки та порівняння коефіцієнта вірогідності виникнення супутнього захворювання у пацієнтів з ПсА та у пацієнтів з шкірною формою псоріазу. Коваріанти включали вік, стать, освіту, статус курця, тяжкість і тривалість псоріазу, статус лікування, та інші супутні захворювання.

Результати дослідження показали, що поширеність гіпертензії, ожиріння, гіперліпідемії, цукрового діабету 2 типу та, принаймні, одного серцево-судинного порушення у хворих на ПсА складало 36,9%, 32,2%, 19,8%, 13,0% та 7,6% відповідно. Це значно вище, ніж у пацієнтів з псоріазом без артриту з діапазоном некорегованого коефіцієнту вірогідності від 1,52 до 2,57. При мультиваріантному аналізі показник гіпертензії залишився значно підвищеним (корегований коефіцієнт вірогідності 2,17). ПсА був також в значній мірі асоційований з інфекційними захворюваннями, неврологічними станами, розладами шлунково-кишкового тракту та хворобами печінки (корегований коефіцієнт вірогідності 2,81; 4,74; 21,55; та 7,76 відповідно). Інфекції, які лікувалися антибіотиками та депресія/тривожність були відносно поширені при ПсА 30,7% та 20,5% відповідно. Однак після багатоваріантної корекції, ціпоказники не значно відрізнялися від шкірної форми псоріазу.

Висновки. Таким чином отримані результати дослідження припускають, що ПсА суттєво впливає на виникнення коморбідної патології, як серцево-судинної етіології так і іншого генезу.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕРФЕРОНІВ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕЦИДИВІВ ВІРУСНИХ БОРОДАВОК.

Бобрицька Ю.С.

Науковий керівник: доц. Васильєва К. В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Бородавки - це доброякісні новоутворення шкіри і слизових оболонок, викликані інфікуванням вірусом папіломи людини. Ці віруси не викликають гострих симптомів, але призводять до повільного вогнищового збільшення кількісних епітеліальних клітин. Протягом тривалого часу вони можуть зберігати субклінічний перебіг або можуть вирости в великі новоутворення, які зберігаються місяцями і навіть роками, завдаючи пацієнтові дискомфорт.

Мета: оцінити ефективність інтерферонів у комплексному лікуванні і профілактиці рецидивів бородавок у дітей та підлітків.

Матеріали і методи: в дослідженні взяли участь 30 осіб, які звернулись до косметологічного кабінету Комунального підприємства «Полтавський обласний шкірно – венерологічний диспансер Полтавської обласної ради»: 17 жіночого, 13 чоловічої статі у віці від 1 до 17 років з діагнозом вірусні бородавки. Локалізація висипів кисті і стопи.

Всім пацієнтам проводилося видалення бородавок рідким азотом з наступним призначенням препаратів інтерферонового ряду. В якості інтерферонового препарату призначали інтерферон альфа-2b у вигляді ректальних свічок на 10 днів по три курси перервою в 10 днів відразу після видалення і мазі місцево 2 рази в день протягом одного місяця. Спостереження за пацієнтами тривало протягом 6 місяців.

Результати: за півроку спостереження були відзначені рецидиви всього у 2 пацієнтів через 4 місяці і через 6 місяців від проведеного лікування.

Висновок: препарати інтерферонового ряду в комплексній терапії вірусних бородавок у дітей дають позитивні результати і, що дуже важливо, значно знижують частоту рецидивів.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ ГЕКСЕТИДИНУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Бобро В.Є.

Науковий керівник: доц. Герман С.І.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський національний медичний університет

Відомо, що найбільш частим збудником запальних захворювань пародонту є пародонтопатогенні анаеробні грамнегативні мікроорганізми. Для місцевого лікування запальних захворювань пародонту застосовуються антисептики, які традиційно використовуються в стоматологічній практиці. В даний час ведеться пошук лікарських засобів, що дозволяють швидко і надійно пригнічувати мікрофлору ясенних і пародонтальних кишень. Нашу увагу привернув вітчизняний препарат на основі гексетидину «Ангілекс-Здоров'я». Склад препарату: гексетидин, холіна саліцилат, хлорбутанол гемігідрат. Властивості препарату зумовлені

дією цих трьох активних інгредієнтів. Антибактеріальна та протигрибкова дія обумовлена гексетидином, який діє бактерицидно на грамнегативні анаероби, він менш токсичний, ніж хлоргексидин біглюконат. Протизапальну дію надає холіна саліцилат, а в якості місцевого анестетика виступає хлорбутанол гемігідрат. Приваблює цей препарат ще й тим, що його активні речовини фіксуються на слизовій оболонці порожнини рота і звідти потім поступово вивільнюються, навіть тоді, коли хворий вже не відчуває його смаку і запаху. До того ж, цей препарат має дезодоруючий ефект.

Метою даного дослідження була оптимізація лікування хронічного генералізованого пародонтиту з використанням гексетидинвмісного препарату «Ангілекс-Здоров'я».

Проведено традиційну комплексну терапію (загальну і місцеву) 25 хворим з хронічним генералізованим пародонтитом I-II ступеня тяжкості. При використанні місцевого лікування, за призначенням проводився кюретаж пародонтальних кишень (15 хворих). В якості антисептика був обраний препарат на основі гексетидину «Ангілекс-Здоров'я» у вигляді розчину. Перед початком маніпуляції пацієнтові давали прополоскати ротову порожнину препаратом в розведенні 2 чайні ложки на $\frac{1}{4}$ склянки води.

Цю процедуру проводили також і після всіх маніпуляцій, видалення зубних відкладень, проведення кюретажа. Використовували «Ангілекс-Здоров'я» від 3 до 7 діб, в залежності від вираженості запального процесу.

Результати проведеного дослідження показали високу ефективність препарату. Відразу після полоскання ротової порожнини наступало знеболювання ясен і видалення зубних відкладень проходило безболісно.

Вже на другу добу після початку лікування зменшувався ступінь загального мікробного обсіменіння ясенних кишень та запалення ясенного краю, що підтверджувалося пробою Писарева-Шиллера. Зникав неприємний запах з рота.

Таким чином, отримані дані дають можливість рекомендувати «Ангілекс-Здоров'я» в якості ефективного антисептичного засобу.

ЗАСТОСУВАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ РОБСОНА ДЛЯ АНАЛІЗУ РОБОТИ ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ КНМП «КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР ІІ РІВНЯ» І ПОШУКУ ШЛЯХІВ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ

Богданова В.А., Лиходій С.С., Огородник М.О., Суховій О.В.

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

Кафедра акушерства та гінекології №2

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність теми. Зростання частоти кесаревого розтину (КР) є однією з проблем сучасного акушерства. Надмірний ріст частоти кесаревого розтину супроводжується збільшенням кількості ускладнень для матері та плода. Використання одного усередненого показника для оцінки частоти кесаревого розтину недостатньо в зв'язку з різними показаннями до операції і неоднорідним розподілом пацієнтів між різними лікувальними установами. Для отримання об'єктивного уявлення про ефективність сформованих практик і виявлення резерву для поліпшення якості надання акушерської допомоги доцільно проводити аналіз частоти кесаревого розтину з використанням методу, запропонованого Робсоном.

Мета дослідження: провести оцінку частоти кесаревого розтину в КНМП «Кременчуцький перинатальний центр II рівня » із застосування методики Робсона, оцінити можливості до зниження цього показника.

Матеріали та методи. Був проведений ретроспективний аналіз історій пологів в КНМП «Кременчуцький перинатальний центр II рівня». Обліку підлягали всі історії пологів розроджених жінок з червня 2019 по березень 2020 р. По кожній історії пологів заповнювалася друкована форма шкали Робсона, в формі відзначався паспортні дані пацієнтки, кількість вагітностей та пологів, повний клінічний діагноз, відношення до однієї із 10 груп шкали Робсона. Частота кесаревого розтину підраховувалась в кожній групі окремо.

Результати дослідження.

	Всього пологів - 1612	Число КР в групі і загальна кількість пологів в групі	Відносний розмір групи від загальної кількості пологів	Частота КР щодо розміру групи	Частота кесаревого розтину щодо всіх пологів
1.	Першонароджуючі, з гестаційним терміном ≥ 37 тижнів, одноплідна вагітність, головне передлежання, спонтанні пологи.	71/612	38,9%	11,6%	22,6%
2.	Першонароджуючі, з гестаційним терміном ≥ 37 тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання, індуковані пологи або плановий КР.	53/150	9,53%	35,4%	16,9%
3.	Повторнонароджуючі, без рубця на матці, з гестаційним терміном ≥ 37 тиж., одноплідна вагітність, головне передлежання, спонтанні пологи.	20/553	35,15%	3,6%	6,4%
4.	Повторнонароджуючі, без рубця на матці, з гестаційним терміном ≥ 37 тижнів, Одноплідна вагітність, головне передлежання, індуковані пологи або плановий КР.	17/76	4,83%	22,4%	5,4%
5.	Повторнонароджуючі з рубцем на матці, з гестаційним терміном ≥ 37 тижнів при одноплідній вагітності та головному передлежанні.	91/92	5,84%	98,9%	29,1%

6.	Першонароджуючі, одноплідна вагітність, тазове передлежання.	19/19	1,20%	100%	6,1%
7.	Повторнонароджуючі, одноплідна вагітність, тазове передлежання, в тому числі з рубцем на матці.	26/26	1,65%	100%	8,3%
8.	Всі жінки з багатоплідною вагітністю, в тому числі з рубцем на матці.	7/18	1,14%	38,9%	2,2%
9.	Всі жінки з одноплідною вагітністю при поперечному або косому положенні плода, включаючи жінок з рубцем на матці.	7/7	0,44%	100%	2,2%
10.	Всі жінки з одноплідною вагітністю, головне передлежання, з гестаційним терміном ≤ 36 тиж., включаючи жінок з рубцем на матці.	20/59	3,75%	33,9%	6,4%

Обговорення. Нами було проаналізовано 1612 історії пологів, з них шляхом кесарського розтину було проведено 331 пологів, що складає – 20,5%. Для пологового відділення КНМП «Кременчуцький перинатальний центр II рівня» досягнення 100% проведення КР в 9 групі є допустимим, оскільки при неправильному положенні плода кесарів розтин має бути виконаний в кожному випадку, до того ж, вагітними цієї групи обумовлені тільки 0,44% КР. Висока частота КР в групах №№ 5,6,7 виправдана сучасними акушерськими підходами.

Основний внесок в структуру кесаревого розтину вносять жінки з рубцем на матці (група № 7), 100% з яких оперуються повторно. Основним напрямком у профілактиці кесаревого розтину в цих випадках є недопущення першої операції.

Основним резервом для зниження випадків оперативних пологів є групи №№ 1,2,3,4. Ми відзначили високу частоту кесарева розтину в групі № 1 (більше 10%).

Частота КР в групах №№ 2 і 4 завжди вища в перинатальному центрі, де концентруються вагітні із складною акушерською та екстрагенітальною патологією. Аналіз показань до КР в цих групах має проводитися постійно з оцінкою патологій, що спричинили планове розродження або проведення індукції пологів.

Висновки. В результаті оцінки частоти кесарева розтину згідно з рекомендаціями ВООЗ по методиці Робсона вдалося виявити резерви скорочення частоти кесаревого розтину в групах №№ 1,2,3,4. Важливим напрямком зменшення частоти КР є збільшення кількості самостійних пологів у жінок з рубцем на матці.

РОЛЬ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ В ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ

Боскіна М.Г., Козін О.А., Лепа О.С., Пасічник В.А., Ройко В.А.

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

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Переломи дистального відділу плечової кістки є розповсюдженою патологією (до 5% від усіх переломів опорно-рухового апарату). Відмічається велика кількість ускладнень та незадовільних результатів лікування.

Метою даного дослідження було вивчення причин виникнення ускладнень лікування переломів пов'язаних з оперативним втручанням та розробка рекомендацій їх профілактики.

Матеріал і методи. Проведено дослідження результатів лікування 50 хворих, що лікувались у травматологічних відділеннях області з приводу переломів дистального відділу плечової кістки з розвитком ускладнень. В групі дослідження переважали жінки (58%) віком від 32 до 64 років. Для оцінки складності перелому використовувалась класифікація АО. Оцінка стану постраждалих проводилась за клінічними даними відповідно шкали клініки Мейо.

Всім хворим виконано оперативне втручання – екстрамедулярний остеосинтез. Переважно був застосований задній оперативний доступ з відсіченням ліктьового відростку (92%).

Відповідно типу ускладнень хворі поділялись на 3 групи: неврологічні (16), інфекційні (6), механічні (6). Окремі хворі потрапили до декількох груп дослідження. Всі хворі мали контрактури різного ступеня.

Основні результати. З 50 обстежених хворих ускладнення, що пов'язані з хірургічним втручанням, були виявлені у 17.

З 16 хворих з неврологічними розладами у 8 вони виникли після операції. Неврологічні розлади ліктьового нерву в післяопераційному періоді у 2 пацієнтів на наш погляд були пов'язані з використанням транселектранового доступу з відвертанням м'язового фрагменту з ліктьовим відростком проксимально. Невропатія променевого нерву, що виникла після операції у 6 пацієнтів, пов'язана з інтраопераційною травматизацією його хірургічним інструментом чи кістковими відломками під час репозиції. Не менш загрозливим є також використання під час операції джгута.

Інфекційні ускладнення обмежувались м'якими тканинами, їх купірування пройшло в ранньому післяопераційному періоді без особливостей.

До механічних ускладнень віднесли 6 хворих з некоректним розташуванням пластини, що стало причиною розвитку контрактур і показанням до раннього видалення фіксатору.

Висновки. Недоліки інтраопераційного періоду лікування переломів дистального відділу плечової кістки у 34% є причинами розвитку ускладнень різного типу. Дотримання алгоритму надання медичної допомоги має велике значення в профілактиці ускладнень.

ПЕРВИННЕ ВІДВІДУВАННЯ ДИТИНИ У СТОМАТОЛОГА

Боярчук С.А.

Науковий керівник: доц. Бережна О.Е.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Надзвичайною актуальністю в наш час є лікування маленьких пацієнтів. Більшість батьків не звертають увагу на зруйновані тимчасові зуби своїх дітей, вважаючи, що вони все одно скоро поміняються, випадуть і т.ін. Та через деякий час, коли дитина починає скаржитися на біль в зубі, коли з'являється припухлість або набряк – звертаються до стоматолога вже з наявністю комплексних проблем у ротовій порожнині.

Нашою метою є ознайомлення батьків з першим відвідуванням дитини у стоматолога, а саме – як підготувати дитину до візиту, які говорити фрази та слова, в якому віці треба йти до стоматолога та як вибрати правильну клініку та дитячого стоматолога.

Первинний візит малюка до стоматолога може бути відразу після прорізування першого тимчасового зуба. Батьки повинні бути спокійними та не хвилюватися, тому що дитина хоч і мала, але відчуває всі емоції, особливо матері. У цей віковий період дитячий стоматолог може дати поради та рекомендації щодо догляду за зубами (засоби та предмети гігієни порожнини рота з урахуванням віку дитини)

Але частіше перший візит до стоматолога здійснюється біля трьох років, коли дитина готується до дитячого садочка, тобто у свідомому віці, тому перш ніж йти на прийом, батьки повинні пояснити хто такий лікар-стоматолог та навіщо вона йде до нього. Дома батьки можуть показати тематичні мультфільми і самі правильно розповісти про «того» хто живе в ротику, та «хто» руйнує зуби на зрозумілій для дитини мові.

Знайомство дитини зі стоматологом треба розпочинати з адаптації, з розповідей та чищення зубів. Лікар доступною для дитини мовою розповість що, як і для чого треба робити. Батьки в цей момент присутні в стоматологічному кабінеті і не повинні заважати лікарю, тому що зосередженість та увага дитини буде розсіюватися.

Отже, доглядати за зубами потрібно з моменту прорізування першого тимчасового зуба та приходити на профілактичні огляди кожні три місяця. Із дитиною потрібно працювати, пояснювати та підготовлювати її до зустрічі з лікарем стоматологом. Перша зустріч повинна бути приємною та не довгою, щоб у дитини залишились приємні спогади від знайомства з лікарем.

ВПЛИВ АКНЕ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Братусь О. С.

Наукові керівники: проф. Дудченко М. О., доц. Васильєва К. В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Acne vulgaris – одне з найбільш розповсюджених захворювань у дерматології, поширеність якого сягає до 80-86% серед підлітків та 9-11% дорослих. Як правило, маніфестує дана хвороба та має найбільш яскраву клінічну картину у

підлітковому віці, якраз у цей час людина активно формується як особистість. Зазвичай такі пацієнти скаржаться на соціальну неповноцінність, невпевненість у собі при нових знайомствах, особливо з протилежною статтю, що потім призводить до роздратованості, депресії, низької самооцінки та асоціальної моделі поведінки. Цей дерматоз є хронічним запальним захворюванням, що проявляється різноманітними висипними елементами у ділянці шкіри обличчя, шиї, верхньої частини грудної клітки, спини. За ступенем тяжкості виділяють такі форми: комедональна, папульозно-пустульозна, конглобатна. Відомо, що тяжкі форми часто призводять до формування рубців, що негативно впливають на соціальну адаптацію людини, та від яких, на сьогоднішній день немає по-справжньому дієвого методу лікування. Також не секрет, що більш легкі форми акне часто викликають низку негативних психо-емоційних відчуттів, що у підсумку призводить до зниження якості життя.

Метою дослідження є аналіз та оцінка якості життя хворих на акне.

Дослідження якості життя пацієнтів з акне проводилося методом анкетування з використанням дерматологічного індексу якості життя (DLQI) та шкали APSEA. Опитано 24 пацієнта (18-23 роки), із яких - 12 чоловіків та 12 жінок. Анкета психологічного та соціального ефекту дії вугрів – APSEA (Assesment of Phychological and Social Effects of Acne) має 15 питань. Перші 6 мають по 4 варіанти відповідей з однією правильною за відповідь зараховується 0, 3, 6, 9 балів. Інші 9 питань оцінюють за візуальною аналоговою шкалою від 0 до 10 балів. Максимальне число за тест - 144 бали, мінімальне – 0. Чим більше число у сумі, тим сильніше даний дерматоз порушує якість життя людини. Анкета DLQI має у собі 10 питань з метою висвітлення таких параметрів як: щоденна активність, симптоми та самопочуття, робота та навчання, дозвілля, особисті відносини та лікування. Максимальна сума балів – 30 (менше балів - гірша якість життя).

За результатами анкетування APSEA середній бал даних пацієнтів склав $68,1 \pm 25,9$. Значна кількість балів досягалася за рахунок показників, які пов'язані з відчуттям невпевненості у собі, невдоволеністю власною зовнішністю, психологічними труднощами перебування у громадських місцях. Середнє значення індексу DLQI: $8,80 \pm 4,72$, що говорить про досить-таки значний небажаний вплив на життя пацієнтів.

У підсумку можемо констатувати, що враження шкіри обличчя при акне викликає психотравмуючий стан, котрий достатньо сильно пригнічує міжособистісні та соціально-психологічні відносини, що призводить до зниження якості життя даних хворих.

ОСОБЛИВОСТІ САЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ З АУТОІНФЕКЦІЙНИМИ СТОМАТИТАМИ

Васильченко І.Я., Беда В.В.

**Наукові керівники: доц. Ступак О.П.,
доц. Удальцова-Гродзинська К.О.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія*

Загальновідомо, яку важливу роль в фізіології тканин порожнини рота має слина, що секретується великими та малими слинними залозами. Крім, важливої травної функції, слина забезпечує ряд трофічних функцій, регулює клітинний

цикл оральних епітеліоцитів, має антимікробну дію, завдяки наявності в ній цілої низки антимікробних факторів, зокрема: лізоциму, пероксидази, нуклеаз та ін.

Недостатнє слиновиділення (гіпосалівація) досить часто у хворих призводить до порушення гомеостазу порожнини рота, розвитку дисбактеріозу та аутоінфекційних захворювань. До аутоінфекційних стоматитів відносять: гострий катаральний, гострий афтозний і герпетичний стоматити, кандидозні стоматити та виразково-некротичний стоматит Венсана.

На сьогоднішній день до кінця не з'ясований патогенез розвитку даної патології, але можна виділити цілий ряд захворювань, які супроводжуються сухістю (ксеростомією) слизової оболонки порожнини рота. Це цукровий діабет, порушення функціонування вегетативної нервової системи, синдром Шегрена, захворювання пародонта, протезні та кандидозні стоматити тощо.

У зв'язку з цим, доцільно дослідити та проаналізувати в клініці негативний вплив аутоінфекційних стоматитів на функціональний стан слинних залоз у хворих.

Метою нашого дослідження було вивчення швидкості секреції ротової рідини у хворих з аутоінфекційними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження. Крім загальноприйнятих основних методів дослідження хворих, під час дослідження враховували швидкість секреції нестимульованої та стимульованої ротової рідини.

За результатами наших досліджень у хворих на аутоінфекційні захворювання слизової оболонки порожнини рота, особливо з кандидозними стоматитами, виникає ксеростомія слизової оболонки порожнини рота внаслідок порушення функціонування слинних залоз. Так, при грибових стоматитах у хворих міцелій та спори грибів роду *Candida* закупорює вивідні протоки слинних залоз, призводячи до зниження швидкості слиновиділення, збільшення в'язкості слини та виникнення дисбактеріозу порожнини рота.

Таким чином, при лікуванні ксеростомії у таких хворих необхідно обов'язково використовувати медикаментозні засоби, які б стимулювали функціональну активність слинних залоз, мали протизапальну, імуномодулюючу дію та зменшували протеолітичну активність ротової рідини.

КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ВИЗНАЧЕННІ УСКЛАДНЕНЬ КОНСОЛІДАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Васько М.Ю.

Науковий керівник: ас. Нестуля К.І.

Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною

Українська медична стоматологічна академія

Серед постраждалих з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої зони переломи нижньої щелепи складають 75,3-82,1%. Така частота пошкоджень цієї локалізації з причинена анатомічними особливостями нижньої щелепи, зокрема, її дугоподібною формою. Різного роду ускладнення переломів нижньої щелепи розвиваються у 29,8-33,5% випадків, подовжуючи терміни лікування хворих. Все це визначає очевидну соціально-економічну значимість цієї патології. Тому, методи лікування переломів нижньої щелепи та їх ускладнень постійно удосконалюються, що потребує проведення якісного динамічного променевого

моніторингу репаративного остеогенезу. На теперішній час для вирішення проблем діагностики переломів нижньої щелепи застосовується конусно-променева комп'ютерна томографія, яка володіючи всіма перевагами мультиспіральної комп'ютерної томографії, дозволяє виконувати динамічний нагляд при значно меншому променевому навантаженні. Але можливості її відносно визначення променевих ознак ускладнень консолідації переломів нижньої щелепи до кінця ще не вивчені.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення можливостей конусно-промененевої комп'ютерної томографії для виявлення променевих ознак ускладнень консолідації переломів нижньої щелепи.

Методи дослідження. В роботі ретроспективно проаналізовано результати обстеження 47 пацієнтів (38 (80,6%) чоловіків і 9 (19,4%) жінок) у віці від 17 до 56 років з ускладненнями консолідації переломів нижньої щелепи. Для динамічного нагляду їм виконували конусно-променеву комп'ютерну томографію на апараті PAX-ZENIT 3D за стандартними методиками. Проводили оцінку та аналіз променевих ознак, що характеризували стан лінії перелому, країв кісткових фрагментів, кісткової мозолі, порушень структури кісткової тканини в зоні перелому.

Основні результати. В результаті проведеного дослідження встановлено, що променеві ознаки повільного зрощення кісток виявлено у 25 (53,2%) хворих, посттравматичного остеомієліту – у 9 (19,4%), формування несправжнього суглобу – у 5 (12,8%), іншу ускладнення - у 8 (14,6%). Найбільша частина ускладнень відзначена при осколкових – 49,7%, подвійних – 22,3%, поперечних - 19,8% переломах, менше при косих – 8,2%. У 78,7% пацієнтів з ускладненнями було визначено порушення структури кісткових фрагментів на рівні перелому: в 31,4% випадків у вигляді остеопору, в 47,3% - остеосклерозу.

Висновки. Таким чином, конусно-променева комп'ютерна томографія досить інформативний метод діагностики, що дозволяє отримати повну інформацію про стан репаративного остеогенезу та розвитку його ускладнень для корекції лікування і визначення строків реабілітації пацієнтів.

СПРОЩЕНИЙ АЛГОРИТМ ВІДНОВЛЕННЯ КОНТАКТНИХ ПОВЕРХОНЬ БОКОВИХ ЗУБІВ

Васько М.Ю.

Науковий керівник: ас. Лазарєва К.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. За даними різних літературних джерел, розповсюдженість карієсу на контактних поверхнях зубів, що класифікується як клас II за Блекум, складає 49,2 - 53,8%. Реставрація бокових зубів із такими дефектами – звичайна задача в щоденній практиці клінічного прийому лікаря-стоматолога. Разом з тим, якісна реставрація передбачає правильне відновлення профілю контакту зубів за умови мінімальної витрати часу та незначної травматизації м'яких тканин для скорочення реабілітаційного періоду пацієнта. Тому надзвичайно актуальними постають питання оптимізації проведення такого лікування.

Мета: вивчення можливостей застосування спрощеного алгоритму прямих композитних реставрацій каріозних уражень контактних поверхонь премолярів та молярів для підвищення ефективності лікування пацієнтів.

Методи дослідження: Для вирішення поставлених завдань було обстежено та проліковано 38 пацієнтів віком від 23 до 44 років з середнім та глибоким карієсом на контактних поверхнях премолярів та молярів. Усім пацієнтам після опитування, збору анамнезу та об'єктивного обстеження виконувались інтраоральні прицільні рентгенологічні знімки, проводили очищення зубів від зубного нальоту, анестезію, препарування та ізоляцію зубів системою рабердам, адгезивний протокол, відновлення контактних поверхонь композитним матеріалом з наступною шліфовкою та поліровкою реставрацій.

Основні результати. В результаті проведеного обстеження встановлено, що каріозне ураження двох бокових зубів виявлено у 7 (18,4%) пацієнтів, трьох бокових зубів - у 13 (34,2%) пацієнтів та чотирьох зубів – у 18 (47,4%). Застосовуючи спрощений підхід, відновлювали одразу декілька зубів з використанням об'єднаних алгоритмів для кожного етапу лікування. Після знеболення усієї ділянки втручання препарували одразу всі уражені зуби одного сектора. Це дозволило уникнути застосування додаткового захисту проксимальної поверхні поруч розташованих зубів. А одномоментний етап травлення, адгезивної підготовки твердих тканин всіх відпрепарованих зубів та запечатування їх текучим композитом дозволив суттєво зекономити час лікування та послідовно виконати відновлення контактних поверхонь зубів. Так як проводили відновлення одночасно декількох зубів, використовували композити середньої прозорості, які добре підлаштовуються до кольору зуба, легко та швидко моделюються та поліруються.

Висновки. Таким чином, спрощений алгоритм відновлення проксимальних контактів дозволяє провести швидке та якісне лікування завдяки можливості реставрування одночасно декількох зубів одного сегменту в одне відвідування, отримати проксимальні контакти правильного профілю та щільності та значно зменшити травматизацію м'яких тканин, оклюзійних корекцій та скоротити кількість відвідувань пацієнтів.

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ШКІРИ ВНУТРІШНЬОГО КУТА ОКА ТА ПЕРЕНІСНЯ

Власенко О.В.

Наукові керівники: доц. Жукова Т.О., доц. Васько Л.М.

Кафедра онкології та радіології з радіаційною медициною

Українська медична стоматологічна академія

Променева терапія пухлин ділянки перенісся та внутрішнього кута ока має багато технічних та лікувальних перепон. Звуження чи облітерація слъозних протоків є жорстким ускладненням променевої терапії зони опромінення навколо ока та перенісся.

Спосіб розроблений нами направлений на попередження променевиx реакцій шкіри навколо ока та в слъозних протоках при лікуванні новоутворень цих ділянок. Алгоритм складається з таких дій: за 8-10 годин перед опроміненням та через 8-10 годин після проводиться аплікація шкіри навколо ока маззю з лідокаїном, фурациліном та дібулоном і закапування 0,2% розчином лідокаїну. Наступ-

ний крок промивання слъзозносового каналу розчином, що має 2,0 мл 0,1% дексаметазону і 5 мг метотрексату.

В дослідженні взяли участь хворі з новоутвореннями шкіри перенісся та внутрішнього кута ока, також верхньої повіки. Всього в дослідженні прийняли участь 52 пацієнти. Основна група це 30 хворих, що лікувались за нашим алгоритмом. Результативність лікування співставляли з ефективністю, що спостерігалась в контрольній групі, яка включила в себе 22 хворих. Вони отримали променеви терапію за стандартною схемою. Ефективність оцінювали через 6 тижнів після закінчення променевої терапії.

Повна та часткова регресія новоутворення в основній групі склала 97,6 %, в контрольній – 91%. Повної регресії процесу досягли у 27 (90,0%) хворих основної групи та 18 (81,8%) – у контрольній. Часткової регресії досягнуто у 3 (10,0%) та 4 (18,1%) осіб відповідно. До початку лікування стійкої слизотечі у пацієнтів не відмічалось, але після припинення променевої терапії розвинувся синдром «вологого» ока і він був відмічений у 5 (16,6%) хворих основної групи та у 18 (81,8%) хворих контрольної групи. Запалення кон'юнктиви спостерігалось у 5 (16,6%) пацієнтів основної групи та у 15 (68,1%) контрольної. Симптоми блефариту, як променеви реакцію, діагностовано в основній і контрольній групах у 8 (26,6%) та 12 (54,5%) хворих відповідно. Явища перихондриту основна група не показала, а контрольна дала всього 3 (13,6%) пацієнтів.

Загалом, можна зробити висновок, що метод запропонований нами для профілактики променевих реакцій на шкірі, слъзних протоках при лікуванні новоутворень внутрішнього кута ока та перенісся дає змогу долати частину рубцевих змін слъзних шляхів та зменшувати відсоток променевих реакцій. Ефективність розробленого способу не зводиться тільки до зменшення кількості променевих реакцій з боку структур очного яблука, а й проявляється достовірним збільшенням шансів досягнення об'єктивного позитивного результату: число хворих з повної регресії пухлини збільшилася з 81,8% в контрольній групі до 90,0% в основній; частковою регресією пухлини досягли 10,0% та 18,1% відповідно.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ СЕДАЦІЇ У ПОРІВНЯННІ З ПРОПОФОЛОМ ПІД ЧАС СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

Волошина О.О., Люліна Ю.Л.

Науковий керівник: ас. Черкун М.В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Останнім часом збільшилась кількість публікацій, присвячених використанню специфічного агоніста альфа-2-адренергічних рецепторів – Дексмедетомідину з метою інтраопераційної седатії пацієнта. Нейро-аксіальні методи знеболення забезпечують достатній анагетичний ефект, але при цьому зберігають ефект «присутності» пацієнта під час операції. Для нівелювання цього ефекту пацієнтам проводиться седатія. В сучасній анестезіологічній практиці найбільш вживаними седативними засобами є Пропофол і Дексмедетомідин. Останній має

ефект т.з контрольованої седації, але його вплив на гемодинаміку є неоднозначним.

Мета: порівняння клінічної ефективності та безпечності Дексмететомідину та Пропрофолу.

Методи дослідження: анкетування пацієнтів та їх перед-, інтра- та післяопераційний моніторинг. На базі МЛДЦ «МЕДІОН» було відібрано 20 пацієнтів, яким проводилися оперативні втручання під комбінованою анестезією: спінальна анестезія з внутрішньовенною седацією. З метою седації 10 пацієнтів отримували Дексмететомідин (основна група), а інші 10 – Пропрофол (група порівняння). Визначали рівень седації за шкалою RASS, її тривалість, необхідність в протекції верхніх дихальних шляхів та побічні реакції. Моніторинг проводився в палаті до початку седативної терапії, після початку введення, в середині та наприкінці операції, та через 30 хв. після її закінчення. За цільовий рівень седації за RASS під час операції ми обрали «-3», а через 30 хв після її закінчення – «0» балів.

В основній групі отримали інтраопераційний середній рівень седації «-3,1», а післяопераційний – «0»; у контрольній групі ці показники були «-3,8» та «-0,4» відповідно. В основній групі тривалість седації перевищувала тривалість оперативного втручання на 7,8%, а в контрольній групі - на 10,3%. При використанні Дексмететомідину АТсер знизився на 13,4%, а пульс - на 16,7%. При використанні Пропрофолу АТсер знизився на 19,6%, пульс - на 18,6%.

При використанні Дексмететомідину не зафіксували жодної побічної реакції. При використанні Пропрофолу було зафіксовано 2(20%) епізоди порушення дихання. В одному випадку (10%) був короточасний епізод апное (використовувалася лицева маска), в іншому випадку (10%) розлади дихання потребували використання повітропроводу протягом всього оперативного втручання.

Висновок: використання препарату Дексмететомідин в порівнянні з пропрофолом з метою інтраопераційної седації під час комбінованої анестезії показало більшу ефективність та безпечність за рахунок швидкого досягнення цільового рівня інтраопераційної седації, меншого кардіодепресивного ефекту, відсутності клінічних проявів побічної дії препарату.

КЕСАРІВ РОЗТИН ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Врублевський С.В., Походенко О.І., Воронкіна Д.В., Чілінгарян А.О.

Науковий керівник: доц. Макаров О.Г.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність теми: У світі щорічно, у віці до 5 років, помирає понад 1500000 передчасно народжених дітей. У більшості випадків ці смерті є наслідком глибокої незрілості дітей.

Мета дослідження: Проаналізувати показання до абдомінального розродження при передчасних пологах.

Матеріал та методи: Проведений ретроспективний аналіз 160 історій передчасних пологів, що завершилися шляхом операції кесарева розтину. Термін вагітності під час розродження відповідав 28-36 тижням. За материнськими показаннями було прооперовано 104 жінки (1 група), за показаннями з боку плода - 56 жінок (2 група).

Результати дослідження: Під час дослідження встановлено, що кількість жінок, які народжували вперше, - 58 (36,3%), такі, що народжували повторно – 102 (63,7%). З них у 1 групі народжували вперше 36 жінок (34,6%), у 2 групі – 22 жінки (39,3%). Показання до абдомінального розродження з боку матері: екстрагенітальні захворювання – 32 пацієнтки (30,8%), плацентарні порушення – 50 жінок (48,1%), хоріоамніоніт - за відсутності умов для розродження через природні пологові шляхи – 22 жінки (21,1%). Показання для оперативного розродження з боку плода: дистрес під час вагітності – в 25 випадках (44,6%), дистрес під час пологів - в 31 випадку (55,4%). Токолітичну терапію напередодні розродження отримали 34 жінки (32,7%) з 1-ої групи та 18 вагітних (32,1%) з 2-ої групи. Профілактика РДС-синдрому проведена в терміні гестації до 34 тижнів за 48-168 годин до розродження в 1-ій групі вагітних – у 32 осіб (69,6%) із 46, в 2-ій групі - у 10 жінок (62,5%) із 16. Гістологічні дослідження плацент в 1-ій групі встановили, що запальні зміни мали місце у 16 (15,4%) жінок, хронічна плацентарна недостатність - у 24 жінок (23,1%), гостра плацентарна недостатність у 64 жінок (61,5%), в 36 (34,6%) випадках мале місце сполучення гострої та хронічної плацентарної недостатності. В 2-ій групі - відповідно: 8 (14,3%), 22 (39,3%), 14 (25,0%) та 10 (17,9%) жінок.

Висновки: При недоношеній вагітності показаннями до кесаревого розтину найчастіше були: з боку матері - плацентарні порушення (48,1%) та екстрагенітальні причини (30,8%); з боку плода - дистрес під час пологів (55,4%).

ЛАПАРОСКОПІЧНА (ТАПП) АЛОГЕРНІОПЛАСТИКА, ЯК МЕТОД ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ

Гавриленко В.М.

Наукові керівники: проф. Дудченко М.О., ас.Шевчук М.П.

Кафедра хірургії №4 з малоінвазивною хірургією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Лапароскопічна герніопластика рецидивних пахових гриж є ефективним методом лікування, але для її виконання необхідний досвід і знання як нормальної, так і зміненої, після попередньої герніопластики, анатомії задньої стінки пахової ділянки.

Мета дослідження: провести порівняльну оцінку безпосередніх і віддалених результатів лапароскопічного трансабдомінального преперітонеального (ТАПП) методу пластики в порівнянні з методом Ліхтенштейна при лікуванні рецидивних пахових гриж.

Матеріал і методи: У хірургічному відділенні 3 МКЛ м. Полтава з січня 2019 р. по грудень 2019 р. були прооперовані лапароскопічним методом 5 (1 група) і методом Ліхтенштейну 6 пацієнта (2 група). Раніше всім пацієнтам була виконана герніопластика пахової ділянки власними тканинами переважно за способом Басіні та Жирара-Кімбаровського. Лапароскопічний (ТАПП) метод проводився традиційно при не зміненій анатомії задньої стінки пахової ділянки. У випадках деформацій викликаних зміщенням в латеральну сторону медіальної складки, пов'язаної з раніше виконаним переміщенням шийки грижового мішка по методу Кохера, очеревина розсікалася латерально від грижового дефекту і відсепаровувалась медіально і вниз звільнюючи латеральну ямку, а потім звільнялася медіальна ямка до серединної складки візалізуючи бугристість лонної кістки і задню

поверхню прямого м'язу. У випадку труднощів технічного плану в повному витяганні грижового мішка, то він перетинався на деякому протязі від шийки. Пластику задньої стінки пахового каналу виконували попередньо змодельованими поліпропіленовими сітками 10x15 см. без розрізу. При виконанні операції за методом Ліхтенштейну висікали старий післяопераційний рубець, розсікали апоневроз і виділяли елементи сім'яного канатика, потім вправляли грижовий мішок. Поліпропіленову сітку відповідного розміру розсікали зверху навскоси для виведення сім'яного канатика і підшивали до пупартової зв'язки і до апоневрозу.

Результати: Тривалість лапароскопічних операцій склали в середньому $76,2 \pm 0,3$ хв, не було жодного випадку конверсії і жодного випадку рецидиву в терміні спостереження до трьох місяців. У другій групі тривалість операції була дещо більшою - в середньому $87,3 \pm 0,6$ хвилин, рецидивів з боку операції не було. У ранньому післяопераційному періоді у пацієнтів першої групи спостерігалися: сероми у 1 пацієнта, гематоми пахової ділянки і мошонки не спостерігались. Середній післяопераційний ліжко / день - $1,8 \pm 0,4$. У другій групі пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді у одного пацієнта відзначася набряк мошонки, серома післяопераційного рубця у 2 пацієнтів, гематома пахової ділянки і мошонки не спостерігалась, у трьох пацієнтів мав місце помірно виражений больовий синдром, післяопераційний ліжко / день - $5,4 \pm 0,3$.

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ І ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТИТУ

Гавриш Н.В.

Науковий керівник: доц. Томіліна Т.В.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський національний медичний університет

Основою забезпечення первинної профілактики герпетичного та кандидозного стоматиту є диференційований підхід до проведення профілактичних заходів з виділенням груп динамічного спостереження (діагностичної, лікувально-профілактичної) та розробка стандартів якості діагностики, профілактики та динамічного спостереження не тільки хворих, але і осіб з факторами ризику розвитку стоматиту.

Мета дослідження: визначення ролі клініко-анамнестичних, конституційно-біологічних, соціально-гігієнічних чинників в первинній профілактиці хронічного рецидивуючого герпесу та хронічного кандидозу.

Об'єкти і методи дослідження. Дослідження базувалося на аналізі результатів обстеження 152 пацієнтів, з них 50 - з хронічним рецидивуючим герпесом, 54 - з хронічним кандидозним стоматитом і 48 клінічно здорових осіб контрольної групи у віці 30-49 років.

В нашому дослідженні були використані фактори, що сприяють формуванню стоматиту: клініко-анамнестичні, конституційно-біологічні, соціально-гігієнічні.

Виходячи з фундаментальних принципів впорядкованості систем, збільшення її ентропії свідчить про якісно більш несприятливий стан системи, а зменшення ентропії - про її великі компенсаторні можливості. Проведене нами вивчення дозволило експериментально підтвердити ці фундаментальні положення. Так, ентропія етіопатогенетичної системи здорових склала $H_0 \sim 6,499$ біт; хворих кандидозним стоматитом - $H_{\kappa} \sim 7,284$ біт, а герпетичним - $H_{\text{гс}} = 7,697$ біт. В цілому,

можна зробити висновок про те, що найменшою ентропією характеризуються здорові, а найбільшою - хворі герпетичним стоматитом, тоді як хворі з кандидозним стоматитом - займають проміжне положення. Із зазначеного також випливає, що за рахунок усунення наведених факторів можна зменшити ризик формування стоматиту. Однак, не всі наведені фактори є керованими, тому нами вивчена багатфакторна структура профілактичного потенціалу та виділено декілька компонент: Конституційно-біологічна (35,1%), клінічна (47,5%) і соціально-гігієнічна (17,4%). З перерахованих груп керованими є соціально гігієнічні фактори і, частково, клініко-анамнестичні фактори, тоді як конституційно-біологічні лише детермінують ризик виникнення стоматиту і не володіють профілактичним потенціалом.

Таким чином, системно обґрунтований підхід до ранньої діагностики, первинної та вторинної профілактики стоматиту, а також визначення потреби в лікувально-профілактичних заходах повинні бути індивідуалізовані і базуватися на кількісній оцінці профілактичного потенціалу здорових людей з факторами ризику та хворих людей на стоматит.

ХВОРОБА МОЯ-МОЯ: ПОЛІМОРФНІСТЬ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ

Газдик В.І., Бажатарник А.Д.

Наукові керівники: доц. Санік О.В., проф. Дельва М.Ю.

*Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність теми: хвороба моя-моя відноситься до рідкісної судинної патології головного мозку і є хронічною повільно прогресуючою оклюзуючою васкулопатією частіше генетичного походження. В основі патологічного процесу - поступова оклюзія церебральних судин. Захворювання найчастіше проявляється у віці від 10 до 30-40 років, що робить дану патологію актуальною і значущою причиною інсультів у осіб молодого віку. Клінічно прояви хвороба моя-моя різноманітні і залежать від ступеня ураження магістральних судин, локалізації, обсягу і характеру вогнища ураження головного мозку.

Мета: вивчити клінічні прояви рідкісного захворювання, поліпшити результати лікування і прогноз хвороби моя-моя шляхом розробки алгоритму діагностики та лікувальної тактики.

Розглянемо клінічний випадок пацієнтки 36-ти років, у якої спостерігались повторні інсульти протягом нетривалого часу. З анамнезу відомо, що близько 3 місяців тому, стала відмічати відчуття затерпання лівих кінцівок, періодичний ниючий біль у потиличній ділянці. У зв'язку з погіршенням стану - різко виникла слабкість лівих кінцівок, порушилась мова, з'явилося виражене запаморочення - госпіталізована у відділення гострої церебральної патології 1-ї міської клінічної лікарні м. Полтави. За даними КТ головного мозку були виявлені ознаки невеликого субарахноїдально-паренхіматозного крововиливу. За даними МРТ головного мозку – гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом в проекції правої лобної, скроневої долі, островку та зоні провідних шляхів зовнішньої капсули; кістозно-гліозні зміни речовини головного мозку в проекції правої тім'яної долі, стан після перенесеного інсульту.

У пацієнтки не було виявлено патології, яка б призвела до інсультів. Тому з метою уточнення причини множинних інсультних вогнищ і для остаточної поста-

новки діагнозу було проведено МР-ангіографію, на якій був виявлений стеноз внутрішньої сонної артерії і магістральних судин Вілізієвого кола, переважно справа, з формуванням колатералей, за рахунок яких забезпечувалося неадекватне кровопостачання головного мозку, і як наслідок, розвиток множинних ішемічних ушкоджень різного ступеня давності. У зв'язку зі слабкістю судинної стінки новоутворених судин, виник також крововилив у мозок. При цій патології ефект лікування може бути тільки при хірургічному шунтуванні – створенні анастомозу між зовнішньою і внутрішньою сонними артеріями.

Отже, знання патогенезу, клінічних проявів та використання сучасних методів діагностики дає змогу обрати правильну тактику лікування хвороби моя-моя з метою успішно компенсувати патологічне кровопостачання головного мозку, домогтися клінічного поліпшення стану пацієнта і прогнозувати успішний результат.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

**Галушка О.В., Енукідзе Н.І., Королькова Е.С., Невкрита В.А.,
Сімонова М.А., Юхіменко В.О.**

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

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Української медичної стоматологічної академії*

Основою лікування гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією сегменту ST (зі STEMI), згідно з сучасним уявленням, є найшвидше відновлення кровопостачання міокарда. Швидка діагностика ознак ГІМ на догоспітальному етапі скорочує час для встановлення діагнозу та транспортування пацієнта у відповідні заклади охорони здоров'я.

Мета. Провести аналіз результатів надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим зі STEMI бригадами КУ «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» за 2017-2019 роки.

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз 382 карти виїзду бригад ЕМД (Ф № 110/0) та супровідних листів (Ф № 114/0) за 2017-2019 р. пацієнтів зі STEMI, яким проводилася реперфузійна терапія.

Результати. Відповідно до Наказу МОЗ України № 455 від 2014р., основним методом відновлення прохідності інфарктзалежної артерії (ІЗА) у хворих зі STEMI, є проведення первинних перкутаних коронарних втручань (ПКВ). Пацієнти зі STEMI, після надання екстреної медичної допомоги, згідно Наказу МОЗ та локального протоколу, для проведення ургентного ПКВ госпіталізувалися у відділення інтервенційної радіології (ВІР) Полтавської обласної клінічної лікарні. Кількість госпіталізацій до ВІР ПОКЛ постійно збільшується, так у 2017р. – 193 хворих, у 2018р. 247 хворих, у 2019 році 734 хворих що у 2,9 рази більше ніж попередні роки. Аналіз показників летальності хворих зі STEMI після ПКВ свідчить про зниження. Так, летальність з хворих зі STEMI після ПКВ становила у 2017р. – 7,1%, 2018р. – 5.9%. 2019р. – 6.2%, тоді як летальність від інфаркта міокарда (ІМ) по - Полтавській області – 11.7%.

Висновки. Отримані результати дозволяють стверджувати про ефективність своєчасно проведеної ранньої реперфузійної терапії, що сприяє суттєвому зниженню летальності хворих зі STEMI на Полтавщині.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗУВАСТАТИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА

**Герасименко Т.М., Малинський О.В., Мироненко А.В., Бойко О.О.,
Гапша Н.А., Гришанович А.В., Качур В.О., Колісник А.А.,
Король-Черних С.В., Олійник А.І.**

Науковий керівник: доц. Люлька Н.А.

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Української медичної стоматологічної академії*

Метою нашого дослідження було вивчення впливу розувастатину на показники ліпідного спектру та переносимість фізичних навантажень в ранньому реабілітаційному періоді у хворих з гострим інфарктом міокарда.

Обстежено 35 хворих в гострому періоді інфаркту міокарда з елевацією ST, серед них 20 хворих – чоловіки, 15 – жінки, середній рік становив $(49,0 \pm 5,4)$ року. В базовій терапії пацієнти приймали нітросорбіт 20 мг 2 рази на добу, брилінта 90 мг 2 рази на добу, конкор 2,5 мг, аспірин кардіо 100 мг, каптоприл 1,25 мг. В терапію було включено розувастатин в дозі 20 мг на добу протягом госпітального та раннього реабілітаційного періодів (у середньому 6 тижнів). До контрольної групи увійшли пацієнти з протипоказаннями до призначення статинів ($n=8$).

Через 3 міс. була відмічена позитивна динаміка показників ліпідного спектру: загальний холестерин знизився з $6,21 \pm 0,20$ до $3,6 \pm 0,12$ ($p < 0,05$), ЛПНЩ – з $3,61 \pm 0,12$ до $2,80 \pm 0,06$ ($p < 0,05$).

На фоні адекватного призначення антиангінальної терапії епізоди больової ішемії у хворих не виникали. При добовому моніторингу ЕКГ (при виписці зі стаціонару та після 6 тижнів лікування) в обох групах пацієнтів зареєстровано епізоди безбольової ішемії міокарда. В групі розувастатину кількість та загальна тривалість зазначених епізодів протягом доби були нижчими, ніж у групі контролю (відповідно на 17,5 та 15%)

Отже, застосування розувастатину з першої доби лікування пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST суттєво впливає на перебіг захворювання – покращує стан кровопостачання міокарда, стабілізуючи клінічний перебіг захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ КРИСТАЛУРІЇ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ТА ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ

Гнідаш В.О., Давтян А.В., Жаріна К.М., Гребенюк П.О., Постільняк К.І.

Науковий керівник: доц. Кушнерева Т.В.

Кафедра педіатрії №2

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність проблеми дисметаболічної нефропатії зумовлена багатограними патогенетичними порушеннями, а також тяжкістю станів, що формуються внаслідок патологічного обміну, таких як тубулоінтерстиціальний нефрит, нефролітаз, хронічна хвороба нирок, що визначає важливість проблеми і необхідність використання ефективних методів лікування та профілактики.

Метою нашого дослідження стало вивчення особливостей клінічного перебігу фосфатурії у дітей раннього віку та оцінка ефективності терапевтичних заходів з включенням до корекції вітаміну Д₃.

Групу спостережень склали 24 дитини віком 1-5 років, що мали зміни в аналізах сечі у вигляді фосфатної кристалурії. Відомо, що фосфатурія може бути наслідком патології залоз внутрішньої секреції та хронічної інфекції сечової системи з причетністю мікрофлори, яка має уреазну активність; тож зазначені захворювання у дітей із групи спостереження виключали. В плані обстеження проводили динамічний контроль загального аналізу сечі з оцінкою наявності кристалурії, ступенем кальциурії (реакція за Сулковичем) та визначали рівень вітаміну Д у сироватці крові до та після завершення курсу лікування.

За результатами нашого спостереження, у обстежених дітей перших трьох років життя була відсутня клінічна симптоматика рахіту та рахітоподібних захворювань. Проте, майже у всіх хворих (91,6%) було встановлено дефіцит 25(ОН)Д: рівень вітаміну у сироватці крові коливався від 8,92 нмоль/л до 21,3 нмоль/л. Дітям з фосфатурією призначали дієтотерапію з виключенням твердого сиру, бобових, горіхів, гречаної і вівсяної каші, обмеженням молочних та м'ясних продуктів та дотриманням високорідинного питного режиму. Пацієнтам із групи спостереження на фоні комплексної протокольної терапії (рослинний кристалолітик, ферментні препарати) призначався водний розчин вітаміну Д₃ по 2000 МО щодня, впродовж 2 місяців. Результати аналізів сечі демонструють позитивну динаміку щодо зменшення частоти проявів фосфатурії та кальциурії на фоні лікування: через 1 міс. кристалурія була відсутня у 29,1% дітей, через 2 місяці – у 83,3% пацієнтів. Слід зазначити, що майже у третини (37,5%) дітей після 2-х місячного курсу прийому вітаміну Д, рівень 25(ОН)Д в крові залишалися у межах показників дефіциту, у інших – досягав нормативних значень.

Таким чином, однією з провідних причин фосфатурії у дітей раннього віку є гіповітаміноз Д. Призначення дієтотерапії та включення до комплексного лікування водного розчину вітаміну Д₃ сприяє зменшенню проявів кристалурії та запобігає формуванню дизметаболічної нефропатії.

МЕТОДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Головко Д.Р., Головко О.С.

Науковий керівник: доц. Марченко А.В., доц. Хміль Т.А.

Кафедра терапевтичної стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність роботи. При проведенні ортодонтитного лікування з використанням брекет-систем, у пацієнтів виникають обмеження в індивідуальному догляді за гігієною порожнини рота. Пацієнти не завжди усвідомлюють значення повноцінної індивідуальної гігієни, не проведення своєчасної та регулярної професійної гігієни у лікаря-стоматолога та наслідки цього. В результаті це провокує появу карієсу в ділянці фіксації брекета в процесі та після проходження ортодонтитного лікування.

Метою роботи є порівняння методів професійної гігієни порожнини рота серед ортодонтитних пацієнтів на найбільшу ефективність в навколобрететній зоні, клінічне та лабораторне обґрунтування у виборі методів професійної гігієни для пацієнтів з брекет-системою, встановлення рекомендованих термінів для регулярного проведення професійної гігієни ортодонтитним пацієнтам, апробація результатів та визначення найбільш дієвого методу проведення професійної гігієни для попередження ускладнень після ортодонтитного лікування.

Методи дослідження: клінічний, лабораторний, аналітичний, порівняльний, структурно-логічний.

Результати досліджень. Нами були оглянуті 42 пацієнта, що проходять ортодонтичне лікування брекет-системою. Клінічним дослідженням, за допомогою Color-test number 3, було виявлено наявність зубного нальоту та зубного каменю, лабораторним дослідженням підтверджено наявність великої кількості патогенної мікрофлори, а саме стрептококи, стафілококи, актиноміцети, лактобацили, нейсерії, вейлонели. Пацієнтам була проведена професійна гігієна одним із двох методів: метод №1 - застосування УЗ-чищення за допомогою скейлера та щіточок чи метод №2 - комбіноване чищення за допомогою AIR-FLOW. Також створена датована карта для підтримання гігієни у домашніх умовах, підібрані засоби та предмети особистої гігієни відповідно до кожного клінічного випадку. Після процедури та кожні наступні два тижні проводилося дослідження за утворенням зубної бляшки, а в подальшому нальоту, особливо в навколобрекетній ділянці. В результаті були встановлені окремі терміни для проведення наступної процедури професійної гігієни при використанні УЗ-чищення та комбінованого чищення з застосуванням Air-Flow системи з урахуванням клінічних ситуацій (наявність скупченості зубів).

Висновки. Нами були порівняні методи професійної гігієни, а саме: метод №1 - застосування УЗ-чищення та щіточок та метод №2 - комбіноване чищення з застосуванням Air Flow системи серед ортодонтичних пацієнтів, за допомогою клінічного Plaque тесту та лабораторних тестів вдалося встановити більшу ефективність комбінованого методу чищення №2 перед УЗ-чищенням з застосуванням щіточок, встановлені найбільш ефективні алгоритми гігієни для пацієнтів, які полягали в необхідності обов'язкової поліровки навколобрекетної ділянки, що є неможливим без застосування Air Flow апарату (метод №2), визначені терміни між регулярним проведенням процедури професійної гігієни саме для пацієнтів з ортодонтичними апаратами, що становлять для методу №1 - 4-6 тижнів (з використанням скейлера тільки при наявності твердих зубних відкладень), а для методу №2 з застосуванням Air Flow системи - 12 тижнів.

**ЦІЛОДОБОВА ПРАВИЛЬНА РОБОТА ДИСТАНЦІЙНОГО
КОНСУЛЬТАТИВНОГО ТЕЛЕМЕТРИЧНОГО ЦЕНТРУ Є ОСНОВОЮ ДЛЯ
СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ
БРИГАДАМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»**

***Голубенко Л.Ю., Марченко Л.С., Мжібер А.А., Попова А.В.,
Семеренко А.О., Сушко А.В., Шевельова В.С.***

Наукові керівники: доц. Настрога Т.В., ас. Ткач Л.І.
*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Української медичної стоматологічної академії*

Вступ. Структурним підрозділом КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», є консультативний телеметричний центр (ДКЦ), який функціонує цілодобово й дає змогу приймати ЕКГ, що є важливо для своєчасної діагностики гострого коронарного синдрому (ГКС)

Мета. Провести аналіз роботи ДКЦ КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф за 2017-2019 роки, щодо надання допомоги хворим на ГКС. Матеріали і методи. Проведений аналіз роботи консультативного телеметричного відділу за 2017-2019 р., щодо надання допомоги хворим на ГКС. Результати. Принцип роботи ДКЦ полягає в наданні консультативної телеметричної допомоги бригадам ЕМД. Це допомагає своєчасно встановити правильний діагноз, вибрати оптимальну лікувальну тактику, дало можливість значну частину викликів до кардіологічних хворих обслуговувати загальнолікарським та фельдшерським бригадам. Проведений аналіз роботи консультативного телеметричного відділу по роках, свідчить про збільшення навантаження на ДКЦ. За результатами цієї роботи Полтавська область є одним із лідерів в Україні. Так у 2017р. фахівцями ДКЦ проконсультовано ЕКГ по телефону 17208, у 2018 р. -19806, у 2019р. – 23286. Пацієнти з ГКС з елевацією сегмента ST (STEMI) з 2016 року для проведення ургентного ПКВ госпіталізувалися бригадами ЕМД у відділення інтервенційної радіології (ВІР) Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ). З 01.09.2019 відповідно наказу департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) Полтавської обласної ради № 723 від 05.08.2019 внесено зміни до клінічного маршруту пацієнта із ГКС, згідно яких щотижнево у понеділок-п'ятницю-суботу-неділю хворих з ГКС (STEMI та nSTEMI високого і дуже високого ризику) госпіталізують у відділення інтервенційної радіології (ВІР) ПОКЛ, а вівторок-середа-четвер - у Полтавський кардіологічний диспансер. Завдяки дистанційній маршрутизації пацієнта, час «перший медичний контакт (ПМК) – балон» скоротився вдвічі і, в середньому складає 54 хв. Якщо час «ПМК – балон» перевищував 120 хв., бригадами ЕМД проводився догоспітальний тромболізис, якого потребували 30% хворих зі STEMI. Основним препаратом для проведення догоспітального тромболізу у пацієнтів зі STEMI була тенектеплаза, яка застосовувалась протягом 2015-2019р. у 367 випадках, з яких фельдшерськими бригадами у 119 (33%).

Висновки. Дистанційна маршрутизація пацієнтів зі STEMI за допомогою телеметричних систем зменшує час ЕМД – стент удвічі, що сприяє зниженню летальності хворих зі STEMI на Полтавщині.

ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ D-ДИМЕРУ ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Гордієнко О.О., Гордієнко А.В.

Науковий керівник: ас. Федоров М.А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність теми: захворювання пов'язані з гіперкоагуляцією є однією з причин госпіталізації у відділення інтенсивної терапії, ці стани тягнуть за собою значний рівень летальності, та складають велику групу причин не діагностованої смертності. За даними Фремінгемського дослідження, смертність від тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) складає 15,6% усієї госпітальної смертності. За відсутності адекватного лікування ризик летальності дорівнює близько 30%. Для верифікації ТЕЛА, при диференційній діагностиці нозологій не пов'язаних з гіперкоагуляцією, необхідний малоінвазивний метод діагностики, що буде досту-

ним на будь-якому рівні лікарської допомоги. Одним з таких досліджень є визначення рівня D-димеру.

Мета роботи: аналіз доцільності визначення рівня D-димеру при диференційній діагностиці ТЕЛА.

Методи дослідження: до дослідження було залучено 30 пацієнтів відділень інтенсивної терапії з попереднім діагнозом ТЕЛА віком від 42 до 84 р. ($64,3 \pm 5,1$), з яких 12 чоловіків і 18 жінок. Для оцінки клінічної вірогідності ТЕЛА було використано шкалу Уелса та модифіковану Женевську шкалу. Всім пацієнтам був визначений рівень D-димеру. Для постановки остаточного діагнозу проводилась контрастна ангіопульмонографія. Було розраховано чутливість і специфічність методу.

Результати дослідження: при використанні методу шкал діагноз ТЕЛА встановлено у 16 осіб (53,3%). Підвищений рівень D-димеру визначився у 9 осіб (30%). Остаточний діагноз встановлено за допомогою ангіопульмонографії у 8 осіб (26,7%). Об'єктивна оцінка стану пацієнта, що представлена методом шкал має чутливість в 50 %. В той час як визначення рівню D-димеру -88,9%. Специфічність методу використання шкал дорівнює 63,6%, D-димеру - 96,6%.

Хибно позитивні тести D-димеру можуть бути пов'язані з наявністю багатьох коморбідних станів, таких як фібриляція передсердь, інфаркт міокарду, хронічна серцева недостатність, онкопроцеси.

Висновок: проведені нами дослідження показали високу чутливість та специфічність методу, що дозволяє нам виключати діагноз ТЕЛА при нормальному рівні D-димера, але його підвищення не достатньо для постановки діагнозу. Доступність та малоінвазивність методу ще один аргумент на користь внесення його до переліку обов'язкових тестів у хворих з підозрою на захворювання спричинених гіперкоагуляцією.

РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ 2019-2020 НАВЧАЛЬНОГО РОКУ ЗА ЩОРІЧНОЮ КАФЕДРАЛЬНОЮ СТРАТЕГІЄЮ «ЛІКАР У БОРОТБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ»

Городницька І.М., Борзих Я.А., Кідрон-Лісовська І.Г., Третяк А.О., Чмир А.А., Ковальчук М.М., Гаєрюшова М.В.

Наукові керівники: проф. Потяженко М.М., доц.Невойт Г.В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Українська медична соматологічна академія

З 2016 на кафедрі внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів розпочато навчально-діагностичну щорічну стратегію «Лікар у боротьбі із неінфекційними захворюваннями (НІЗ): почни із себе». Її мета - оцінка стану становлення ведення здорового способу життя (ЗСЖ) у лікарів, що навчаються на кафедрі та виявлення наявності ранніх предикторів НІЗ із проведенням наступної профілактичної та освітньої роботи із ними. Проведено відкрите, нерандомізоване, контрольоване дослідження 23 анамнестично функціонально здорових лікарів (середній вік $24,8 \pm 2,0$ роки, чоловіки - 78%) за розробленим на кафедрі способом персоніфікованого визначення напрямку корекції способу життя пацієнта (Потяженко М.М. і співат., 2020). Виконувалось порівняння із результатами досліджень минулих років. Встановлено, що обстежені лікарі вже мають предикто-

ри виникнення НІЗ: 1) виявлені розлади жирового обміну, а саме у 8(35%) осіб - передожиріння за індексом маси тіла, легкого ступеню - 5(22%), середнього – 3(13%); у 11(48%) осіб – підвищений відсоток внутрішнього жиру, високий у 4(17%), дуже високий у 7(31%); у 2(9%) -вісцеральне ожиріння; 2) дефіцит м'язової маси виявлено у 16(70%) осіб. Зазначене підтверджувалось результатами аналізу способу життя і наявністю факторів ризику у більшості респондентів: алкоголізація за характером напоїв міцні/легкі/енергетики відмічена у 12(52%)/15(65%)/6(26%) осіб відповідно; невиконання ранкової зарядки/відсутність регулярних занять спортом - у 14(61%)/9(39%) осіб; нераціональне харчування, а саме не вживання достатньої кількості фруктів і овочів/вживання хімізованих солодоців/недотримування нормотрофного харчування/надлишок повареної солі мало місце у 12(52%)/18(78%)/14(61%)/8(35%) осіб відповідно, тютюнопаління – у 10(44%). За даними аналізу варіабельності серцевого ритму вклад регуляторних механізмів був у межах фізіологічної норми у 19(83%) лікарів, баланс відділів вегетативної нервової системи був врівноваженим лише у 11(48%) осіб та мало місце напруження регуляторних систем середнього рівня у 12(52%), високого – у 7(30%) респондентів; у 11 осіб загальна потужність спектрального спектру серцевої діяльності була нижче середнього або низька. Висновки: 1) Зазначена група лікарів не дотримується ЗСЖ, має невідповідні рівні усвідомлення і реалізації засад ЗСЖ, а також об'єктивні функціональні і метаболічні розлади, предиктори виникнення НІЗ і потребує значної психопедагогічної корекції. 2) Спосіб персоніфікованого визначення напрямку корекції способу життя пацієнта придатний і ефективний для скринінгу у групах та колективах. 3) Отримані показники співпадають із результатами досліджень минулих років і свідчать про недостатній рівень ведення ЗСЖ випускниками УМСА.

РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ПІД МАСКОЮ МІЄЛІТУ (ОПИСАННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Гуртовий І.Р.

Науковий керівник: доц. Таряник К.А.

Кафедра нервових хвороб із нейрохірургією та медичною генетикою,

Українська медична стоматологічна академія

Розсіяний склероз (РС)— хронічне прогресуюче захворювання центральної нервової системи (ЦНС) з переважно хвилеподібним перебігом, яким хворіють близько 2,5 млн людей у світі. Хвороба вирізняється великою неоднорідністю перебігу (Geurts J.J. et al., 2012).Вчасно діагностовано захворювання та розпочате фахове лікування дає можливість запобігти загостренням, полегшити симптоми та сповільнити прогресування хвороби.

Мета роботи - ознайомити лікарів із особливостями перебігу розсіяного склерозу, основними критеріями постановки діагнозу у випадках, коли захворювання починається під маскою іншого процесу.

Представлений клінічний випадок хворого Р., 36 р., який знаходився на обстеженні та лікуванні у неврологічному відділенні Комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Госпіталізований із скаргами на слабкість у нижніх кінцівках, з акцентом справа, порушення ходи, зниження чутливості у лівій нозі. Враховуючи дані анамнезу – захворювання розпочалося 7 місяців тому, на фоні важкої фізи-

чної праці, із затерпання лівої ноги, а вже через 1 місяць narosла слабкість у кінцівці, даних неврологічного огляду – провідникові порушення чутливості з рівня D10 зліва, дистальний помірний парез лівої ноги, хворому проведено МРТ грудного відділу хребта, консультація нейрохірурга, встановлено діагноз: Мієліт на рівні D2-D4 з провідниковим порушенням чутливості з рівня D10 зліва, призначено амбулаторне лікування: антихолінестеразні препарати, вітаміни групи В, глюкокортикоїди у дозі 4 мг/добу впродовж 10 днів. Стан хворого не покращився, а вже через місяць хворий став помічати наростання слабкості у правій кінцівці, хиткість при ході, переважно у вечірній час. На момент огляду у хворого виявлено нижній змішаний помірний парапарез, з акцентом праворуч, ознаки сенситивної атаксії у нижніх кінцівках на фоні провідникових порушень поверхневої чутливості з рівня D10 зліва.

Хворому проведено повторне МРТ грудного відділу хребта та МРТ головного мозку з внутрішньовенним підсиленням. Виявлені ознаки демієлінізуючого процесу на рівні Th1-Th2, Th2-Th3 на фоні багато вогнищового ураження головного мозку демієлінізуючого характеру. Враховуючи дані неврологічного обстеження (прогресуюче ураження рухових шляхів, волокон поверхневої та глибокої чутливості), перебіг захворювання (близько 7 місяців), дані нейровізуалізації (вогнища де мієлінізації у головному та спинному мозку), хворому встановлено діагноз: Розсіяний склероз, рецидивуючо-ремітуючий перебіг, стадія загострення, EDSS 3.0б., проведена пульс-терапія метилпреднізолоном впродовж 5 днів, відмічена позитивна динаміка у вигляді зменшення парезу, відновлення чутливих функцій, поліпшення ходи.

Висновки. Діагноз РС ґрунтується на клінічних даних. Визначальними критеріями діагностики є наявність ураження більш ніж однієї структури ЦНС (дисоціація в просторі) і появи більш ніж одного неврологічного симптому (або його прогресування) протягом більш ніж півроку (дисоціація в часі).

У пацієнтів з мієлітами (особливо у випадку їх рецидивуючого перебігу) необхідно проводити МРТ головного мозку, з метою виключення РС.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗУБНОГО ЕЛІКСИРУ“ЛІЗОМУКОЇД” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГРИБКОВИХ СТОМАТИТІВ

Гутовська Н.Ю., Житеньова А.О.

Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., доц. Ступак О.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність дослідження обумовлена тим, що на сьогоднішній день широке використання антибіотиків призвело до виникнення антибіотико-резистентних штамів мікроорганізмів, а як наслідок, зниженню ефективності лікування багатьох захворювань слизової оболонки порожнини рота, в тому числі і аутоімунних.

Порожнина рота людини відрізняється різноманітністю мікробного обсіменіння, і якщо у здорових осіб бактеріальне навантаження урівноважується ефективними механізмами захисту, то при наявності захворювань слизових оболонок порожнини рота цей баланс порушується. Доведено, що місцеві захисні процеси

в порожнині рота здебільшого обумовлені і лізоцимом, який в значній концентрації постійно знаходиться в ротовій рідині. В основному усі патологічні процеси в ротовій порожнині розвиваються на тлі зниження активності даного ферменту. Одним з перспективних напрямків її вирішення є застосування препаратів, які можуть посилювати лізоцимну активність.

У теперішній час у відділі біотехнології Державної установи “Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії АМН України” розроблена рецептура нового лікувально-профілактичного зубного еліксиру “Лізоумукоїд”, що містить лізоцим, детергент цетавлон, інгібітор протеаз овоумукоїд, який запобігає дії протеолітичних ферментів патогенних мікроорганізмів, забезпечуючи таким чином більш ефективну антимікробну дію лізоциму; рибофлавін, а також лимона кислота.

У зв'язку з цим метою нашої роботи було дослідження ефективності використання лікувально-профілактичного зубного еліксиру “Лізоумукоїд” в комплексному лікуванні грибкових стоматитів у хворих.

Матеріали та методи дослідження. Крім загальноприйнятих основних методів дослідження хворих, під час дослідження враховували швидкість секреції нестимульованої ротової рідини, а також визначали ступінь дисбіозу в порожнині рота, яку визначали ферментативним методом згідно порівняння відносних активностей уреаз та лізоциму.

За результатами наших досліджень, у хворих з грибковими стоматитами за запропонованою нами методикою швидше ніж у групи порівняння покращились клінічні ознаки захворювання, нормалізувалась швидкість секреції нестимульованої ротової рідини, відновились показники активностей лізоциму та уреазу, нормалізувався мікробіоценоз порожнини рота тощо.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ХРОНОТИПУ

Гузаревиц Є.Ю., Животовська А.І.

Науковий керівник: проф., Животовська Л.В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Біологічні ритми – це закладений у ДНК біологічний годинник, що має вплив на працездатність, самопочуття, фізичну, інтелектуальну та емоційну активність людини. З позицій медичної біоритмології, людина являє собою систему фізіологічних функцій, ритмічно організованих у часі і просторі, причому якість його адаптації в індивідуальній «екологічній ніші» залежить від синхронізації ритмів з внутрішніми і зовнішніми ритмоутворюючими факторами та між собою.

Однією з найбільш досліджених і показових для визначення адаптаційних можливостей організму є циркадіанна (навколдобова) організація фізіологічних функцій людини, синхронізована зі зміною дня і ночі, що має властивості саморегуляції, порушення якої служить одним з перших симптомів майбутнього неблагополуччя організму. При неправильній роботі цих ритмів можуть виникнути психологічні перенавантаження, втрата здатності до тривалої концентрації уваги, безсоння, тривога, депресія, невротичні розлади і, як наслідок, порушення роботи внутрішніх органів. Саме тому для організації режиму дня та професійної праці необхідно знати та враховувати індивідуальні властивості біоритмів таким чином, щоб інтенсивні робочі навантаження збігалися з періодами найвищої

працездатності та сприяли нормальному фізичному та розумовому розвитку без шкоди для здоров'я.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей адаптації лікарів-інтернів з урахуванням біоритмологічного профілю.

Для дослідження було залучено 58 лікарів-інтернів віком від 23 до 28 років, із них жінок 36 (62%), чоловіків – 22 (38%). Методами дослідження були психодіагностичний та статистичний з використанням анкети Естберга (в адаптації С. І. Степанової, 1986) для визначення індивідуального хронотипу, Госпітальної шкали тривоги і депресій (HADS), тесту самооцінки психічних станів за методикою Г. Айзенка для визначення рівня тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності. З урахуванням оцінки біоритмологічного типу за шкалою Естберга було сформовано три групи, репрезентативних за віком та статтю: в 1 групу включено 15 (25,8%) осіб ранкового типу працездатності (більше 77 балів), в 2 групу – 24 (41,4%) особи недиференційованого типу (58-76 балів), в 3 групу – 19 (32,7%) осіб вечірнього типу (менше 57 балів).

За аналізом результатів оцінки психічного стану із використанням шкали HADS виявлено, що субклінічна (8-10 балів)/клінічна (≤ 11 балів) депресія відмічалася у 6 (31,5%) осіб вечірнього типу, у 2 (8,2%) – недиференційованого типу, у осіб ранкового типу депресії не зареєстровано ($\chi^2=5,752$ $p=0,017$). Також серед осіб вечірнього типу частіше спостерігалася субклінічна/клінічна тривога – у 7 (36,8%) респондентів порівняно з ранковим – у 4 (26,7%) та недиференційованим типом – у 9 (27,5%). Встановлено, що серед проявів тривоги достовірно вище ($p<0,05$) у осіб 3 групи порівняно з 1 та 2 групою було відчуття внутрішньої напруги ($1,89\pm 0,22$ та $1,0\pm 0,29$; $1,25\pm 0,21$ балів відповідно) та неспокійні думки порівняно з 2 групою ($1,74\pm 0,21$ та $1,13\pm 0,21$ балів).

В результаті дослідження самооцінки психічних станів Г. Айзенка за шкалою «тривоги» у всіх респондентів переважав середній рівень тривожності (8-14 балів), що включає в себе негативну концепцію власної особистості, невпевненість в собі, уявлення про фізичну, моральну, інтелектуальну неспроможність. Даний показник достовірно рідше зустрічався у осіб ранкового типу – у 2 (13,3%), порівняно з особами вечірнього – у 10 (52,6%) ($\chi^2=5,668$ $p=0,018$) та недиференційованого типу – у 14 (58,3%) ($\chi^2=7,726$ $p<0,01$). За шкалою «фрустрації» також переважав середній рівень, що свідчить про схильність до уникнення труднощів, страх невдач, невпевненість, без статистично значимих відмінностей між групами. Переважна більшість респондентів мали середній рівень за шкалами «агресивність» та «ригідність», що вказує на труднощі при спілкуванні і роботі з людьми, нездатність гнучко реагувати на життєві ситуації, які спонтанно змінюються. У 5 (26,3%) досліджуваних вечірнього типу був високий рівень (15-20 балів) за шкалами «агресивність» та «ригідність» на відміну від осіб ранкового типу, де даний показник був відсутній ($\chi^2=4,628$, $p<0,05$). Такі специфічні риси особистості стають проблемою для молодих людей, коли їм доводиться бути поза зоною свого комфорту.

Таким чином, у осіб вечірнього типу порівняно з ранковим та недиференційованим типом переважали прояви субдепресії та тривоги, що розглядається як зниження адаптивності організму та фактор розвитку невротичних станів. Біологічний ритм є пусковим механізмом, який визначає фон настрою, його структуру, ступінь включення в діяльність, що забезпечує успішність пізнавальних процесів. Результати дослідження потребують подальшого уточнення і аналізу, але в

той же час свідчать, що біоритмологічний профіль є важливим показником адаптаційного ресурсу особистості, що слід враховувати в становленні індивідуального стилю діяльності, розвитку засобів саморегуляції.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МІКРОСПОРІЮ НАСЕЛЕННЯ м. ПОЛТАВИ З МЕТОЮ РОЗРОБКИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ.

Давиденко І.М.

Наукові керівники: проф. Дудченко М. О., доц. Васильєва К. В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Грибкові ураження (мікози) – це група захворювань, в основі яких лежить інфікування шкіри, слизових оболонок, нігтів, волосся, внутрішніх органів, що викликаються хвороботворними грибами. Найбільш частими проявами грибкових захворювань шкіри у дітей є мікроспорія, яка супроводжується ураженням гладкої шкіри, довгого та пушкового волосся. Більшість поверхневих мікотичних інфекцій шкіри людини представлені дерматофітами. Найчастіше хворіють діти, а також останніми десятиліттями почастишали випадки захворювання у дорослих. Одним з найбільш розповсюджених дерматофітів є *Microsporum canis*. *Microsporum canis* - це дерматофітний гриб, у якого кішки і собаки визнані природними господарями. *M. canis* легко передається людям від хворих тварин, викликаючи ураження гладкої шкіри і волоссяної частини голови. Від людини до людини *Microsporum canis* передається при тісному побутовому контакті, в школах і при заняттях в різних спортивних секціях.

Мета дослідження – проаналізувати захворюваність на мікроспорію населення м. Полтави з метою розробки профілактичних заходів.

Матеріал та методи. За 2019 рік Комунальним підприємством «Полтавський обласний шкірно – венерологічний диспансер Полтавської обласної ради» було зареєстровано всього 301 випадок з діагнозом мікроспорія. Вікова категорія від 0 до 53 років. При цьому ураження волоссяної ділянки голови спостерігалось у 43(14,28%) пацієнтів, гладкої шкіри у 258 (85,71%). У віковій категорії від 0 до 15 років було 211(70,09%) пацієнтів з загального числа хворих. На мікроспорію волоссяної частини голови захворіло 34 (16,11%) дитини, з ураженням гладкої шкіри – 177(83,8%).

За нашим аналізом підвищення захворюваності на мікроспорію спостерігалися в серпні - вересні, а потім у січні (що співпадає з тривалими періодами канікул). На цей період припадає 220(73,08%) хворих від загального числа хворих.

Висновки: Для зниження частоти захворюваності дерматофітами серед населення необхідно проводити профілактичні бесіди з дітьми шкільного та дошкільного віку. Роз'яснювати їм про можливість захворіти при контакті з безпритульними тваринами. З метою профілактики мікроспорії необхідно проводити освітні програми для населення з дотримання правил особистої гігієни, особливо після контакту з тваринами, пояснювати медичному персоналу дитячих установ та батькам про важливість систематичного ретельного огляду дітей для своєчасного виявлення хворих, дезінфекції перукарських інструментів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПРОЛОНГОВАНИХ БРОНХОЛІТИКІВ ІЗ СПЕЛЕОТЕРАПІЄЮ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.

Даниленко Т. О., Наріжна Г. О., Проценко М. С., Саханська Д. М., Черневецька К. А Шевченко М. М.

Науковий керівник: доц. Соколюк Н. Л.

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Українська медична стоматологічна академія.*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - найбільш розповсюджена хвороба нижніх дихальних шляхів, яка залишається четвертою причиною смерті в світі, її лікування довготривале та затратне, особливо при загостренні.

Мета дослідження. Вивчити ефективність комбінованого застосування пролонгованих бронхолітиків та спелеотерапії у хворих ХОЗЛ.

Методи дослідження. В дослідження включено 20 хворих з ХОЗЛ, група С(стаж паління 10 і більше пачко років). В дослідженні не приймали участь хворі з порушеннями ритму та серцевою недостатністю. Кількість симптомів підраховується за допомогою модифікованої шкали Медичної Дослідницької ради (мМДР) для оцінки тяжкості задишки (<2балів) і тесту оцінки ХОЗЛ (ТОХ<10 балів) та мали 1 загострення на рік. На 1 та 10 добу проводили фізикальне та спірометричне обстеження. Хворі розбито на 2 групи по 10 осіб в кожній. Групи пацієнти були порівняні за статтю, віком, тривалістю лікування та мали ОФВ₁/ФЖЄЛ <70% після прийому бронхолітика(сальбутамолу 400мкг) та обструктивні порушення ФЗД. Хворим призначено тіотропію бромід 18 мкг по 1 капсулі 1 раз на добу (турбохалер). Пацієнти 2 групи додатково відвідували сеанси спелеотерапії №10.

Основні результати. В обох клінічних групах відмічались позитивні зміни в васкулятивній картині, зменшення кількості хрипів та харкотиння, особливо у хворих 2 групи. Згідно тесту ТОХ середній процент балів в 1 групі 17,4, в другій 17,0 на початку лікування та 14,8 і 12,0 в кінці.

За результатами спірометричного дослідження відмічалось достовірне збільшення показника ОФВ₁, ФЖЄЛ. У хворих 1 групи ОФВ₁ 54,7±0,9 (1 доба) - 67,3±0,5 (10 доба); 2 групи 54,6±0,6 та 69.9±0.4 відповідно. Показник ФЖЄЛ в 1 групі 64,1±1,0 – 74,0±0.7 та 2 групі 64,1±0.7- 75.9±0,6 відповідно. У 4 осіб першої групи та 6 осіб другої групи за результатами спірометрії на10 добу змінилась ступінь обструктивних порушень з 2 на 1, що свідчить на високу ефективність застосування пролонгованого холінолітика (тіотропіумаброміду) в поєднанні з сеансами спелеотерапії.

Висновки. У хворих ХОЗЛ групи В ефективно використання бронхолітика тривалої дії (тіотропіума броміду) для базисної терапії.

Додатково призначення спелеотерапії зменшує вираженість і тривалість симптомів.

ЕЛЕКТРОННА АУСКУЛЬТАЦІЯ ЯК МЕТОД ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВИХ ШУМІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАННЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Данільченко В.Е.

Науковий керівник: доц. Соловйова Г.О.

Кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою і неонатологією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Постнатальне становлення гемодинаміки у новонароджених характеризується наявністю різноманітних серцевих шумів. Електронна аускультация дозволяє зрозуміти фізіологію формування серцевих звуків, відповідність між певними видами шумів та хворобами серця.

Мета: оптимізації діагностики серцевих шумів у новонароджених дітей в ранньому неонатальному періоді та диференціація шумів між “невинними” й такими, що свідчать про певну патологію.

Методи дослідження: За період з 2018-2019 роки були обстежені 88 доношених новонароджених з масою тіла від 2500 грам до 4050 грам, віком від 24 до 72 годин життя, у яких пренатально не було виявлено будь-яких структурних аномалій серця. Для запису аудіограм використовувався цифровий стетоскоп Thinklabs Model ds32a+. Аускультация та запис звуків серця здійснювався під час сну або за умови відсутності крику та підвищеної рухливості дитини. Тривалість запису у кожній з 5 аускультативних точок становила до 10-15 секунд для отримання 10-20 серцевих циклів з подальшим аналізом програмою Thinklabs Phonocardiophy powered by Audacity. Разом із аускультацией проводилася пульсоксиметрія апаратом UTAS OXY100 та доплерехокардіографія (доплерЕхоКГ) на апараті фірми MyLab.

Основні результати: У 33 новонароджених були виявлені серцеві шуми за допомогою електронної аускультации: систоло-діастолічний шум у 25 дітей, систолічний - у 4 дітей, тільки діастолічний - у 4 дітей. Ознаки незначної дилатації правих відділів серця, що виявлені у 2 новонароджених, супроводжувалися різноамплітудним I тоном та непостійним систоло-діастолічним шумом. Відкрита артеріальна протока (ВАП) супроводжувалася непостійною амплітудою I, II, тонів (3 дітей), тільки I тону (1 дитина), низькою амплітудою тонів (2 дітей), високоамплітудними I, II тонами (2 дітей), розширенням I тону (12 дітей). При проведенні доплерЕхоКГ виявлені: у 8-х дітей вроджені вади серця (5 дефектів міжшлуночкової перетинки, 3 дефекти міжпередсердної перетинки); у 33-ти дітей – ВАП, у 10-ти - трикуспідальну регургітацію, у 2-х дітей - ознаки незначної дилатації правих відділів серця. У всіх новонароджених функціонувало овальне вікно.

Висновки: Електронна аускультация із подальшою комп'ютерною оцінкою аудіограм значно розширює можливості класичної аускультации в ранній діагностики вроджених вад серця у новонароджених дітей у пологовому стаціонарі та дозволяє раціонально використовувати доплерехокардіографію з метою уточнення діагнозу.

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄТА З ТРИГЕМІНАЛЬНОЮ НЕВРАЛГІЄЮ II ГІЛКИ ЗЛІВА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Деменчук С.В., Середзінський В.В.

Наукові керівники: к.мед.н., ас. Мельник В.Л., к.мед.н., ас. Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Невралгія трійчастого нерва (НТН) – хронічне рецидивуюче захворювання, яке протікає з ремісіями та загостреннями, окремі напади якого проявляються миттєвими інтенсивними стріляючими болями в зонах інервації II - III, дуже рідко I гілок трійчастого нерва, переважно у правій половині обличчя.

Традиційне медикаментозне лікування пацієнтів з НТН складне, малоефективне, як правило проводиться на фоні супутньої патології - остеохондрозу шийного відділу хребта та постійного стресу.

У даного пацієнта при комплексного лікування невралгії трійчастого нерва нами запропоновано використання голкорексфлексотерапії та елементів літотерапії з їх оцінкою порівнянні з традиційним лікуванням.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів УМСА звернувся пацієнт віком 56 років зі скаргами на порушення чутливості шкіри в лівій скроневій ділянці, наявність тригерних зон у ділянці лівої верхньої щелепи. Відмічалась іррадіація болю в ліву скронею, верхню щелепу, волосисту частину голови. Біль мав півмісячну форму поширення, високу інтенсивність інтервалом від 30 сек. до 45 сек. Протягом дня приступи повторювались від 2 до 4 разів. На окремих ділянках шкіри обличчя спостерігався гіпергідроз, м'язові посмикування. Остеохондроз у пацієнта проявляється запамороченням, головними болями в потиличній ділянці, шумом у вухах. При поворотах голови сукупність симптомів посилюються. В анамнезі у пацієнта 1,5 року тому стаціонарне лікування невралгії трійчастого нерва центрального генезу (невропатологом) на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта (остеопатом), але після певних стресів на роботі та в побуті дані симптомокомплекси відновилися і стан хворого погіршився.

У пацієнта нами були застосовані аплікації чорного нефриту у вигляді пластин округлої форми з експозицією від однієї до трьох хвилин на кожній із зон болю (1 місяць, 17 сеансів). В комплексі з цим на ділянки шийного відділу, обличчя, кистей рук використовували аплікатор Ляпко (валик і коврик з кроком голки 3,8 – 4,2 мм.) з експозицією 25 хвилин. Мікроголки та голки-кнопки застосовували на ураженій ділянці обличчя з експозицією 35 хвилин.

На ділянки долонних поверхонь використовували голки з довжиною робочої частини 1,5 – 2,5 см. за спеціальними методиками Пекінської школи. Проведення комплексної терапії за допомогою елементів літотерапії (чорного нефриту) та голкотерапії (техніки Пекінської школи) мала високу ефективність, завдяки чому ліквідовані больові відчуття у лівій половині обличчя, відновлена чутливість шкіри у лівій скроневій ділянці та досягнута довготривала ремісія захворювання.

МЕДІАЛЬНА ДИСЛОКАЦІЯ ІНТРААРТИКУЛЯРНОЇ ПОРЦІЇ СУХОЖИЛКА ДОВГОЇ ГОЛОВКИ ДВОГОЛОВОГО М'ЯЗА ЯК ПРИЧИНА БОЛЬОВОГО СИНДРОМА ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Джумасєв М.У., Головка Д.В, Дмитрієв М.В., Кравцов І.В.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Півень Ю.М.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Больовий синдром плечового суглоба у віддаленому післятравматичному періоді – одна із невирішених проблема в лікуванні пацієнтів без кісткових пошкоджень. Більшість травматологів-ортопедів поліклінічної ланки продовжують лікувати даний тип хворих, як артроз плечового суглобу, загальноприйнятими консервативними методами та обмежуються в діагностиці лише рентгенографією. Строк непрацездатності хворих збільшується – якість життя пацієнтів та функціональність верхньої кінцівки погіршується. Відсутність клінічних протоколів ведення таких пацієнтів стає причиною неправильної оцінки ступеня травми. Все це призводить до розвитку патологічних процесів в плечовому суглобі, що потребують в подальшому хірургічному втручання з проведенням тенodesа сухожилка довгої головки двоголового м'язу.

Мета роботи. Покращення результатів лікування пацієнтів без кісткових пошкоджень з больовим синдромом плечового суглобу, який спричинений медіальною дислокацією інтраартикулярної порції сухожилку довгої головки двоголового м'язу. Відновлення функціональності верхньої кінцівки.

Методи. Цифрова рентгенографія; ультразвукове дослідження, а в деяких випадках МРТ плечового суглобу, для визначення локалізації та ступеня ушкодження проводились в догоспітальному обстеженні пацієнтів.

Матеріали. Починаючи з 2017 року і до теперішнього часу групу, що досліджувалась, склали 21 хворий. Всі вони мали виражений больовий синдром плечового суглобу, який спричинений медіальною дислокацією інтраартикулярної порції сухожилку довгої головки двоголового м'язу. Післятравматичний період від 2 до 5 місяців. Вік пацієнтів від 24 років до 62 років (середній вік 43 роки). Чоловіків – 13, жінок – 8. Всі хворі оперовані розробленою методикою тенodesа за використання анкерної фіксації. Контрольна група з аналогічними показниками лікувалась консервативним методом.

Основні результати. Тенodes довгої головки двоголового м'язу плеча в лікуванні больового синдрому плечового суглобу, який спричинений медіальною дислокацією інтраартикулярної порції сухожилку, в порівнянні із консервативними методиками показало значно вищі результати у знятті больового синдрому плечового суглобу та відновленні функціональності верхньої кінцівки, що дозволило зменшити термін реабілітації а непрацездатності хворих.

Висновки. 1. Хірургічний метод позбавляє пацієнтів вираженого больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді та переважає в ефективності в порівнянні із консервативним методом. 2. Виконання тенodesа дозволяє зберегти повноцінний об'єм рухів в плечовому суглобі. 3. Запропонований тип лікування дав можливість зменшити строки реабілітації та знизити непрацездатність хворих.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДИК ПРЕОКСИГЕНАЦІЇ

Дзябенко А.Ю., Турлаков В.О., Мищенко Ю.С.

Науковий керівник: доц. Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність роботи. Одним із методів запобігання розвитку гіпоксемії на етапі індукції та інтубації трахеї є застосування преоксигенації. Преоксигенація є важливою частиною загальної анестезії. Вона стала стандартною методикою, яка використовується анестезіологами перед маніпуляціями на верхніх дихальних шляхах, внаслідок яких передбачається ризик гіпоксемії. На сьогоднішній день рекомендується використовувати різні методики преоксигенації. При ожирінні, вагітності і підвищеному внутрішньочеревному тиску ФЄЛ знижена, що значно знижує кисневий резерв організму і збільшує ризик виникнення гострої гіпоксемії.

Мета роботи. Оцінка ефективності різних методик преоксигенації, ґрунтуючись на показниках кислотно-лужного стану і часу початку десатурації.

Методи дослідження. Нами обстежено 40 хворих жіночої статі віком від 31 до 56 років, яким планувалось проведення оперативного втручання з приводу лапароскопічної холецистектомії. Дослідження рівня напруги кисню і вуглекислого газу в артеріальній крові (PaO_2 , PaCO_2) і показники КЛС визначали за допомогою апарата клінічної лабораторії ПОКЛ. Для визначення основних параметрів гемодинаміки і сатурації використовували поліфункціональний монітор UTAS (UM-300 Patient Monitor). Дослідження газообміну проводилось у три етапи. Перший етап — вихідні дані оксиметрії і PaO_2 , тобто коли хворий дихав повітрям операційної. Другий етап — після проведення різних методів преоксигенації. Третій етап — час апное, коли зниження SaO_2 сягало 93-94%. У залежності від методики преоксигенації хворі були розділені на дві групи. У I групу увійшли хворі, яким проводилась стандартна преоксигенація: впродовж 3 хв. зі швидкістю потоку кисню 5 л/хв. У II групу увійшли хворі, яким проводили покращену преоксигенацію впродовж 5 хв. зі швидкістю потоку кисню 10 л/хв., причому за останню хвилину хворий робив 6-7 глибоких вдихів. Преоксигенацію проводили через лицеву маску. Відразу ж після преоксигенації проводили швидку послідовну індукцію шляхом внутрішньовенного введення тіопенталу натрію в дозі 5-6 мг/кг і дитиліну в дозі 2 мг/кг з наступною інтубацією трахеї. Ризик анестезії оцінювали за шкалою Американської асоціації анестезіологів. Усі операції виконувались під внутрішньовенним наркозом зі штучною вентиляцією легень. Моніторинг проводився згідно з Гарвардським протоколом. Для оцінки значущості відмінностей використовували t-критерій Стюдента для двох залежних вибірок. Вірогідність різниць середніх показників оцінювали при 95% довірчому інтервалі.

Результати. На першому етапі дослідження були отримані недостовірні дані при порівнянні рівня PaO_2 і SpO_2 . Це можна пояснити тим, що обидві групи були рандомізовані. Після проведення покращеної преоксигенації (другий етап) у хворих II групи PaO_2 був достовірно вищим у порівнянні з

I стандартною групою хворих. При порівнянні рівня SpO_2 на другому етапі його середні значення були однаковими і статистично недостовірним в обох групах. Це можна пояснити тим, що рівень PaO_2 на цьому етапі сягав >100 мм рт.ст. На третьому етапі були отримані дані, які показали перевагу другої методики

преоксигенації в порівнянні зі стандартною. У I групі середні значення PaO_2 і SpO_2 знизились до $77,3 \pm 6,5$ мм рт.ст. та $94,6 \pm 3,5\%$ відповідно. У хворих II групи ці параметри становили $237,6$ мм рт.ст. та $98,6 \pm 1,2\%$ відповідно і були достовірно вищими. Це можна пояснити тим, що при застосуванні другої методики преоксигенації кисневий резерв стає значно вищим, ніж при використанні стандартної методики. На першому етапі дослідження середні значення показників КЛС були в межах норми. На другому етапі дослідження у хворих II групи було зафіксовано достовірно зниження PaCO_2 внаслідок гіпервентиляції хворого. Зміни рН на цьому етапі хоча і були достовірними, але коливались у межах норми. На третьому етапі дослідження в обох групах було відмічено підвищення рівня PaCO_2 , що можна пояснити накопиченням CO_2 під час апное. Порівнюючи вплив двох методик преоксигенації на час десатурації були отримані переконливі дані на користь II методики преоксигенації. Середній час десатурації у хворих I і II груп становив $76,3 \pm 21,3$ с і $118 \pm 6,0$ с відповідно. Отримані дані ще раз підтверджують припущення, що преоксигенація може збільшувати кисневий резерв організму.

Висновки. Преоксигенація є необхідною складовою перед індукцією та інтубацією трахеї під час анестезіологічного забезпечення оперативних втручань на жовчному міхурі. Безпечний час для інтубації трахеї при застосуванні ПМП проти стандартної МП є вірогідно вищим і складає 100 с, що значно підвищує безпеку хворого.

НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ МАСТОЇДИТУ

Дуденко Е.В., Підтоптана Н.Ю.

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

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Українська медична стоматологічна академія

Вірусний чинник є основним в етіології виникнення гострого середнього отиту. Причому саме вірусам належить роль пускового механізму у виникненні запалення. При цьому приєднання бактеріальної мікрофлори може так і не з'явитися.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування пацієнтів на гострий мастоїдит шляхом застосування комплексної консервативної терапії, короткотермінового тимпанального шунтування та малоінвазивної тунельної антротомії.

Матеріали і методи дослідження. На базі ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В.Скляфосовського, та ЛОР-відділення 2 міської клінічної лікарні нами було обстежено та проліковано 173 пацієнти, хворих на гострий мастоїдит. Досліджуваних хворих було поділено на 2 підгрупи: досліджувана – 1 ($n = 81$) і порівняльна – 2 ($n = 92$). За основними клінічними параметрами вони були однорідними.

Пацієнтам 1-ї досліджуваної групи, в терапію мастоїдиту додатково нами було призначено фармакологічні препарати, які мають протівірусну та імуномодуючу лікувальну спрямованість. Системна антибіотикотерапія призначалась усім пацієнтам згідно існуючих протоколів лікування.

До традиційного обстеження хворих додатково була включена комп'ютерна томографія соскоподібних відростків та навколоносових синусів. Застосовували переважно конусно-променеву томографію. За використання цієї методики па-

цієнт отримує суттєво менше променеве навантаження – в межах 50 мкЗв. І що найбільш головне, – при дослідженні сканується тільки зона зацікавленості – соскоподібний відросток і ділянка носоглотки.

В ході нашого дослідження було розроблено та впроваджено методику визначення індексу пневматизації клітин соскоподібного відростку та барабанної порожнини. А показником, що свідчить про ефективність лікування є – динаміка індексу пневматизації.

Умовою, згідно якої вирішується питання надання хірургічної допомоги, є визначення динаміки індексу пневматизації клітин соскоподібного відростку.

Основним результируючим підсумком нашого дослідження було визначення стану необхідності переходу до активних хірургічних дій. критерієм такого переходу були дані лабораторних методів дослідження, динаміки індексу індексу пневматизації та перебігу клінічної картини. Короткотермінове тимпанальне шунтування в наданні допомоги таким пацієнтам є необхідною складовою їх лікування. Розроблений алгоритм надання допомоги дозволяє уникнути травматичної хірургічної операції – мастоїдотомії.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ГЕЛЮ З «НЕОВІТИНОМ» ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Єманов А.В.

Керівник: доц. Худякова М.Б.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський національний медичний університет

В останні десятиріччя в стоматології широкого розповсюдження набули препарати, що містять активні пептидні комплекси. Медикаментозна місцева терапія є важливою частиною комплексного лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР). Для лікування хворих з травматичними ушкодженнями СОПР нами був обраний протизапальний гель комплексної дії з «Неовітином».

Базовими діючими речовинами протизапального гелю з «Неовітином» є амінокислотні комплекси з пептидними зв'язками (АК) та біоантиоксидантний комплекс «Неовітин» на основі реліктового женьшеню.

Метою дослідження було підвищення ефективності місцевого лікування у хворих з травматичними ушкодженнями СОПР, які супроводжуються порушенням цілісності епітелію шляхом патогенетично-обумовленого застосування протизапального гелю комплексної дії.

Матеріали та методи. З метою визначення ефективності лікування із застосуванням протизапального гелю комплексної дії в УСЦ ХНМУ було проведено комплексне обстеження і лікування хворих у віці від 55 до 60 років з травматичними ураженнями СОПР, серед яких було 6 чоловіків і 22 жінки.

Результати роботи базуються на клінічному обстеженні, лікуванні та спостереженні 14 хворих основної групи (з них 6 хворих з декубітальними виразками і 8 хворих - з травматичними ерозіями), які отримували комплексне лікування з місцевим застосуванням гелю з «Неовітином». Групу порівняння склали 14 хворих (з них 6 хворих з декубітальними виразками і 8 хворих - з травматичними ерозі-

ями), які отримували комплексне лікування з місцевим використанням Солкосерілу - дентальної адгезивної пасти.

Результати досліджень. За результатами дослідження терміни епітелізації осередків ураження СОПР варіювали в межах 3,5-7 діб в залежності від засобу, що ми використовували. В основній групі терміни епітелізації травматичних ерозій склали $3,94 \pm 0,19$ діб, декубітальних виразок - $5,83 \pm 0,5$ діб. У групі порівняння терміни епітелізації травматичних ерозій склали $4,03 \pm 0,08$ діб, декубітальних виразок - $6,75 \pm 0,19$ діб. Звертає на себе увагу те, що при лікуванні виразкових уражень СОПР ефективність гелю з «Неовітином» достовірно перевищує ефективність застосування Солкосерілу. Відмінність основної групи і групи порівняння статистично значущі, при рівні помилки не більше 5% ($P \leq 0.05$).

Висновки. Таким чином, протизапальний гель комплексної дії з «Неовітином» здатний стимулювати активність власної антиоксидантної системи і локальний імунітет, що значно прискорює регенерацію тканин СОПР і може бути рекомендований при включенні в схему комплексного лікування травматичних уражень СОПР для скорочення термінів епітелізації.

ПРОФІЛАКТИКА НА РІВНІ МАКРООРГАНІЗМУ ЯК АКТУАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТА З КАРІЄСОМ

Єрмоленко Є.В.

Науковий керівник: доц. Шинкевич В.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Карієс належить до поширених інфекційно-асоційованих, але «багатофакторних» захворювань, коли росту карієсогенної біоплівки сприяє взаємодія багатьох ризиків. Серед них, соціально-економічні та поведінкові аспекти наразі є актуальними в темі навчальної програми «загальне лікування карієсу».

Зброджувані вуглеводи (цукор та крохмалі) визнані як відповідний поширений фактор ризику при харчуванні. Все частіше доводиться звертати увагу дослідників, епідеміологів та багатьох професіоналів охорони здоров'я, що надмірне споживання цукру також тісно пов'язане із збільшенням інших сучасних проблем зі здоров'ям, таких як ожиріння, діабет, захворювання серця, печінки та нирок, і безліч інших.

Дефіцит мікроелементів, наприклад, вітамін С, вітамін D або вітамін B12, може бути пов'язаний з початком і прогресуванням карієсу. Функціональна їжа, або пробіотики можуть бути корисними для профілактики карієсу та боротьби з пародонтитом, хоча докази обмежені, а біологічні механізми не з'ясовані повністю.

Гіпосалівація, ревматоїдний артрит, куріння/вживання тютюну, неконтрольований діабет та ожиріння є поширеними набутими чинниками ризику як карієсу, так і захворювань пародонту.

Припинення/обмеження вживання цукру; зменшення числа перекусів між прийомами їжі та рекомендації по дієті мають найвищий рівень доказовості і зменшують число нових осередків карієсу. Мотивація пацієнта (обговорення як поліпшити здоров'я порожнини рота, в т.ч. про безпечну кількість цукру в раціоні, та відвідування стоматолога через інтервали, обґрунтовані статусом) має третій рівень доказовості. Ці рекомендації включені до стандартів International Caries Classification and Management System.

Отже загальне лікування карієсу в рамках сучасної концепції – це навряд чи курс заходів, але швидше спосіб життя, і профілактика в цьому напрямку є невід'ємною складовою менеджменту пацієнта з карієсом.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

**Жгута У.А., Бородай В.А., Галько А.В., Москаленко Т.О.,
Слюсаренко Л.В., Пупко І.О.**

Науковий керівник: доц. Кітура О.Є.

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Українська медична стоматологічна академія*

Гастроезофагеальна рефлексна хвороба (ГЕРХ) - один з найбільш розповсюджених патологічних станів верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, який характеризується довготривалим перебігом, виникненням ускладнень та потребує тривалої терапії. Однією із причин її виникнення, є вплив психологічних факторів. Проводилось багато досліджень по вивченню психологічних особливостей пацієнтів з ГЕРХ, які дали суперечливі результати. Також залишається актуальною проблема вивчення впливу захворювання на якість життя (ЯЖ) пацієнтів.

Мета дослідження – оцінити психоемоційний статус та ЯЖ пацієнтів з ГЕРХ.

Методи дослідження. В дослідження включено 30 пацієнтів із ГЕРХ віком від 22 до 56 років, з них 17 чоловіків (56,7 %) та 13 жінок (43,3 %). Тривалість захворювання склала $10,4 \pm 3,6$ роки. Всім пацієнтам проводилось клінічне обстеження, оцінку вираженості гастроентерологічних симптомів за допомогою спеціального опитувальника GSRS, оцінку ЯЖ за допомогою опитувальника SF-36 та оцінку тривоги за допомогою опитувальника Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна. Всі пацієнти були розділені на дві групи. В I групу увійшло 16 (53,3 %) хворих на неерозивну ГЕРХ, в II групу – 14 (46,7 %) хворих на ерозивну ГЕРХ, різного ступеню тяжкості: у 6 (42,9 %) хворих – стадія А, у 5 (35,7 %) – стадія В, у 4 (21,4 %) – стадія С.

Основні результати. Оцінюючи результати тестування пацієнтів за опитувальником GSRS виявлено, що найбільш вираженими клінічними проявами у пацієнтів з ГЕРХ були рефлюкс-синдром ($4,2 \pm 0,30$ бали), диспептичний синдром ($3,9 \pm 0,32$ бали), абдомінальний біль ($3,2 \pm 0,27$ бали). В меншій мірі були виражені синдроми діареї та обстипації. Між клінічними групами достовірних відмінностей не відмічено.

За результатами тестування за методикою Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна виявлено високий рівень тривожності у пацієнтів обох груп. Так рівень особистісної тривожності склав $3,65 \pm 0,53$ бали, реактивної тривожності - $2,35 \pm 0,32$ бали, причому достовірних відмінностей між клінічними групами не відмічено. При оцінці ЯЖ виявлено у пацієнтів обох груп зниження показників за такими шкалами: роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності, інтенсивність болю. Достовірних відмінностей ЯЖ у пацієнтів в залежності від вираженості ендоскопічної картини ГЕРХ не відмічено.

Висновки. У пацієнтів із ГЕРХ спостерігаються зміни в соматичному стані та психологічному статусі, що приводить до погіршення ЯЖ. Ці зміни не залежать від клініко-ендоскопічного варіанту ГЕРХ.

ВІДОБРАЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ МНОЖИННОЇ ОСОБИСТОСТІ В ЛІТЕРАТУРІ ТА КІНЕМАТОГРАФІ

Животовська А.І.

Науковий керівник: проф. Скрипніков А.М.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Останнім часом світ мистецтва виявляє підвищену увагу до психічних розладів. Це пов'язано як із тенденцією до розповсюдження депресій, нервових зривів та більш серйозних психічних проблем, так і з дестигматизацією хворих – все частіше у суспільстві йдеться про необхідність надати їм більше можливостей для того, аби жити повноцінним життям, відкрито говорити про свої проблеми та звертатись до оточуючих за підтримкою.

Метою роботи було дослідження особливостей емоційного стану та взаємодії з навколишнім світом осіб з розладом множинної особистості, відображених в художній літературі та кіноіндустрії. Об'єктом вивчення були твори, написані авторами на основі історії пацієнтів з множинною особистістю та автобіографічних даних, а також кінокартини, в яких відображено прояви даного розладу. Основним методом дослідження був історико-аналітичний та біографічно-анамнестичний.

Множинна особистість – психічний феномен, що характеризується наявністю в одній людині декількох особистостей (від двох і більше), або его-станів, одна з яких домінує в даний момент. В певних життєвих ситуаціях відбувається перемикання его-станів, одна особистість різко змінює іншу і має власні патерни сприйняття та взаємодії з навколишнім середовищем. В сучасній психіатрії даний феномен входить в групу дисоціативних розладів (розлад множинної особистості, МКХ-10 або дисоціативний розлад ідентичності - dissociative identity disorder, DSM-IV) і розглядається як варіант психогенної реакції на травматичну подію, пережиту в дитячому віці, проявом якого є витіснення травмуючих спогадів.

В дослідженні розглянуті художні твори та кінокартини, які відкривають перед нами двері у внутрішній світ людини, що страждає на дисоціативний розлад ідентичності. При знайомстві з цими героями кожного разу потрапляєш у суб'єктивний світ, не схожий на будь-який інший. Тут можна зустрітись з дійсністю таких людей, пережити їх думки, емоції, аналізувати вчинки не тільки їх самих, а і тих, хто знаходився з ними поруч.

У 1888 році лікарі Анрі Бурра і Проспер Фердинанд Буро опублікували книгу «Варіації особистості», де розповіли про Луї Віве, в якому уживалося шість різних особистостей. У кожної з них були власні спогади, жорстко прив'язані до певного періоду життя Луї. Лікарі розглядали їх як послідовні варіації однієї особистості. На основі цих спостережень дослідник П'єр Жане ввів концепцію «дисоціації» і припустив, що ці особистості були співіснуючими психічними центрами в тілі одного індивіда.

У 1900 році був описаний ще більш цікавий випадок. Теодор Флурнуа, засновник експериментальної психології в Швейцарії, в книзі «Від Індії до планети Марс» досліджує феномен медіума Катерини-Елізи Мюллер, яка фігурує в його роботі як Елен Сміт. Вчений протягом шести років був присутній на спиритичних сеансах, на яких героїня в стані трансу, за допомогою автоматичного письма писала «романи», що являли собою три цикли оповідань про її колишні життя, де

вона говорила невідомими мовами. За гіпотезою Флурнуа, розповіді Сміт про перевтілення були пов'язані з мріями, що не здійснилися, та зі спогадами про пережите і прочитане в дитячому та підлітковому віці.

В 1954 році опублікована книга Зігпен і Клеклі «Три особи Єви», в якій художньо осмислюється історія психотерапії за участю Кріс Костнер-Сайзмор - пацієнтки з діагнозом множинної особистості. Вона звернулася за допомогою після народження своєї першої доньки. Одного разу, одна з її особистостей, відома як «Єва Блек», намагалася задушити дитину, але «Єва Уайт» змогла зупинити її. Поки вона лікувалася у Зігпена, в неї з'явилася третя особа на ім'я Джейн. Після тривалої терапії всі альтер-особистості об'єдналися і залишилася одна. В 1957 р. був поставлений одноіменний фільм за участю Джоанн Вудворд.

У 1973 році вийшла книга - бестселер Флори Шрайбер «Сібіл» (Сибілла), що оповідає історію Ширлі Мейсон (в книзі - Сібіл Дорсетт), у якої протягом багатьох років з'явилося 16 особистостей, а в 1976 р. відбулася телевізійна екранізація «Сібіл», в головній ролі - Селлі Філд. В 1981 році бажаючі змогли прочитати «Таємничу історію Біллі Міллігана», написану Деніелом Кізом за матеріалами інтерв'ю з Біллі Мілліганом та його психотерапевтом. Книга знайомить із життям чоловіка, всередині якого існувало 24 різних альтер-особистості – від 3-річної дівчинки Крістін з Англії до 23-літнього югославського комуніста Рейджена. Глибоко розкрита причина, яка призвела до захворювання – важке дитинство, психологічні та фізичні травми і та мить, коли він «розбився на багато дрібних частинок, які так і не вийшло зібрати». Мілліган був звинувачений в кінці 1970-х в ряді злочинів. Він став першим американцем, якого не визнали винним у зв'язку з дисоціативним розладом ідентичності. В 2016 році за аналогічним сюжетом був знятий трилер "Спліт" режисера М. НайтаШьямалана.

Деякі люди вважають, що описаний стан може бути не розладом, а природною варіацією людської свідомості. В якості одного з переконаних прихильників цієї версії виступає Трудді Чейз, у якої було 92 різних особистості, серед яких дівчинка 5-6 років та ірландський поет і філософ віком близько 1000 років. Трудді Чейз разом зі своїм психотерапевтом написали бестселер «Коли кролик виє», опублікований в 1987 році. Хоча авторка і визнає, що в її випадку множинні особистості з'явилися внаслідок насильства, в той же час стверджує, що група її особистостей відмовилися пройти інтеграцію і живуть разом як колектив, який вона називає «Війська». За книгою в 1990 р. був знятий телевізійний міні-серіал.

У 2005 р. була видана книга Роберта Окснema «Розщеплений розум», а в 2012р. Кім Ноубл опублікувала книгу про своє життя «Всі мої Я: як я навчилася жити з багатьма особистостями в моєму тілі». Авторами цих книг були люди з множинною особистістю, які пройшли складний і важкий шлях, щоб подолати хворобу. Твори захоплюють своєю драматичністю і феноменальною історією людей, які живуть з таким захворюванням, що робить їх по-своєму унікальними.

Таким чином, герої обраних нами художніх творів і кінострічок доводять, що немає нічого неможливого, з чим не змогла би справитись людина. Потрібно лише вірити і мати бажання перемогти свій недуг. З точки зору впливу на кожну окремо взятую людину, книги та кінострічки про психічні розлади та їх носіїв часом пробуджують у серці несподівані емоції, спонукають до етичних роздумів та дарують серйозний моральний досвід, що сприяє подоланню стигматизації в психіатрії.

ДИСБІОТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНОГО ГІНГІВО-СТОМАТИТУ У ХВОРИХ

Житеньова А.О., Гутовська Н.Ю.

Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., доц. Ступак О.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність дослідження обумовлена зростанням кількості хворих на аутоінфекційні стоматити в структурі захворювань слизової оболонки порожнини рота. Аутоінфекційні стоматити — це запальні захворювання слизової оболонки порожнини рота, які виникають внаслідок дії умовно-патогенних мікроорганізмів, які вегетують в порожнині рота (стрептококи, стафілококи, фузоспірілярний симбіоз, віруси, гриби) при зниженні реактивності слизової оболонки порожнини рота і організму в цілому. До аутоінфекційних стоматитів відносять: гострий катаральний, гострий афтозний і герпетичний стоматити, грибовий стоматит, виразково-некротичний стоматит Венсана. Відомо, що стоматологічний статус відіграє важливу роль в стані біоценозу порожнини рота, в свою чергу мікрофлора має впливати на перебіг аутоінфекційних стоматитів. Це пов'язано як з екзогенними, так і ендогенними факторами, починаючи з екології, режиму харчування, сну та відпочинку, стресового фактору, наявності соматичної патології, незадовільної гігієни порожнини рота, наявності травми слизової оболонки порожнини рота тощо.

Одне з провідних місць в системі антимікробного захисту організму людини належить пробіотичній мікрофлорі слизової оболонки порожнини рота. Від її стану та здібності протидіяти зовнішнім чинникам багато в чому залежить колонізація патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами.

У зв'язку з цим метою нашої роботи було дослідження ефективності використання пребіотику "Квертулін" в комплексному лікуванні виразково-некротичного гінгівостоматиту Венсана.

Фітогель "Квертулін" у своєму складі має біофлаваноїд кверцетин, пребіотик інулін, цитрат кальцію та екстракт м'яти і зумовлює антиоксидантну, антидисбіотичну, гепатопротекторну, ангіопротекторну, остеопротекторну, протизапальну, адаптогенну та легку місцевоанестезуючу дії.

Матеріали та методи дослідження. Крім загальноприйнятих основних методів дослідження хворих, під час дослідження враховували швидкість секреції нестимульованої та стимульованої ротової рідини, а також визначали рівень активностей уреаз та лізоциму.

За результатами наших досліджень у хворих на виразково-некротичний гінгівостоматит Венсана за запропонованою нами методикою швидше ніж у групи порівняння покращились клінічні ознаки захворювання, нормалізувалась швидкість секреції ротової рідини, відновились показники активностей уреаз та лізоциму.

ОЦІНКА ОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПСЕВДОЕКСФОЛІАТИВНИМ СИНДРОМОМ

Жуїні Дхія Еддін, Ушакова А. В., Кузьменко В. І.

Науковий керівник : проф. Безкоровайна І. М.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Українська медична стоматологічна академія

Псевдоексфоліативний синдром (ПЕС) – це генералізована, асоційована з віком патологія, що супроводжується накопченням амілоїдного позаклітинного матеріалу в різних тканинах організму, але найбільше – в оці. Враховуючи, описані в літературі метаболічні зміни, що супроводжують ПЕС, в переважній більшості випадків, очні прояви ПЕС поєднуються з катарактою.

Мета дослідження. Проаналізувати частоту виникнення операційних ускладнень у хворих з катарактою на фоні ПЕС.

Матеріал та методи. В ході дослідження, проаналізовано результати факоемульсифікації катаракти на 82 очах хворих з ПЕС. В ході дослідження дотримувалися етичні та юридичні принципи відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації. Вік хворих склав 58 - 91 років, у середньому $70,2 \pm 5,7$. За статтю: 44% чоловіків і 56% жінок. За щільністю ядра змутнілого кришталика по Буратто: у 53,7% пацієнтів становлена I ступінь, у 35,4% встановлена II ступінь, і у 10,9% встановлена III ступінь. За внутрішньоочним тиском (ВОТ): з нормальним ВОТ (до 25 мм рт ст) – 65 пацієнтів, з помірно підвищеним ВОТ (від 26 до 30 мм рт ст) – 10 пацієнтів, з високим ВОТ (вище 30 мм рт ст) – 7 пацієнтів. Усім остеженим на базі офтальмологічного відділенні ПОКЛ виконана факоемульсифікація катаракти з імплантацією ІОЛ.

Результати та їх обговорення. Враховуючи, що ПЕС включає відкладення на різних структурах ока, у тому числі й на передній капсулі кришталика та циннових зв'язках, виконання факоемульсифікації катаракти у включених в дослідження пацієнтів, супроводжувалося певними складнощами: 32,9% операцій проходили на недостатній ширині зіниці і в 28% вимагали накладання ірис-ретракторів; в 2,4% випадків видозмінена, за рахунок псевдоексфоліацій, передня капсула кришталика створила передумови для порушень в рельєфі капсулорексису, 79,3% операцій супроводжувалися операційними проблемами, пов'язаними з частковим відривом циннових зв'язок і в 21,9% було встановлено капсульне кільце, а в 8,5% було проведено шовну фіксацію ІОЛ. В післяопераційному періоді, у зв'язку з більшою, ніж звичайно, кількістю маніпуляцій в передній камері, у 76,6% прооперованих спостерігався набряк рогівки різного ступеня, що призвело до збільшення терміну перебування в стаціонарі, додаткового призначення спеціальних препаратів та більшої тривалості відновлення післяопераційної гостроти зору. Усі пацієнти з підвищеним ВОТ потребували додаткового призначення місцевих гіпотензивних крапель.

Висновки. Псевдоексфоліативний синдром є тяжким ускладнюючим фактором проведення факоемульсифікації катаракти.

Встановлення капсульного кільця та шовна фіксація ІОЛ вирішують проблеми слабкості циннових зв'язок та забезпечують правильне положення імплантованої лінзи.

НЕЙРОТОКСИН ТИПУ А- НОВІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Заровський А.А.

Науковий керівник : ас. Веруга О.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Ботуліністичний токсин типу А-нейротоксин, який виробляє збудник ботулізму бактерія *Clostridium botulinum*. "Ботокс"- це лікарський засіб, що впливає на нервово-м'язову передачу, основним діючим компонентом якого є ботуліністичний токсин типу А. Окрім використання в косметичних цілях нейротоксин групи А підходить для усунення цілого ряду стоматологічних проблем. В ортодонтії використовується для зменшення інтенсивності роботи м'язів після закінчення ортодонтичного лікування з метою запобігання зворотнього зсуву зубів після зняття брекет систем. В пар одонтології - для зменшення натягу вуздечок верхньої та нижньої губи з метою зменшення травматизації зубо-епітеліального з'єднання, в естетичній стоматології – для усунення "ясеневої посмішки". Можливе використання ботоксу для розслаблення м'язів у пацієнтів, які страждають бруксизмом. Скрегіт зубами найчастіше проявляється під час сну. Поширені варіанти лікування бруксизму: використання спеціальних кап, зменшення психо-емоційного навантаження, психотерапія.

Мета: Дослідження ефективності застосування ботуліністичного токсину в патогенетичному лікуванні пацієнтів з бруксизмом та профілактики.

Матеріали та методи :робота виконана на кафедрі хірургічної стоматології та щелепно- лицевої хірургії було проведено комплексне лікування бруксизму ін'єкціями ботоксу 7 хворим віком від 38 до 57 років, що звернулися за рекомендаціями стоматологів зі скаргами на нічний скрегіт зубами та підвищену напруженість жувальних м'язів, де їм було встановлено попередній діагноз бруксизм. Проведене лікування було не ефективним. Визначення тону м'язів проводили за допомогою електроміографічного дослідження (ЕМГ) до та після ін'єкцій ботоксу. Ін'єкції ботуліністичного токсину здійснювалися в жувальні м'язи в проекції чотирьох точок.

Результати :Середньостатистичні значення амплітуди електроміографічної кривої (емг-кривої) жувальних та скроневих м'язів після проведення ін'єкцій ботоксу становили: 170 ± 12 мкВ (для правого жувального), 250 ± 15 мкВ (для лівого жувального), 210 ± 10 мкВ (для правого скроневого) та 320 ± 17 мкВ(для лівого скроневого) м'язів, і були достовірно нижчими зі значеннями амплітуди емг - кривої до проведення ін'єкцій ботоксу: 810 ± 11 мкВ та 630 ± 13 мкВ і 410 ± 15 мкВ та 715 ± 12 мкВ відповідно. Це дозволяє стверджувати про наявність у досліджуваних хворих вираженого розслаблення жувальних м'язів внаслідок блокування ботуліністичним токсином викиду ацетилхоліну в області нервово - м'язового синапсу, що викликає тимчасовий параліч м'язів і відповідно зменшення їхнього тону. Результати досліджень представлені у вигляді таблиці подані нижче:

*Таблиця. Значення електроміографічної кривої
при комплексній терапії бруксизму*

М'язи:	До (мкВ):	Після (мкВ):
M.Masseter(D)	810±11	170±12
M.Masseter(S)	630±13	250±15
M.Temporalis(D)	410±15	210±10
M.Temporalis(S)	715±12	320±17

Висновки: Таким чином, ін'єкції ботоксу - неагресивний засіб для контролю м'язового тону за допомогою якого можна ефективно зменшувати до мінімуму патологічні зміни в тканинах, що зазнають впливу тиску при бруксизмі. В найближчі терміни результат лікування в 100% випадків задовільний. Отримані результати досліджень необхідно враховувати при комплексному лікуванні даної патології і плануванні профілактичних заходів.

ВИКОРИСТАННЯ КОФФЕРДАМУ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ

Затолочна М. А.

Науковий керівник: доц. Бережна О. Е.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

На сьогоднішній день застосування кофердаму у повсякденній роботі лікаря-стоматолога є невід'ємною складовою успішної практики. Кофердам (латексна завіса, рабердам) – це спеціальне еластичне полотно, яке встановлюють для ізоляції робочої зони (зубів, з яким працює лікар) від порожнини рота. Ізоляція робочого поля із застосуванням кофердаму забезпечує сухість та гарну візуалізацію робочого поля, швидкість, зручність, відсутність контакту з слизовою оболонкою порожнини рота, захист дихальних шляхів пацієнта та зменшення стресу у дитини, що є важливим аспектом в дитячій стоматології.

Метою даного дослідження стала оцінка різних методик накладання кофердаму (спліт-дам, без підв'язування, з частковим підв'язуванням, повне підв'язування, псевдоспліт), ізоляції робочого поля відносно зубного ряду (посегментна, подвійна посегментна, пощелепна, повна ізоляція) та її вплив на успіх лікування зубів у дітей.

До дослідження було включено 30 дітей молодшого шкільного віку від 6 до 10 років із різними видами карієсу та його ускладнень. Під час лікування найчастіше використовували метод посегментної ізоляції зубів технікою спліт-дам. Не вдалося провести ізоляцію зубів лише у однієї дитини за рахунок наявності у неї підвищеного блювотного рефлексу. За результатами спостережень доведено, що застосування кофердаму скорочує затрачений час на проведення лікування майже на 25% і підвищує успішність лікування за рахунок дотримання сухості робочого поля та всіх умов для відновлення зуба. Метод накладання кофердаму та спосіб ізоляції зубів, на нашу думку, тут відіграє другорядну роль – лікар використовує той метод, яким він краще володіє і який може використати в кожній конкретній ситуації у дитини.

Отже, в сучасній дитячій стоматології використання кофердама – це не просто рекомендація, а стандарт, якого дотримуються всі європейські клініки. Це найнадійніший спосіб захисту, який гарантує високоякісне лікування, комфорт для пацієнта (дитини), адже це наша основна задача.

ПОКАЗАННЯ ТА ПЕРЕВАГИ ВИКОНАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТОТАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ З БІЛАТЕРАЛЬНОЮ ФІКСАЦІЄЮ КУКСИ ПІХВИ **Зезекало В.М.**

Наукові керівники: проф. Дудченко М.О., проф. Ліхачов В.К.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Українська медична стоматологічна академія

Вступ. Основним ускладненням після виконання гістеректомії з приводу випадіння матки є виникнення пролапсу органів малого тазу через куксу піхви (ректоцеле, цистоцеле), що призводить до погіршення якості життя жінки.

Мета роботи. Визначення показань та оцінка переваг виконання білатеральної фіксації кукси піхви, як другий етап відеолапароскопічної тотальної гістеректомії.

Матеріали та методи дослідження. Було проаналізовано 30 історій хвороб пацієнток, яким виконувалася відеолапароскопічна тотальна гістеректомія на базі кафедри хірургії №4 з малоінвазивною хірургією. Пацієнтки були поділені на 2 групи: I група (основна), куди ввійшли 15 пацієнток (50%), яким виконувалась тотальна гістеректомія з білатеральною фіксацією (БФ) кукси піхви; та II група (контрольна), куди ввійшли 15 (50%) пацієнток, яким виконувалася відеолапароскопічна гістеректомія без білатеральної фіксації кукси піхви. Середній вік пацієнток становить 56,6 років. На УЗД ОМТ у 8 хворих (26,6%) була виявлена симптомна багатовузлова лейоміома матки <12 тижнів, а у 22 хворих (73,4%) - симптомна багатовузлова лейоміома матки >12 тижнів. У 12 пацієнток (40%) у супутньому діагнозі мав місце пролапс матки II та III ступенів; у 10 (33,4%) пацієнток спостерігалось ожиріння II-III ступенів, у 12 пацієнток (40%) – індекс маси тіла перевищував вищу межу норми.

Показаннями до виконання білатеральної фіксації кукси піхви у пацієнток основної групи були: ожиріння, тривале існування пролапсу матки до операції, нетримання сечі, великі розміри лейоміоми матки.

Результати дослідження. Під час жодної з 30 операцій не виникло інтраопераційних ускладнень. У 17 (56,6%) пацієнток спостерігалися незначні кров'яні виділення продовж 7-10 днів після операції. У 6 (20%) пацієнток в першу-другу добу після операції спостерігався виражений больовий синдром, який було куповано введенням наркотичних анальгетиків.

Ні у однієї з 15 пацієнток I групи впродовж 1 року не було рецидиву пролапсу органів малого тазу. В II групі пацієнток продовж 1 року у 5 випадках (33,3%) виникло цистоцеле.

Висновок. Згідно результатів дослідження встановлено, що у 33,3% пацієнток яким виконувалася гістеректомія без БФ виник рецидив захворювання у вигляді пролапсу органів малого тазу в перший рік після операції. Застосування білатеральної фіксації кукси піхви після тотальної гістеректомії знижує ризик повторного випадіння органів малого тазу до мінімуму.

ПЕРЕВАГИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ХОЛЕДОХОСКОПІЇ НАД ХОЛАНГІОГРАФІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Зезекало Є.О.

Наукові керівники: профе. Дудченко М.О., ас. к мед.н. Прихідько Р.А.

Кафедра хірургії №4 з малоінвазивною хірургією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. З кожним роком жовчнокам'яна хвороба все частіше ускладнюється холедохолітіазом, що супроводжується розвитком механічної жовтяниці, холангіту, сепсису та навіть летального випадку. Виникають труднощі щодо вибору оптимальної тактики лікування.

Мета роботи. Порівняти та оцінити переваги і недоліки використання інтраопераційної холедохоскопії (ІОХС) та інтраопераційної холангіографії (ІОХГ) при лікуванні хворих з холедохолітіазом.

Матеріали та методи дослідження. Було оцінено 30 пацієнтів з попереднім діагнозом «Жовчнокам'яна хвороба. Холедохолітіаз», які були прооперовані на базі кафедри хірургії №4 з малоінвазивною хірургією. Пацієнти були поділені на дві групи: основну (І група) та контрольну (ІІ група) по 15 пацієнтів в кожній. Обом групам хворих виконувалося оперативне втручання в об'ємі: ВЛХЕ. І групі пацієнтів проводилася ІОХС; ІІ групі виконувалася ІОХГ. Серед пацієнтів обох груп - 28 жінок (93,3%) та 2 чоловіки (6,7%). Середній вік всіх пацієнтів складає 63,6 років. На УЗД ОЧП у 17 пацієнтів (56,6%) діаметр холедоха >10мм.

Результати дослідження. У І групі ІОХС дала такі результати, з яких в 6 випадках була виконана літоекстракція з холедоха кошиком Дорміа, в 4 випадках за допомогою зонда Фогарті; в 1 випадку літоекстракцію виконано з внутрішньопечінкових протоків; встановлено стеноз термінального відділу холедоха у 1 випадку, який у подальшому був направлений на папілосфінктеротомію. У 2 випадках було виконано зовнішнє дренажування холедоха. Дренажі із жовчних шляхів були вилучені через 20 днів після операції. У контрольній групі 2 пацієнтам (13,3%) було виконано бужування холедоха після виконання ІОХГ, по результатах якої діаметр каменів <3 мм. Усім пацієнтам ІІ групи виконано зовнішнє дренажування холедоха по Холстеду-Піковському. Середня тривалість оперативного втручання в основній групі 95 хв, а в контрольній - 115хв. Середня тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів І групи 4 днів, ІІ групи - 8 днів.

Ускладнень під час проведення оперативних втручань не виявилось в жодному з випадків. У післяопераційному періоді був 1 випадок виділення жовчі по дренажу з черевної порожнини у пацієнта контрольної групи, яке припинилося на 5 добу.

Висновок. Таким чином, ми встановили, що використання ІОХС дає можливість виконувати літоекстракцію за допомогою кошика Дорміа та зонда Фогарті, середня тривалість операції нижче на 17,4%, а перебування в стаціонарі менше в два рази, що значно прискорює відновлення пацієнтів. Бужування холедоха після виконання ІОХГ можливе за умови, якщо діаметр каменів значно менший за діаметр холедоха. Проаналізувавши ці результати, можна зробити висновок, що використання ІОХС має значні переваги над використанням ІОХГ при лікуванні хворих з холедохолітіазом.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВІЛ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Зозуля С.А., Бурба І.Г., Кучеренко Т.В.

Науковий керівник: доц. Максименко А.І.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. ВІЛ-інфекція – це соціально небезпечне інфекційне захворювання, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Хвороба характеризується прогресуючою дисфункцією імунної, нервової, лімфатичної та інших систем організму, відноситься до невиліковних хвороб і, в разі відсутності ефективної терапії, закінчується смертю. Аналіз офіційних даних щодо поширення ВІЛ-інфекції свідчить, що епідемія триває з тенденцією до подальшого зростання в усіх регіонах України. На даний час в Україні більшість громадян не володіють інформацією щодо своїх прав та обов'язків стосовно ВІЛ-інфікування та свого соціального захисту. На стоматологічному прийомі є великий ризик зараження ВІЛ-інфекцією як медичних працівників, так і пацієнтів, а саме – парентеральним шляхом.

Мета роботи. Проаналізувати та узагальнити літературні відомості з приводу прав та обов'язків батьків ВІЛ-інфікованих дітей і лікарів-стоматологів під час прийому таких пацієнтів.

Результати дослідження. Лікар-стоматолог несе медичну, етичну та юридичну відповідальність за попередження розповсюдження захворювань, які передаються через кров та повинен дотримуватись всіх вимог техніки безпеки. Під час обстеження хворого лікар-стоматолог може мати підстави думати, що дана дитина належить до групи ризику по ВІЛ/СНІДу, бо бачить у неї перші прояви ВІЛ-інфекції в порожнині рота. Але згідно з Законом України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» від 23 грудня 2010 року розділ III ст. 13, батьки ВІЛ-інфікованої дитини мають право не розголошувати інформацію про її позитивний ВІЛ-статус. На підставі Закону України від 19.11.1992 р. [стаття 34 (ч. 3, 4), ст. 38, ст. 43 (ч.2)] лікар має право відмовитися від ведення пацієнта у разі відсутності належних засобів індивідуального захисту та якщо останній порушує правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я. Якщо стався випадок контакту з біоматеріалами хворої дитини, лікар-стоматолог має право на проведення екстреної постконтактної профілактики та у подальшому безоплатно одержувати працівників при виконанні професійних обов'язків».

Висновки. На сьогоднішній день ВІЛ-інфекція залишається досить актуальним питанням, тому лікарі-стоматологи та батьки ВІЛ-інфікованих дітей повинні володіти своїми правами та обов'язками, щоб уникнути можливості інфікування і розповсюдження ВІЛ-інфекції та дотримуватися всіх вимог і заходів безпеки.

МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ З ГІПНІЧНИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ (ОПИСАННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)

Ізюменко О.П.

Науковий керівник: проф. Дельва М.Ю.

Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність теми: Більшість неврологів в своїй практичній діяльності не користуються міжнародними діагностичними критеріями первинного головного бо-

лю (особливо його рідких типів), що веде до помилкових діагнозів та призначення неефективного лікування.

Мета: продемонструвати важливість правильної та своєчасної діагностики первинних головних болей через описання клінічного випадку гіпнічного головного болю.

Пацієнтка М., 56 років, направлена неврологом в навчально-діагностичний лікувальний Центр для хворих на первинний головний біль для уточнення діагнозу.

Скарги на напади інтенсивного головного болю (7 балів за візуальною аналоговою шкалою), що має тупий, дифузний характер та переважно локалізується в лобно-скроневій ділянці. Біль виникає тільки під час нічного сну, між 4 та 5 годинами ранку (від чого пацієнтка просинається), триває 1-1,5 години (прийом анальгетиків не дає полегшення). Доторк лобом до холодного віконного скла приносить деяке зменшення болю. Під час головного болю відсутні сльозотеча, птоз, почервоніння ока та шкіри обличчя, набряклість обличчя, закладеність носа, нудота, фото- та фонофобія. Пацієнтка відмічає 15-20 подібних епізодів протягом місяця. Подібний стан турбує на протязі двох років. Неодноразово зверталася з подібними скаргами до сімейного лікаря, невролога. Був встановлений діагноз: Дисциркуляторна енцефалопатія II ст. з цефалгічним синдромом. Отримувала нестероїдні анальгетики, ноотропні препарати – без ефекту. Неврологічний стан – без особливостей. Загальний та біохімічний аналізи крові, глікований гемоглобін – в межах референтних значень. За даними добового моніторування артеріального тиску – нічної артеріальної гіпертензії не виявлено. МРТ головного мозку – без особливостей. Заключення офтальмолога, оториноларинголога, стоматолога – патології не виявлено.

Згідно критеріїв міжнародної класифікації головного болю 3 перегляду стан пацієнтки відповідає одному з типів первинного головного болю: «Гіпнічний головний біль» (напади головного болю виникають не рідше 10 разів в місяць на протязі трьох місяців поспіль тільки під час сну та приводять до просинання, тривають від 15 хвилин до 4 годин, не супроводжуються вегетативними розладами та неспокоєм, при умові виключення вторинного головного болю). Призначено індометацин 50 мг всередину за 30 хвилин до сну. На наступний плановий огляд через 1 місяць пацієнтка не з'явилась, по телефону повідомила про повне зникнення головного болю. Рекомендовано зменшити дозу індометацину до 25 мг і при відсутності головного болю через 1 місяць припинити прийом препарату.

Висновки. Неврологам необхідно знати та активно використовувати в своїй практичній діяльності міжнародні діагностичні критерії первинного головного болю загалом та його гіпнічного типу зокрема.

ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ТА ПОШИРНОСТІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ

Казакова Я.В., Майбородіна Д.Д.

Науковий керівник: проф. М.Ю. Антоненко

Кафедра стоматології

Інститут післядипломної освіти

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Актуальність. В останні роки, за даними ВООЗ понад 1,9 млрд людей віком старше 18 років мають надлишкову вагу, з них понад 650 млн – страждають від

ожиріння, при цьому є тенденція до щорічного зростання цих показників. Ожиріння – це хвороба сучасного суспільства, яка призводить до цілої низки медико-соціальних проблем, зокрема, метаболічних порушень (цукрового діабету 2 типу, інсулінорезистентності, метаболічного синдрому), серцево-судинної патології (артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності, інсульту), патології дихальної системи (bronхіальної астми), порушень репродуктивної функції. Крім того, ожиріння є незалежним предиктором ризику смерті. Доведено, що надмірна вага тіла та ожиріння є вагомими чинниками ризику для стоматологічного здоров'я осіб будь-якого віку.

Мета дослідження: дослідити структуру захворювань пародонта у пацієнтів молодого віку із ожирінням.

Матеріали і методи: під спостереженням були 38 пацієнтів із ожирінням віком 18-34 роки, які склали основну групу. Для порівняльної характеристики було також сформовано контрольну групу з 22 пацієнтів аналогічного віку з нормальною масою тіла. Для оцінки стану тканин пародонта використовували стандартні клініко-рентгенологічні методи обстеження та оцінки гігієни порожнини рота.

Результати та їх обговорення: Генералізовані ураження пародонта виявлені у всіх 38 пацієнтів із ожирінням. У переважної більшості діагностовано хронічний генералізований пародонтит I-II ступеню (24 особи, 63,2%), при цьому переважав загострений перебіг захворювання (22 особи, 91,7%), відповідно лише у 2 осіб (8,3%) перебіг дистрофічно-запального процесу в пародонті можна оцінити як хронічний.

Разом з тим, у інших пацієнтів (14 осіб, 36,8%) з ожирінням було діагностовано генералізований хронічний катаральний гінгівіт.

Необхідно підкреслити, що є присутнім факт високої частоти незадовільного стану гігієни порожнини рота у хворих із ожирінням. Так, виявлено, що у 34 осіб (89,5%) з числа контингенту із ожирінням, гігієнічний стан ротової порожнини відповідав рівню “незадовільний”, а лише у 4 осіб (10,5%) – рівню «добрий». В контрольній групі частота виявлення генералізованого пародонтиту хронічного перебігу склала 18,2% (4 особи), хронічний катаральний гінгівіт було діагностовано у 16 осіб (72,7%), а стан клінічно інтактного пародонта виявлено у 2 осіб (9,1%).

Висновки: В структурі захворювань пародонта у осіб молодого віку із ожирінням переважає хронічний генералізований пародонтит із загостреним перебігом.

Розвиток та перебіг генералізованих уражень пародонта у хворих із ожирінням — генералізованого пародонтиту та катарального гінгівіту відбувається на тлі незадовільного стану гігієни порожнини рота, що, з одного боку, є складовою клінічного перебігу захворювання, але з іншого, може розглядатися як етіологічний чинник хвороб пародонта у цієї категорії осіб.

ВПЛИВ НАДМІРНОЇ ВАГИ ТІЛА НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Казирод В. В., Гаєрилюк І. О., Феденюк А. В., Зінченко В. А.

Науковий керівник: доц. Тарановська О.О.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність теми: За даними різних авторів, відсоток вагітних жінок, що мають надмірну вагу, в Україні складає 15-25%. Необхідно зазначити, що цей показник неухильно зростає з року в рік. Жінки з надмірною вагою входять до групи

високого ризику по виникненню прееклампсії, затримки розвитку плода, аномалій пологової діяльності та ін. Тому вивчення впливу порушень ліпідного обміну на перебіг вагітності та пологів є надзвичайно актуальною проблемою теперішнього часу.

Мета дослідження: Порівняти перебіг вагітності та пологів у жінок з нормальним індексом маси тіла з такими у жінок з надмірною вагою.

Матеріали і методи: Проведений аналіз 100 історій вагітності, пологів та післяпологового періоду. Пологи відбулись в Полтавському перинатальному центрі III рівня у 2019 році. Усі пацієнтки були розподілені на дві групи: жінки з нормальним індексом маси тіла (50 вагітних, контрольна група) та жінки з надмірною вагою (50 вагітних, основна група).

Результати дослідження: У 76% жінок з нормальною масою тіла відбулись пологи через природні пологові шляхи, в той час як у жінок з ожирінням цей показник виявився значно нижчим та склав 45%. Отже, кесарів розтин був проведений у 24% жінок з нормальною масою тіла, а у пацієнток з надмірною вагою тіла цей показник склав 55%, що в 3,3 рази частіше ніж у жінок контрольної групи. При порівнянні часу відходження навколоплідних вод, між контрольною та основною групами достовірної різниці не виявлено. Патологічне передлежання плаценти у жінок основної групи відмічено в 10% випадків, в той час як у контрольній групі цей показник склав 4%. Частота передчасних пологів у жінок з ожирінням була більш ніж у 2 рази вищою, ніж у жінок контрольної групи (14% та 6% відповідно). Первинна та вторинна слабкість пологової діяльності у жінок з ожирінням відмічалась у три рази частіше (відповідно 8% і 24%). Фізіологічні пологи, без жодних ускладнень, відбулись у 6% жінок з надмірною вагою, в той час як у жінок з нормальною вагою їх було у 3,3 рази більше - 20%.

Висновки: З отриманих результатів дослідження можна зробити висновок, що ожиріння негативно впливає на перебіг вагітності та пологів. З метою запобігання небажаних наслідків надмірної ваги для матері та дитини необхідно коректувати вагу тіла під час прегравідарної підготовки та вагітності. З цією метою жінкам треба рекомендувати збалансовану дієту, адекватні фізичні навантаження, консультації ендокринолога та дієтолога.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ З ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.

Кальсіна І.О., Лошак А.С., Назаров Я.І.

Науковий керівник: ас. Бауман С.С.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки на сьогоднішній день дуже поширені і становлять 58-65% в структурі дитячої гастроентерологічної патології. У 10-15% дітей зустрічається ізольоване ураження шлунка або дванадцятипалої кишки (гастрит або дуоденіт), у решти 85-90% - поєднане ураження цих органів, що вказує на спільність основних механізмів розвитку гастритів і дуоденітів. Хронічний гастродуоденіт - хронічне рецидивуюче осередкове або дифузне запалення слизової оболонки шлунка, що супроводжуються порушенням процесів фізіологічної регенерації зі схильністю до прогресування, розвитку

атрофії і секреторної недостатності, що лежать в основі розладу травлення і обміну речовин.

Взаємозв'язок порожнини рота і травного тракту найбільш виражений, і навіть найменші зміни в роботі шлунково-кишкового тракту неодмінно позначаються на стані слизової оболонки порожнини рота і зубів дитини.

На сьогоднішній день відомі дослідження, які доводять загальний характер системних патогенетичних механізмів при патології внутрішніх органів, асоційованих із захворюваннями тканин пародонту.

Аналізуючи численні дослідження можна стверджувати, що гастродуоденальна патологія безпосередньо впливає на захворювання органів порожнини рота, одне з ключових місць в яких становлять захворювання пародонту. Дуже складно передбачити перебіг поєднаних патологій, захворювань порожнини рота і шлунково-кишкового тракту, тому для своєчасного виявлення патологічних процесів в порожнині рота необхідно своєчасно відвідувати стоматолога. Подальше вивчення цього питання має дуже важливу роль як в стоматології так і в гастроентерології.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МУКОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ.

***Кальченко Е.В., Корнієнко Н.В., Кришталь Н.В., Медведєва А.С.,
Савченко А.М., Савченко В.О.***

Науковий керівник: доц. Соколюк Н.Л.

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Українська медична стоматологічна академія.*

Бронхообструктивний синдром (БОС) зустрічається при багатьох захворюваннях та викликає патофізіологічні порушення, які впливають на прогноз та прогресування хвороб. Особлива увага приділяється діагностиці та лікуванню БОС при бронхіальній астмі (БА).

Метою роботи вивчити ефективність різних способів застосування муколітичної терапії в лікуванні БОС у хворих з БА.

Матеріали та методи. Для аналізу взято 27 хворих частково контрольованою БА з непродуктивним кашлем. Хворі розбиті на групи по 9 осіб. Середній вік в групах $38 \pm 3,1$; $42 \pm 2,5$; $37 \pm 3,0$ відповідно. Хворі оглядались на 1, 3, 5, 10 день з (враховувалось зміни в інтенсивності кашлю та аускультативній картині); спірометричне обстеження 1,10 день. Хворі з супутнім ожирінням, хворобами шлунку та стравоходу, гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом не приймали участь в обстеженні.

Усім хворим призначено будесонід/формотерол 160/4,5мкг (турбухалер). Додатково хворі 1 групи приймали сеанси спелеотерапії (апарат «Іонна-1»); 2 група – амброксол 30мг по 1т/3р/д, з 3 дня по 1т 2р/д ; 3 група - муколван 0,75% - 2,0 (ч/з небулайзер) 2р/д.

Результати спостереження. Під час лікування відмічалось поступове покращення загального стану, інтенсивність кашлю та аускультативної картини.

При аналізі симптому кашлю відмічено найбільший ефект у хворих 3 групи (100%-88,8%- 77,7%-11,1%), у хворих 1 та 2 групи відповідно (100%-88,8%-77,7%-22,2%). Зміни в аускультативній картині свідчили про ефективність лікування

вже на 5 добу - зменшилась кількість сухих хрипів в усіх групах; на 7 добу хрипи наявні у 5 хворих 1 групи, 6 хворих -2 групи та 5 хворих 3 групи. На 10 день спостереження у 2 хворих в 1 та 2 групі хрипи залишилися, в 3 групі хрипи не вислуховувалися.

Спірометричне обстеження на 1 добу виявило порушення ФЗД 2 ступеню по обструктивному типу (ОФВ₁ 56,0%±2,0 (1група); 58,7%± 2,1(2 група) та 54,9%±3,0(3 група), а ОФВ₁/ФЖЕЛ 62,%±1,3; 60,3% ±1.1; 59,2%±1,1 відповідно по групах. На 10 добу відмічено значне поліпшення прохідності бронхів в усіх хворих(ОФВ₁ 74,2,0%±1,2; 69,7%± 1,3; 70,4%±1.2 та ОФВ₁/ФЖЕЛ 73,0,%±1,1; 71,3% ±1.0; 73,2%±1,4 відповідно по групах.

Враховую дані опитування на кашель, аускультативного та спірометричного обстеження достовірної різниці в використанні різних шляхів введення муколітичних препаратів не виявлено.

Висновки. Муколітична терапія при лікуванні БОС у хворих частково контрольованою БА однаково ефективна при використанні різних способів введення.

ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ НПЗП НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТОЗОМ

***Кереченко О.М., Коробчук М.С., Кудінова Ю. І. Щербина Н.В.,
Абулєбда Мохаммед***

Науковий керівник: доц. Іваницький І.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Українська медична стоматологічна академія

Останнім часом у всьому світі постає питання значного зростання безконтрольного використання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) широкими верствами населення. Враховуючи велику кількість побічних ефектів, які має ця група препаратів, це стає як медичною, так і соціальною проблемою. Враховуючи, що одним із можливих наслідків тривалого прийому НПЗП є ураження печінки, у тому числі розвиток та прогресування фіброзу печінки, необхідним є поглиблене вивчення можливих варіантів ураження печінки на фоні тривалого прийому НПЗП.

Метою нашого дослідження стало вивчення впливу тривалого прийому НПЗП на розвиток та прогресування фіброзу печінки у пацієнтів з неалкогольним стеатогепатозом.

Нами було обстежено 29 пацієнтів із остеоартитом (ОА) (10 чоловіків та 19 жінок) із середнім віком 56,7±6,8 років, які тривалий час (не менше 8 років) регулярно (не менше 5 разів на тиждень) приймали НПВС і мали стеатогепатоз за результатами УЗД ОЧП. Пацієнти були розподілені на 2 групи, перша з яких (14 пацієнтів) знаходились на лікуванні ібупрофеном в добовій дозі 400-600 мг протягом 6,8±1,7 років. Друга група пацієнтів отримувала диклофенак у добовій дозі 50-100 мг протягом 7,5±2,2 років. Контрольну групу склали 14 пацієнтів (10 жінок і 4 чоловіка) із стеатогепатозом, які не приймали НПЗП більше 1 дня поспіль протягом останніх 5 років. Для визначення ступеню фіброзних змін печінки використовували зсувнохвильову еластометрію, які проводили на апараті RDMIR ULTIMA EXPERT згідно прийнятих стандартів обстеження. Із обстеження виключались пацієнти, які мали підвищення рівнів АЛТ та АСТ більше, ніж у 2

рази. отримані результати оброблялись статистично за допомогою програми Stat Soft Plus 2019 р.

Нами були отримані наступні результати: у групі пацієнтів, які приймали диклофенак середній показник жорсткості печінкової тканини склав $6,54 \pm 0,87$ кПа, що відповідало ступеню фіброзу F0-F1. У групі пацієнтів, які приймали ібупрофен середній показник жорсткості печінкової тканини склав $7,63 \pm 0,95$ кПа, що відповідало ступеню фіброзу F1-F2. У групі пацієнтів, які не приймали НПЗП середній показник жорсткості печінкової тканини склав $5,32 \pm 0,83$ кПа, що відповідало ступеню фіброзу F0-F1, при чому переважали пацієнти з фіброзом F0. Відмінності між усіма групами були достовірними ($p < 0,05$).

Таким чином, регулярний прийом НПЗП навіть у середніх терапевтичних дозах призводить до розвитку фіброзних змін печінкової тканини, при чому ураження печінки має зв'язок із препаратом, який приймає пацієнт. Прийом ібупрофену має більшу фібротизуючу дію на печінку, ніж прийом диклофенаку. З огляду на вищевикладене, необхідною є індивідуалізація терапії пацієнтів з ОА з мінімалізацією прийому НПЗП на регулярній основі.

ОЦІНКА СУЧАСНИХ АНЕСТЕЗУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ У СТОМАТОЛОГІЇ

Кіптілій А.В.

Науковий керівник: доц. Хміль Т.А., доц. Марченко А.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Знеболювання при різних видах стоматологічного лікування на теперішній час успішно виконується за наявності ефективних анестезуючих препаратів, проте залишається невирішеним ряд проблем, пов'язаних з анестезією: гарантоване знеболювання у всіх категорій пацієнтів, наявність алергічних реакцій, наявність патологічних процесів, індивідуальних відмінностей в анатомічній будові щелепно-лицьової ділянки, тощо.

Метою роботи стало дослідження у 56 пацієнтів показників знеболювання анестетиками артикаїнового ряду, отримані при проведенні різних видів анестезії на верхній і нижній щелепі: тривалість анестезії в хвилинах, успішність анестезії.

Також враховували ряд чинників: тип анестезії, рекомендована доза анестетика, латентний період, перелік маніпуляцій, які можливо провести під даним знеболюванням (препарування твердих тканин зуба, розкриття абсцесів, ендодонтичне лікування, операція видалення зуба, резекція верхівки кореня зуба, реставрація, а також всі стоматологічні втручання для санації порожнини рота).

У результаті спостереження порівняні основні показники знеболювання. Так, при проведенні інфільтраційної анестезії на верхній щелепі латентний період складав для різців, іклів і премолярів 60-80 сек, для молярів – 100-120 сек. Тривалість анестезії – 20-35 хв, анестезія була успішна в 97-99%. Результати вивчення дії мандибулярної анестезії (премоляри і моляри) на нижній щелепі: латентний період – 6,7-7,1 сек, тривалість анестезії – 45-60 хв, успішність анестезії – 98%. Латентний період інфільтраційної анестезії (різці і ікла) на нижній щелепі складав 1,5 сек, тривалість анестезії – 25-30 хв, успішність анестезії – 97-98%.

Ми вивчили дію інтралігаментарної анестезії на верхній і нижній щелепах. Латентний період складав 30-40 сек, тривалість анестезії – 20-30 хв. Але знеболювання наступало не у всіх випадках. Так, успішність анестезії в премолярах

складала 93%, молярах – 92%, різцях на нижній щелепі – 90%, різцях на верхній щелепі – 80%, в іклах – 54%.

Проведення внутрішньопульпарної анестезії в зубах на верхній і нижній щелепах показало знеболювання у 95-96%, при цьому однаковий часлатентного періоду (15-30 сек) та тривалості анестезії (20-30 хв).

Таким чином, шлях до гарантованої і передбачуваної анестезії лежить у підвищеній увазі та індивідуальному підході до кожного окремого пацієнта, в ретельному зборі анамнезу, вмінні і готовності надати необхідні заходи невідкладної допомоги.

ЗВ'ЯЗОК АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ПТСР

Кірічок Д.А., Томіленко К.В.

Науковий керівник: ас. к.мед.н. Гринь К.В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Походження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) абсолютно чітко пов'язано з вкрай важким переживанням, яке виходить далеко за рамки звичайного людського досвіду. Війни, раптові техногенні та природні катастрофи, грубе і загрозливе життю насильство – ситуації, переживши які, людина ризикує захворіти ПТСР. Переважна кількість бійців, які приймали участь у бойових діях, страждають на вказану психічну патологію. За різними даними від 70 до 90% учасників бойових дій страждають на больовий синдром різної локалізації, пов'язаний з перенесеними травмами під час бойових дій. Природно, останній позначається на емоційному стані пацієнта – знижується настрій, з'являється дратівливість, невмотивована тривога. На тлі такого стану нерідко виникають тривожні та депресивні розлади. Своєчасне виявлення і корекція афективних розладів у пацієнтів з ПТСР та хронічним больовим синдромом могло б прискорити процеси реабілітації даних хворих.

Мета дослідження: виявити поширеність тривожних і депресивних розладів у хворих з хронічним больовим синдромом різної локалізації у пацієнтів-учасників бойових дій з ПТСР.

Матеріали та методи. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 40 пацієнтів – учасників бойових дій (АТО), які страждали на посттравматичний стресовий розлад. Ці особи перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні психіатричному для інвалідів та ветеранів війни КП «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О.Ф. Мальцева Полтавської облради» у період з 2019 по 2020 рік. У процесі обстеження та лікування всіх пацієнтів було поділено на дві клініко-діагностичні групи за критерієм наявності больового синдрому. При призначенні лікування керувалися уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (Київ, 2016), а також методичними рекомендаціями з діагностики, лікування та профілактики медико-психологічних наслідків бойових дій у сучасних умовах (Харків, 2014).

Усім пацієнтам на етапі госпіталізації було проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та лабораторне обстеження, ЕКГ, ЕЕГ-дослідження, огляд спеціалістів (терапевта, невролога, офтальмолога, хірурга). За

необхідності проводили КТ-обстеження головного мозку, інших зон, УЗД ОЧП, огляд травматолога, нарколога та інших лікарів за призначенням. Особливої уваги надавали психодіагностичному обстеженню, яке проводили як лікар-психіатр, так і медичний психолог. Були використані наступні психодіагностичні шкали для оцінки психічного стану: Міссісіпська шкала (військовий варіант), шкала на наявність генералізованого тривожного розладу (GAD-7), шкала на визначення ступеню депресії (PHQ-9), шкала ангедонії Стайта-Гамільтона (Snaithe-Hamilton Pleasure Scale – SHAPS).

Усі пацієнти отримували анксиолітичну, антидепресивну, нормотимічну терапію. У процесі лікування всі пацієнти отримували психотерапевтичне лікування, як у індивідуальній, так і в груповій формах, за програмою реабілітації для військовослужбовців.

За фактом наявності больового синдрому пацієнти були розподілені на дві клініко-діагностичні групи.

До I клінічної групи увійшли 20 (50 %) обстежених з посттравматичним стресовим розладом, до II групи також увійшли 20 (50 %) пацієнтів з ПТСР з коморбідним больовим синдромом різної локалізації.

Усі пацієнти мали від 98 до 145 балів за Міссісіпською шкалою (військовий варіант), що свідчить про наявність ознак клінічного варіанту ПТСР; більше 8 балів за шкалою GAD-7 (шкала на наявність генералізованого тривожного розладу), що свідчить про наявність тривожного синдрому; від 12 до 25 балів за шкалою PHQ-9 (шкала на визначення ступеню депресії), що свідчить про наявність депресивного синдрому (від помірного до важкого); від 61% до 84% за шкалою ангедонії Стайта-Гамільтона (Snaithe-Hamilton Pleasure Scale – SHAPS), що свідчило про наявність вираженої ангедонії.

Результати. Згідно клінічного спостереження за пацієнтами, провівши аналіз результатів психодіагностичних шкал виявлено, що у пацієнтів I групи синдромальну перевагу мав депресивний синдром (60%), тривожний синдром мав менше відсоткове співвідношення (40%). У пацієнтів II групи, які мали окрім симптомів ПТСР коморбідний больовий синдром зареєстроване інше відсоткове співвідношення тривожного та депресивного синдромів – 80% та 20% відповідно. Сході результати виявлено і при оцінці ступеню вираженості тривожної та депресивної симптоматики: у пацієнтів з ПТСР вищі бали за шкалами для виявлення депресії, ніж шкалами для діагностики тривоги на відміну від пацієнтів II групи, у яких бали за шкалою діагностики тривожного розладу значно вище, ніж бали за шкалою для діагностики ступеню вираженості депресії.

Це відбивалося на формуванні терапевтичної стратегії, оскільки наявність больового синдрому, більша інтенсивність тривожного компоненту потребували додаткових медикаментозних призначень у вигляді анагетичних та анксиолітичних препаратів. З групи антидепресантів перевагу віддавали препаратам з більш вираженою седативною та протитривожною дією.

Висновки. Оцінюючи результати лікування пацієнтів з ПТСР та коморбідним больовим синдромом можна зробити висновок, що підбір як медикаментозної терапії, так і психотерапевтичних заходів, не дивлячись на наявність чітких терапевтичних рекомендацій за «Протоколами» повинен бути індивідуальним. Необхідно обов'язково враховувати наявність супутньої соматичної, неврологічної патології.

У пацієнтів з ПТСР та коморбідним больовим синдромом переважає тривожна симптоматика. Вони потребують призначення антидепресивних препаратів з більш вираженим седативним та анкіолітичним ефектом.

ПРОЛОНГОВАНА ЕПІДУРАЛЬНА БЛОКАДА В КОМПЛЕКСНІЙ ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Коваленко І.М., Харченко А.В.

Науковий керівник: доц. Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Гострий панкреатит (ГП), незважаючи на стрімкий розвиток медицини та удосконалення методів лікування, є однією з найбільш важливих проблем не тільки хірургії, а й анестезіології та реаніматології. Захворюваність в Україні на ГП становить 65-69,5 осіб на 100 тис. населення, причому цей показник щорічно зростає. Причинами такої ситуації є, по-перше, зростання хронічного алкоголізму і жовчнокам'яної хвороби, по-друге, покращення діагностики цього захворювання на ранніх етапах. В даний час специфічна терапія відсутня. В складі комплексної інтенсивної терапії ГП крім симптоматичного лікування (оксигенація, масивна регідратація, знеболення, раннє харчування та використання антибактеріальних засобів) доцільним є використання пролонгованої епідуральної блокади.

Мета дослідження. Метою даної роботи є оцінка ефективності і результатів з астосування комплексної інтенсивної терапії з використанням пролонгованої епідуральної блокади (ПЕБ).

Матеріали і методи. Було проведено аналіз дослідження в якому використовувались дані обстеження і лікування 22 хворих у віці від 25 до 80 років госпіталізованих до КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» з ГП середнього та важкого ступеня. Всі хворі були розділені на 2 групи (основна – застосування ПЕБ в складі комплексної інтенсивної терапії, контрольна – ПЕБ не проводилась з різних причин).

Результати. Усі пацієнти, які були включені в дослідження, надходили до стаціонару лікарні з клінічними ознаками ГП середнього та важкого ступеня, в яких від дебюту захворювання до госпіталізації пройшло менше 48 годин. На момент надходження спостерігалось підвищення рівня альфа-амілази крові до 119 ± 19 ОД, альфа-амілази сечі до 1760 ± 172 ОД та загального білірубину до $38,30 \pm 6,1$ мкмоль/л. Показники внутрішньочеревного тиску при надходженні досягали 17,9 мм.рт.ст.

Хворим, що входили до основної групи ПЕБ була виконана в перші 2 доби від початку захворювання. За результатами проведеного дослідження встановлено, що в першу добу інтенсивної терапії на фоні системної запальної реакції, у відповідь на введення місцевих анестетиків у епідуральний простір підвищується ризик розвитку гіпотензії, у зв'язку з чим є обов'язковим динамічний контроль центральної гемодинаміки. В умовах епідуральної блокади зниження альфа-амілази відбувається в два етапи. Перший етап відбувається впродовж перших 6-10 годин, в цей час відмічається зниження амілази крові до 100 ± 19 Од/л, хоча рівень амілази сечі продовжує зростати до 1900 ± 172 Од/л. Другий етап розпочинається на 3-ю добу, коли знижується рівень альфа-амілази в крові до $17,6 \pm 5,7$

(норма 16 ± 5), в сечі до 52 ± 17 Од/л (норма 40 ± 8). В контрольній групі, яким було проведено консервативне лікування, рівень амілази крові та сечі досягає норми лише на 16-17 день лікування. Рівень загального білірубіну в основній групі на 3-ю добу, вдалося знизити від вихідного рівня на 25,9%, що становить $28,4 \pm 1,6$ мкмоль/л, в той час як в контрольній групі на 3-ю добу його рівень вдалось знизити лише на 9%, що становить $34,8 \pm 1,7$ мкмоль/л. Показники внутрішньочеревного тиску при проведенні ПЕБ вдалось знизити до 9,8 мм.рт.ст від вихідного рівня, в той час як в контрольній групі до 15,1 мм.рт.ст.

В ході проведеного дослідження також встановлено відмінності в структурі гнійний ускладнень ГП. У хворих з комплексною інтенсивною терапією з ПЕБ інтраабдомінальні ускладнення виникали у 20%, що в 2,6 рази менше ніж у контрольній групі (виникають у 51,3%). Що стосується екстраабдомінальних ускладнень, в обох групах домінував синдром гострого пошкодження легень, при цьому в основній групі частота його виникнення склала 15,6%, тоді як в контрольній 23,5%.

Висновки. За результатами проведеного дослідження встановлено, що включення в склад інтенсивної терапії ПЕБ при ГП є ефективним та доцільним, оскільки застосування її у структурі комплексної інтенсивної терапії призвело до зменшення внутрішньочеревного тиску, нормалізації біохімічних показників в коротші терміни, зменшення ризику виникнення легеневих та гнійних ускладнень, що сприяло скороченню термінів перебування пацієнтів у відділенні реанімації та в клініці в цілому.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ НАВЧАННЯ ВАГІТНИХ – ЗАПОРУКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ

***Ковальський Л.Б., Беда В.В., Карпенко О.О., Малахов О.О., Черненко К.О.,
Васильченко І.Я.***

Науковий керівник: ас. Мосієнко А.С.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Карієс раннього дитячого віку є поширеним хронічним захворюванням. Карієс тимчасових зубів приводить до їх руйнування і погіршення фізіологічного розвитку дитини, про що свідчать численні епідеміологічні дослідження. Особливість захворювання полягає в тому, що до нього схильні діти у віці до 6 років (85-95%), в тяжких випадках - до 3 років. (РДК) спостерігається у кожної другої дитини, навіть у 1-річному віці РДК зустрічається у 12-15%, показник через рік зростає вдвоє.

Ранній дитячий карієс також іноді називають «пляшковим карієсом», тому що він може бути спровокований частим, тривалим вигодовуванням сумішами, «компотиками» з пляшечки або тривалим грудним вигодовуванням, особливо в нічний час, коли у малюка вже прорізалися зуби. Поява карієсу може бути обумовлена різними причинами: неправильна гігієна, тривалий контакт з соскою, передача інфекції від батьків, вроджені проблеми, зловживання солодощами і вуглеводною їжею, недолік або надлишок фтору. Батьки, особливо мати, відіграють важливу роль в попередженні данної патології та її ранньому виявленні.

Вагітність самий чудовий період в житті кожної жінки, але майбутня мати не повинна забувати про своє здоров'я та здоров'я майбутнього малюка.

За рекомендаціями Американської академії дитячої стоматології перше відвідування дитини лікаря-стоматолога має відбуватись у перший рік життя, під час якого батькам надаються поради стосовно практичних навичок годування і правильного харчування, гігієни порожнини рота дитини і батьків, попередження розвитку пляшечкового карієсу, попередження шкідливих звичок.

Отже, нами було прийнято рішення для написання памятки «Стоматологія для вагітних». Розроблений комплекс рекомендацій, для збереження здоров'я вагітної та попередження стоматологічних патологій у дитини, виходячи з того, що хоча під час вагітності жінка перебуває під спостереженням лікарів багатьох спеціальностей, дуже важлива робота лікаря стоматолога.

У пам'ятці акцентується увага на тому, що регулярне спостереження у стоматолога протягом всієї вагітності – запорука здорового розвитку зубів малюка. Профілактика стоматологічних захворювань у період вагітності допомагає поліпшити стан порожнини рота матері, попереджає розвиток карієсу молочних і постійних зубів у дитини. Зуби дитини починають формуватися на другому місяці внутрішньоутробного розвитку. Шкідливі звички, захворювання матері, прийом лікарських препаратів можуть привести до порушень в розвитку зубощелепної системи дитини.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ КРІОТЕРАПІЇ НА ТЕРМІНИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ ЖІНОК.

Кондур М.В.

Наукові керівники: доц. Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Вугрова хвороба (акне) - генетично обумовлене, довготривале, поліморфне та багатофакторне захворювання шкіри, сальних залоз і волосяних фолікулів, яке характеризується хронічним запаленням, закупоркою сальних залоз і гіперпродукцією шкірного сала.

У 60-85 % молодих людей у віці від 12 до 25 років спостерігаються вугрі (чи акне – асне) у тій чи іншій формі. Більш ніж в одній третині випадків це захворювання вимагає тривалого лікування у фахівця.

Мета дослідження - вивчення впливу кріотерапії на терміни лікування хворих на вугрову хворобу жінок.

Матеріал та методи. Під нашим наглядом і лікуванням у 2019 році було 40 жінок, хворих на вугрову хворобу, які звернулись до Комунального підприємства «Полтавський обласний шкірно – венерологічний диспансер Полтавської обласної ради». З них 32 хворі (80%) з папуло-пустульозною формою (середня ступінь) і 8 хворих (20%) з вузлуватою (конглобатні вугрі) формою (важка ступінь) вугрової хвороби. За віком 34 хворі (85%) були від 14 до 25 років, від 25 до 45 років 6 хворих (15%). Середній вік склав 22 роки.

Тривалість захворювання від 1 року до 20 років. У 18 хворих (45%) висипання локалізувалися тільки на обличчі, у 16 (40%) на обличчі і грудях; у 6 (15%) на шкірі обличчя, грудей і спини. У 35 хворих (87,5%) відзначалася спадкова схильність до вугрової хвороби.

Лікування проводилося комплексно залежно від форми і ступеня вираженості процесу з призначенням антибіотиків, системних ретиноїдів, препаратів, що нор-

малізують функцію сальних залоз, імунної та ендокринної систем, фізіотерапевтичних методів лікування.

Основним методом фізіотерапії була кріотерапія рідким азотом. Всього проводилося від 10 до 20 процедур. Незначне короткочасне загострення виникло у 3 хворих (7,5%). При порівнянні строків стаціонарного лікування хворих контрольної групи (без застосування кріотерапії) середнє перебування на ліжку - 21 день, вдалося знизити терміни перебування в середньому на 30% (середнє перебування на ліжку 15 днів). При подальшому проведенні профілактичних курсів кріотерапії в амбулаторних умовах вдалося знизити відсоток рецидиву загострення протягом року до 12,5% (при контрольних 60%).

Висновки: Комбіноване лікування із застосуванням кріотерапії хворих середнього та тяжкого ступеня вугрової хвороби жінок в умовах дерматовенерологічного стаціонару дозволяє знизити середні терміни лікування на 30% і при подальшому застосуванні кріотерапія в комплексному протирецидивному лікуванні в умовах поліклініки значно скоротить

ПЕРОРАЛЬНІ АНТИГІСТАМІННІ ПРЕПАРАТИ ЯК ДОДАТКОВА ТЕРАПІЯ ДО МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЕКЗЕМИ

Корнєєва А.В.

Наукові керівники: доц. Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Української медичної стоматологічної академії

Симптоми екземи можуть призвести до безсоння, слабкості та можуть суттєво вплинути на якість життя. Використання пероральних антигістамінних препаратів в якості ад'ювантної терапії разом з місцевими засобами базується на ідеї, що поєднання протизапального ефекту місцевого лікування з блокуючою дією гістаміну на його рецептори в шкірі може послабити або посилити ефект від лікування. Крім того, було б недоцільно порівнювати пероральний метод лікування антигістамінними засобами самотійно без місцевого лікування, оскільки місцеве лікування є стандартним методом лікування цього стану.

Метою нашої роботи було оцінити ефекти пероральних антигістамінних препаратів як додаткової терапії до місцевого лікування у хворих з екземою.

Ми використовували бази даних включно до травня 2018 року: The Cochrane Skin Group Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase, The Global Resource of Eczema Trials. Критеріями включення в дослідження були «Середня зміна симптомів екземи, оцінювана пацієнтом», «Середня зміна клінічних ознак, оцінених лікарем», «Середня зміна якості життя» та «Кількість висипів екземи».

Під нашим спостереженням перебувало 50 хворих осіб – віком від 23 до 52 років, які сумісно із місцевою терапією та фізіотерапією отримували пероральні антигістамінні препарати у вікових дозах. Основну групу склали 25 хворих з екземою які додатково до місцевого та фізіотерапевтичного лікування отримували блокатори H1- гістамінових рецепторів (препарат Цетиризин), контрольну групу – решта 25 хворих, які отримували місцеве та фізіотерапевтичне лікування + плацебо.

Призначення Цетиризину у дозі 10 мг на добу протягом двох тижнів в основній групі не виявило позитивної динаміки у порівнянні з контрольною групою, котрі отримували плацебо. Результати не свідчать про відмінності між групами,

котрі досліджувалися, а саме: вираженість як об'єктивних (гіперемія, набряк, висип), так і суб'єктивних симптомів (неспокій, свербіж, безсоння) в обох групах зберігалася на одному рівні.

Отримавши дані, ми не знайшли послідовних доказів того, що лікування антигістамінними препаратами, зокрема блокаторами H1-гістамінових рецепторів є ефективним як «додаткова» терапія у хворих на екзему порівняно з плацебо. Цетиризин не був кращим, ніж плацебо, з точки зору клінічних ознак, оцінених лікарем, або симптомів, оцінених пацієнтом, і ми не виявили доказів того, що Цетиризин був більш дієвим, ніж плацебо.

СТВОРЕННЯ МЕТОДИКИ ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ЗА ЗРАЗКОМ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОЗВИНЕНИХ КРАЇН СВІТУ

Костерина С.М., Олешко В.Г.

Науковий керівник: ас. Веруга О.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Криза шкільної стоматології полягає в тому, що майже всі стаціонарні стоматологічні кабінети закриті і це призводить до різкого зниження планової профілактики та санації дитячого населення, зростання стоматологічних захворювань, особливо карієсу зубів та його ускладнень. Отже підвищується роль батьків в гігієнічному вихованні дітей. Але результати опитування 100 батьків на базі Дитячої стоматологічної поліклініки ЧМР показали що, 91% батьків не знають, яка кількість тимчасових зубів, 68 %- про наявність в тимчасових зубах коренів і нервів, 93% - термінів прорізування та зміни, 94%- правильної техніки чистки зубів, і тільки 21% батьків навчали дітей чистити зуби. Це свідчить про низький рівень обізнаності дорослих.

Тому, оцінивши всю ситуацію, ми вирішили звернутись до даних 70-90 років 19 століття та до іноземних джерел з багаторічним досвідом функціонування програм стоматологічної профілактики. Так, програма Швейцарії, яка основана на гігієнічному навчанні, ендогенному та екзогенному фторуванні, герметизації фігур працює вже понад 40 років, і поширеність карієсу серед дітей 12-ти років тут складає 2-5 %, що є ідеальним показником. Програма “Здорова посмішка Словаччини” полягає в інтерактивній грі, що дозволяє дітям віком 3-6 років під час візиту на дентальну кафедру спробувати себе в ролі лікаря та пацієнта, що викликає у дітей неабиякий інтерес і зацікавленість, у свою чергу, позбавляє від страху перед стоматологом. Інше завдання програми — навчання індивідуальної гігієни дошкільнят та методики чистки зубів. Через 15 років дії цієї програми поширеність карієсу від 85% знизилась до 17%, що є успішним показником. Програма “Здорова посмішка Онтаріо” в Канаді включає також в себе ендогенне та екзогенне фторування, герметизацію фісур. Завдяки їй поширеність карієсу знизилась в тимчасових зубах на 40%, в постійних - на 35 %. Взявши до уваги ці програми відокремили гігієнічне навчання.

Мета дослідження: Надати знання про стоматологічне здоров'я та перевірити рівень їх виживання впродовж року в дітей 7-8 ми років, сформувати стійкі навички правильного догляду за ротовою порожниною та здорового способу життя в

цілому, налагодити позитивне ставлення до лікарів-стоматологів і стоматологічних втручань.

Організувати уроки як для дітей, так і для батьків.

Об'єкти і методи дослідження: на початку проекту 34 учні 2 -го класу 9-ої школи. Форми: групова та індивідуальна. Методи: лекція, інтерактивне навчання, питання — відповідь, дослід, творча робота, тестування.

Результати та обговорення: Після офіційної домовленості керівництва поліклініки і школи було складено план з 9-ти уроків гігієни на два навчальних роки. Кожен урок включає в себе теоретичний аспект за темами плану. Набуті знання щоразу закріплювали питаннями, які задавали дітям. Завдяки тестуванню (додаток 2) перевіряли рівень виживання знань між уроками. За участю психолога провели тест “малюнок — асоціація”, метою якого було узагальнення дитячих вражень про процес надання стоматологічної допомоги, з подальшою оцінкою. Зробили дослід “Реакція тканин зуба на перебування тривалий час в кока-колі”, його результати вразили. Закріпили тему про будову зуба творчою роботою - ліпка з пластиліну на стоматологічну тематику. Діти гарно засвоїли матеріал, адже пластилінові фігурки були шедеврами. На 4-му уроці, як варіант закріплення знань, був малюнок “Шкідливі та корисні продукти харчування”. Виявляється, що діти мають дуже сучасний підхід, зображуючи такі продукти, як авокадо, броколі, калина і т. д. На наступному уроці діти вже 3-го класу давали урок учням 6-го класу, звичайно під контролем лікарів. Найприємніше те, що діти з великим бажанням та ентузіазмом погодились на нашу пропозицію передати свої знання. Головна мета, яку ми переслідуюмо – це правильна техніка чистки зубів. Виконували перевірку у дітей мануальні навички, дарували тематичні подаруночки за активність (У вигляді зубних паст, щіток, годинників для контролю чистки і т. п.) та проводили контроль емоційного стану дітей.

Результати даних уроків теоретичних, мануальних, психоемоційних станів представлені в таблиці.

Таблиця. Оцінка отриманих результатів

	Урок 1	Урок 2	Урок 3	Урок 4	Урок 5
Теоретичні навички(помилки, %)	_____	19%	27%	17%	25%
Мануальні навички (показали чистку, %)	0%	0%	20%	45%	50%
Емоційний стан (ставлення:					
негативне	10%	4%	12%	7%	3%
невизначене	33%	18%	12%	17%	25%
позитивне, %)	57%	78%	76%	76%	72%

Таким чином, за 6-ть уроків ми виклали 80% запланованої інформації про стоматологічне здоров'я і за результатами тестування виявили, що рівень виживання знань коливається від 75 до 81%, в залежності від періодичності уроків (карантин, канікули). Рівень мануальних навичок стійко підвищився до 50%. Ставлення до лікарів-стоматологів значно покращилось. Вважаємо найголовнішим досягненням те, що рівень отриманих знань дозволяє дітям проводити уроки гігієни і в старших, і в молодших класах.

В подальших планах ще 2 уроки на свято здоров'я, на якому прагнемо залучити учнів до участі у віршованій виставі “Як навчився вовчик зубки берегти”. На

свято ми запросимо батьків, щоб заохотити їх слідкувати за здоров'ям дітей, відвідувати стоматолога, насамперед, для профілактики. Хочемо донести важливість догляду за зубами з раннього дитинства.

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА СТАНУ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ У ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГО ГОРБИКА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

Кравченко О.В., Дудник А.А.

Науковий керівник: ас. Дудник Т.А., доц. Васько Л.М.

Кафедра онкології та радіології із радіаційною медициною

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Клінічне розпізнавання переломів великого горбика плечової кістки викликає чимало труднощів. Ці переломи мають велике практичне значення так як можуть бути однією з причин розвитку стійких контрактур плечового суглоба та інвалідизації.

Мета дослідження. Покращити діагностику ушкоджень ротаторної манжети плечового суглоба у хворих з різними типами переломів великого горбика плечової кістки за допомогою ультразвукового дослідження.

Методи дослідження. Ультразвукове дослідження (УЗД) проведено 45 пацієнтам (18 жінок і 27 чоловіків) з різними типами переломів великого горбика плечової кістки. Вік обстежуваних 18-60 років. Всім хворим виконана рентгенографія плечового суглоба. Ультразвукове дослідження проводилося на сканері ULTIMA RA EXPERT лінійними датчиками з частотою 5-12 МГц. Оцінювалися такі ознаки: рівність контуру і стан кортикального шару головки плечової кістки, товщина сухожилків ротаторної манжети плеча (РМП) і сухожилку довгої головки біцепса, їх структура, васкуляризація, цілісність, стан сумок плечового суглоба.

Основні результати. Діагностовано пошкодження сухожилку надостового м'язу часткове у 18 пацієнтів (40,0%), повне у 26 пацієнтів (57,7%); пошкодження сухожилку підостового м'язу часткове у 27 пацієнтів (60,0%), повне у 11 пацієнтів (24,4%); пошкодження сухожилку підлопаткового м'язу часткове у 9 пацієнтів (20,0%), повне у 4 пацієнтів (8,9%). Пошкодження РМП супроводжувалися бурситом у 42 пацієнтів (93,3%), теносіновітом сухожилку довгої головки біцепса у 39 пацієнтів (86,7%), пошкодженням сухожилку двоголового м'язу у 20 пацієнтів (44,5%). При рентгенографії плечового суглоба були виявлені: у 26 пацієнтів (57,8%) перелом великого горбика плечової кістки II типу, у 12 пацієнтів (26,7%) перелом великого горбика I типу і у 7 пацієнтів (15,5%) перелом великого горбика III типу.

Висновки. УЗД плечового суглоба при травмах доцільно проводити на початковому етапі променевого обстеження пацієнта одночасно з традиційним рентгенологічним дослідженням, що дозволяє встановити поєднання переломів великого горбика плечової кістки з розривами ротаторної манжети, є додатковою і важливою інформацією для клініцистів і дає можливість вибору тактики лікування.

ПРОЯВИ ГАЛЬВІАНОЗУ В ПОРОЖНИНІ РОТА ПРИ ЕНДОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Красиворон М.О., Крючкова Д.І.

Науковий керівник: к.мед.н. Хавалкіна Л.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. В стоматологічній практиці широко використовують металеві включення як при лікуванні, так і при протезуванні зубів. Металеві включення здатні викликати електрогальванічний, алергічний та токсико-хімічний негативний вплив на органи та тканини порожнини рота. Ці впливи до кінця не вивчені. Існують захворювання в стоматології, та й не тільки, про які кожен чув і читав. Але в клініці, на практичному прийомі, вони викликали труднощі в діагностиці та, відповідно, в лікуванні. І не тому, що мало вивчені, а через те, що мають не повністю з'ясовану етіологію, важкий патогенез, складні в діагностиці, їх не просто диференціювати з рядом подібних на вигляд патологій. І однією із таких патологій є гальваноз ускладнений різноманітними супутніми захворюваннями.

З появою в практиці лікаря-стоматолога металевих включень, у лікарів і їх пацієнтів виникли нові проблеми: на стороннє тіло (зубний протез або пломбу) організм багатьох пацієнтів реагує негативно. Виникали ускладнення, викликані внесенням у порожнину рота біологічно несумісних металів або їх сплавів.

Мета дослідження: підвищення рівня діагностики, ефективності лікування та попередження негативних наслідків у хворих з проявами гальванозу в порожнині рота.

У пацієнтів, що користуються зубними протезами, можуть розвиватися вогнища хронічного запалення, характерні для лейкоплакії, утворюватися ерозії і тріщини, які дуже повільно загоюються. Один із проявів гальванозу – алергічний стоматит.

Загальні реакції проявляються на шкірі, в шлунково-кишковому тракті, набряками Квінке на обличчі, очах, повіках, губах, глотці. Можливі глосити і бронхіальна астма. Суб'єктивно загальні реакції характеризуються печією слизових оболонок, свербіжем, відчуттям задухи, стисненням в зіві, тошнотою, нестерпною спрагою, швидким стомленням.

На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулась пацієнтка 36 років із скаргами на печію слизової оболонки щік, язика, губ, неможливість повноцінно вживати їжу, сухість в ротовій порожнині. Загальну слабкість, нездужання. Хвора зверталась до лікаря-стоматолога, який призначив курс протигрибкової терапії, після проведеного дослідження на наявність грибів рода *Candida*. У повторному аналізі гриби не виявлені але симптоми не зникли і якість життя не поліпшилась, такий стан тривав 3 місяці. Об'єктивно: СОПР гіперемована, суха (симптом дзеркала позитивний), на язичі вогнища десквамації. На зубі 26 коронка з медичним захисним покриттям (МЗП). В зубі 16 пломба, що відповідає всім вимогам. Після додаткового обстеження (ортопантомограма), виявлено, що в зубі 16 встановлено анкерний штифт, на якому відновлена коронка зуба. Після оголення «шляпки» штифта проведено вимірювання різниці потенціалів між рп 16 коронкою 28 зубів. Вона дорівнювала 120 mV. Встановлено діагноз: гальваноз, десквамативний глосит.

Лікування хворих на гальваноз в першу чергу повинно бути спрямовано на усунення причин основного захворювання та симптомів супутньої патології. Схема лікування повинна включати: санацію порожнини рота, лікування супутньої запальної патології порожнини рота, ортопедичне лікування (усунення різномірних металевих включень, виготовлення протезів, які не викликають підвищеної чутливості у пацієнтів). Обов'язково рекомендується проводити лікування патології внутрішніх органів та систем у лікарів-інтерністів.

У нашому випадку призначено заміну анкерного штифта на скловолоконний. Лікування десквамативного глоситу, консультація лікаря гастроентеролога.

Висновки. Хочемо звернути увагу лікарів-стоматологів, що такі зміни в порожнині рота можливі не тільки при постановці великих незнімних протезів, але і при наявності металевих пломб, мікропротезів, анкерних штифтів, які перекриті пломбувальним матеріалом. Тому лікар-стоматолог повинен чітко знати параметри норми і зміни на СОПР, які можуть виникати при ураженні її гальванозом, що часто супроводжується кандидозом, лейкоплакією, ЧПЛ та іншими проявами.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ.

Лата І.В., Терехович В.С.

Науковий керівник: ас. Марковська І.В.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський національний медичний університет

Електромагнітне випромінювання промислової частоти зустрічається в різних галузях важкої промисловості, яка включає в себе велику кількість автоматизованих процесів, які в свою чергу супроводжуються використанням різноманітних джерел електромагнітного випромінювання, але жоден етап цих процесів не включає повністю людський фактор. Саме тому, актуальним завданням сучасної стоматології, є контроль стану ротової рідини і твердих тканин зубів у осіб, що працюють під впливом електромагнітного випромінювання, як на донозологічному рівні, так і на етапі клінічних проявів захворювань.

Метою дослідження було моніторування стоматологічної захворюваності, вивчення основних індексів, які характеризують стан твердих тканин зубів у робітників пресово-зварювального цеху (ПЗЦ) Харківського тракторного заводу (ХТЗ).

Усім пацієнтам проводилось об'єктивне обстеження з використанням основних фізичних та додаткових методів дослідження. Оцінка ураження твердих тканин зубів за допомогою індексу КПВ.

Серед обстежуваних 65 працівників ПЗЦ ХТЗ, що брали участь в дослідженні, поширеність каріозних змін зубів склала 100%, тобто кожен співробітник на момент огляду потребував лікування 1,6 зуба з приводу карієсу зубів або його ускладнень. Дані аналізу амбулаторних карт показали, що найбільш частою причиною звернення пацієнтів серед каріозної патології був неускладнений карієс зубів.

Аналіз індексу інтенсивності карієсу зубів (КПВ) показав, що середні значення індексу КПВ склали 13,2 од. У контрольній групі науково-технічних працівників середнє значення КПУ було значно нижче 6,8 од.

Були визначені некаріозні ураження твердих тканин зубів, такі, як патологічна стертість, клиновидні дефекти, гіоплазія емалі.

Звертає увагу той факт, що зі збільшенням віку різко знижується поширеність і характер каріозних руйнувань зубів. Так, у віковій групі до 45 років поширеність неускладненого карієсу зубів склала 81,9%, після 45 і старше - 69,5%. Найбільш імовірною причиною таких даних є те, що зі збільшенням віку зростає частка пацієнтів, що мають видалені зуби. Так, у віковій групі до 45 років видалені зуби реєструвалися у 90% пацієнтів, у віці після 45 років, за отриманими даними, в 100% випадків були зуби, видалені з приводу карієсу або пародонтита.

Висновки: в ході вивчення захворюваності карієсом за даними стоматологічного обстеження співробітників пресово-зварювального цеху ХТЗ виявлено, що карієс зубів обстежених співробітників, характеризується високою інтенсивністю і має виражену залежність від віку. Отримані дані говорять про необхідність організації стоматологічної допомоги активного характеру.

РОЛЬ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ СПОВІЛЬНЕНОГО ТИПУ ДО МІКРОБНИХ АНТИГЕНІВ У РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ

Латко І.О., Решетник Л.Л.

Науковий керівник: проф. Антоненко М.Ю.

Кафедра стоматології Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Генералізовані захворювання пародонта (ГЗП) займають значне місце в структурі стоматологічних захворювань.

Мікробні антигени стрепто- і стафілококу складають основу мікробіому пародонтальних карманів, мають подібні і перехресні антигени з тканинами пародонтального комплексу, впливають на розвиток і перебіг ГЗП, зокрема у хворих з порушенням харчової поведінки – нервової анорексії (НА).

Метою дослідження було визначити гіперчутливість сповільненого типу до мікробних антигенів стрепто- і стафілококу у хворих з генералізованими захворюваннями пародонта при нервовій анорексії.

Матеріали і методи. Вивчення гіперчутливості сповільненого типу було проведено за допомогою реакції гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ) методом М. George, що є скринінговою реакцією I типу, з мікробними антигенами стрепто- і стафілококів у 13 хворих на генералізований хронічний катаральний гінгівіт (ГХКГ) з НА – О₁ підгрупа і у 45 осіб на генералізований пародонтит (ГП), I-II ступеню, хронічного перебігу при НА (середній вік 26±3,8) – О₂ підгрупа. Група порівняння включала 41 хворого на ГХКГ та 12 осіб з ГП, I-II ступеню, хронічного перебігу без порушень харчової поведінки – П₁ та П₂ підгрупи відповідно. Контрольну групу склали 30 здорових осіб аналогічної вікової категорії.

Результати. За даними РГМЛ у хворих О₁ та О₂ підгруп встановлена мікробна сенсibiliзація до антигену стрептококу у 69,2±12,8% та у 95,6±3,1% осіб відповідно, а у осіб П₁ і П₂ підгруп вона виявлялась у 46,3±7,8% та у 75±12,5% хворих відповідно. У практично здорових виявлено сенсibiliзацію до антигену стрептококу лише у 10±5,5% обстежених.

Виражена мікробна алергія до антигену стафілококу у осіб О₁ та О₂ підгруп була виявлена у 46,2±13,8% та у 46,7±7,4% відповідно, в той час як в П₁ та П₂ підгрупах ці показники були значно нижчими і становили 31,7±7,3% та

33,3±13,6% відповідно. Відмітимо, що виражена сенсibilізація до мікробного антигену стафілококу в групі практично здорових осіб в жодному випадку не встановлена.

Висновки. Встановлена висока частота мікробної сенсibilізації до антигенів стрепто- і стафілококу у хворих на ГЗП при НА, яка потребує подальших досліджень для складання ефективного плану лікування ГЗП у такій категорії пацієнтів.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНО ЗМІНЕНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК.

Левицький Г.О.

Науковий керівник: проф. Дудченко М.О., доц. Кравців М.І.

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією

Українська медична стоматологічна академія

Мета: На теперішній час відомо про 8 комерційно доступних системах радіочастотної абляції (РЧА) для лікування варикозних розширених вен нижніх кінцівок. Нашою метою було оцінити річні результати ефективності РЧА терапії системою EVRF® (F Care Systems, Бельгія) у пацієнтів з хронічною венозною недостатністю.

Методи: Однорічне спостереження цього дослідження включає оцінку оклюзії і рефлюксу великої підшкірної вени (ВПВ) при ультразвуковому дуплексному скануванні (УЗДС) у пацієнтів, яким виконувалась РЧА ВПВ, а також оцінка стану відповідно до шкали клінічної тяжкості хронічних захворювань вен (VCSS) і класифікації CEAP. При УЗДС варикозні вени трактувалися як закриті, не закриті / повторно відкриті або de novo. Дані про наявність оклюзії або рефлюксу великої підшкірної вени інтерпретувалися згідно з аналізом моделі виживання Каплана-Мейера.

Результати: До 12 місяця дослідження група з 67 пацієнтів, яким виконувалась РЧА, зменшилася до 62 з 79 нижніми кінцівками з наявністю варикозно розширеної ВПВ (92,5% від початкової вибірки). Після проведення РЧА до моменту виписки зі стаціонару у всіх досліджуваних пацієнтів визначалася повна оклюзія ВПВ. Аналіз Каплана-Мейера протягом 12 місяців оцінював імовірність результату без рецидиву ВПВ при використанні РЧА і склав 98,77%. У одного пацієнта з рецидивом рефлюксу ВПВ при УЗДС визначався рефлюкс крові по повторно відкритою перфорантній вені гомілки через 3 місяці, при цьому пацієнт відзначав відповідні клінічні симптоми. За шкалою CEAP на момент надходження пацієнти з C2 становили 67 (56,72%), А з C3, C4 відповідно 23 (34,33%) і 6 (8,96%). Середні бали VCSS покращився з 4,69 (2,04) у передопераційному періоді до 2,90 (1,78) на першу добу після операції та 2,52 (1,92), 1,27 (1,22), 0,92 (1,08), 0,71 (0,90), 0,67 (0,78), 0,60 (0,55) на 7-ий день, 1,3, 6, 9 і 12 місяць відповідно.

Висновки: Через 12 місяців РЧА показав свою ефективність, як спосіб ендовенозного лікування неспроможних ВПВ зі стійким клінічним і анатомічним успіхом для переважної більшості пролікованих пацієнтів.

ПОШИРЕНІСТЬ НОВОУТВОРІВ В СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Леонов В.С., Старіцина П.О.

Наукові керівники: доц. Стоян О.Ю., доц. Денисова О.Г.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський державний медичний університет

Онкоепідеміологічна ситуація в Україні на сьогодні характеризується безперервним зростанням рівня онкологічної захворюваності, зокрема у дитячого населення. Останнім часом увагу стоматологів привертає проблема пухлин і пухлиноподібних утворень ЩЛД у дітей, які зустрічаються значно частіше, ніж прийнято вважати. За даними деяких авторів (Е. Ю. Симановська, Л. Н. Македонська, Г. Г. Краснощюкова), пухлини ЩЛД у дітей зустрічаються у 12,4-21,7% онкологічних хворих. Переважають пухлини м'яких тканин обличчя, органів порожнини рота і шиї (60%), кілька рідше спостерігаються пухлини лицьових кісток (40%).

Перед лікарями-інтернами постає завдання оволодіння вмінням проводити обстеження дітей різного віку із підозрою щодо наявності новоутворів ЩЛД, вивчення провідних синдромів і симптомів, обґрунтування та формулювання попереднього діагнозу; вміння аналізувати результати обстеження та проводити диференційну діагностику.

На клінічній частині практичних занять циклу хірургічної стоматології нами було обстежено 25 дітей у віці від 10 до 18 років. Скарги батьків та пацієнтів були на наявність «новоутворення в порожнини рота». В результаті клініко-рентгенологічного дослідження попередній діагноз був: у 10 дітей - ретенційні кісти губ та щік, у 5 - одонтогенні кісти щелеп, у 5 - папіломи, у 2 – фіброми, у 3 – адамантиноми нижньої щелепи. Остаточний діагноз формулювався після додаткових методів дослідження – рентгенологічних та морфологічних. Більша частина пацієнтів (22 особи) потребувала амбулаторного лікування і було проведено вилущування ретенційних кіст губ та щік, проведена цистектомія, видалені фіброми. Частина була направлена в стаціонар – 3 пацієнта.

Таким чином, поширеність пухлин дитячого віку має достатню розповсюдженість, що говорить про необхідність щодо онконастороженості на дитячому прийомі, з урахуванням вікових особливостей клінічної картини у дітей.

ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ ГЕПАТИТУ А В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Логвінченко О.С.

Наукові керівники: доц. Прийменко Н.О., доц. Коваль Т.І.,

доц. Ізюмська О.М.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Гепатит А (ГА) – широко поширене вірусне захворювання, яке займає провідне місце серед гострих інфекційних захворювань печінки. За даними ВООЗ, у світі щорічно реєструється близько 1,4 млн. випадків захворювання на ГА. У 2019 році в Полтавській області реєструвалося зростання захворюваності у 6,5 разу (19,03 на 100 тис. населення), в порівнянні з 2018 роком (2,92 на 100 тис. населення).

Мета дослідження. Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей спалаху гепатиту А в Полтавській області.

Матеріали та методи. Проаналізовано історії хвороби 96 хворих на гепатит А, які перебували на лікуванні у відділеннях комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня Полтавської обласної ради» протягом 2019 року, серед них жінок – 53 (55,2%), чоловіків – 43 (44,8%), віком від 18 до 71 року (середній $39,9 \pm 1,5$). Діагноз гепатиту А встановлювали на основі клініко-епідеміологічних даних та серологічних досліджень (виявлення в сироватці крові методом ІФА IgM та IgG до HAV при відсутності маркерів інших вірусних гепатитів). Ретроспективний епідеміологічний аналіз захворюваності на ГА проводили за даними статистичних звітів МОЗ України «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» (форма звітності № 2) за 2010-2019 рр.

Результати та обговорення. У 2019 році показники захворюваності по Полтавській області та м. Полтава у 6,5 та 11,2 разу (19,03 і 51,19 на 100 тис. населення відповідно) перевищили показник по Україні (4,56 на 100 тис. населення). Більшість випадків (144 із 265) зареєстрованих у Полтавській області припадають на м. Полтава, де показник захворюваності зріс у 7,2 разу (51,19 у 2019 р. проти 7,08 на 100 тис. населення у 2018 р.).

Серед госпіталізованих хворих на ГА у 2019 рр. переважали особи молодого та середнього віку (75,0%). У 83 (86,5%) пацієнтів мала місце хронічна супутня патологія, із переважанням (89,1%) захворювань шлунково-кишкового тракту, яка достовірно частіше реєструвалася в осіб віком старше 40 років (87,2%, до 40 років – 67,3%, $p=0,02$). Жовтяничну форму хвороби зареєстровано в 95 (99,0%) пацієнтів. Встановлено, що легкий перебіг ГА достовірно частіше реєструвався в осіб до 40 років (65,3%, $p=0,02$), ніж після 40 (42,6%). Переважав (95,8%) змішаний варіант перебігу переджовтяничного періоду.

Висновки. У 2019 р. в Полтавській області спостерігалось підвищення захворюваності на ГА, яке характеризувалося активним залученням в епідеміологічний процес осіб працездатного віку та зростанням серед хворих частки міського населення. Перебіг ГА у госпіталізованих пацієнтів був типовим і циклічним з переважанням змішаного варіанту переджовтяничного періоду та жовтяничної форми. У пацієнтів старше 40 років достовірно частіше мала місце супутня хронічна патологія органів шлунково-кишкового тракту, а ГА мав тяжчий перебіг.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ

Марченко П.С., Цибенко Д.С., Гринь І.В.

Науковий керівник: проф. Скрипніков А.М., ас., к.мед.н. Бойко Д.І.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Перший психотичний епізод (ППЕ) – тяжкий психічний розлад, який, в свою чергу, являється важким біологічним та соціальним стресом для хворого, його сім'ї та близьких людей. Завдання диференціації реактивного та ендogenous психозу у складі ППЕ є важливим питанням на сьогодні в психіатрії. Крім того, диференційну діагностику даних патологій ускладнює маскування ендogenous психозу під видом реактивного психозу. Вагомою є проблема великого проміжку

часу між першими проявами психозу, виявленням даної патології та початком фармакотерапевтичного лікування.

Метою даного дослідження було виявити відмінності у психічному стані пацієнтів з різними типами ППЕ.

У дослідження було включено 32 пацієнти з ППЕ, котрі проходили лікування у стаціонарних відділеннях КП «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева ПОР». Пацієнтів було поділено на дві групи. Перша група включала 15 пацієнтів з діагнозом «шизофренія, параноїдна форма», друга група - 17 осіб з діагнозами «гострі та транзиторні психотичні розлади». Для визначення психічного стану та індивідуальних особливостей використовувалась шкала MMPI, для визначення нормальності розподілу у виборці використовувався тест Шапіро-Вілко, для порівняння двох груп - критерій Манна-Уїтні. Дані не відповідали нормальному розподілу, тому були представлені у вигляді медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (Q1-Q3).

Аналіз отриманих результатів продемонстрував значимі відмінності між деякими показниками шкали MMPI у досліджуваних групах. Виявлено значиму відмінність за шкалою тривожність ($p=0,048$) та за показником нейротизм ($p=0,032$). При цьому, вказані показники були вищими у другій групі та становили: тривожність у групі 2 становила 74,0 (54,0 - 84,0), у групі 1 - 61,5 (38,0 - 72,0), показник нейротизм у групі 2 складав - 61,0 (48,0 - 86,0), у групі 1 - 51,0 (45,5 - 60,3). Значиме переважання показників у другій групі може свідчити про тривалість емоційного напруження, низький поріг стійкості до стресу, перенапруження захисних механізмів психіки та посилення психологічного дискомфорту у хворих з реактивними формами психозу. В той же час, було зареєстровано значиму відмінність показника контроль над ворожнечею ($p = 0,048$) між групами, котрий становив у групі 2 68,0 (48,0 - 97,0), а в групі 1 - 62,0 (41,0 - 76,3). Відмінність по даному показнику може свідчити про вищий рівень збереження критичності до свого хворобливого стану у групі 2 та контроль над проявами ворожості та агресивності, в той час як у першій групі його зниження може свідчити про більшу імпульсивність в діях.

Зважаючи на отримані результати, можна зробити висновок про різницю у типах реагування на хворобу у групах. Незважаючи на схожість клінічної картини та симптоматики, хворі групи 2 відчують більше психологічного дискомфорту внаслідок свого психологічного стану та стрес більшої сили, ніж досліджувані групи 1, що потрібно враховувати при лікуванні даних категорій пацієнтів.

Подальше вивчення відмінностей у клінічній картині та типах реагування на хворобу осіб з різними типами першого психотичного епізоду дозволить вдосконалити існуючі схеми їх лікування та реабілітації, розробити нові методи персоналізованого підходу для покращення стану цих пацієнтів.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ КОНТРАТУБЕКС В ЛІКУВАННІ КЕЛОЇДНИЙ РУБЦІВ.

Мацур В. М.

Наукові керівники: проф. Дудченко М. О., доц. Васильєва К. В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Келоїдний рубець – це патологічне розростання сполучної тканини, яке утворюється на місці хірургічного втручання, травми, опіків чи після невдалих ін'єк-

ційних косметологічних процедур. Характеризується наявністю утворення, яке розповсюджується за межі травмованої ділянки чи пошкодження, припідняте над рівнем шкіри, щільної консистенції, червоно-фіолетового забарвлення, супроводжуються свербіжем та підвищеною чутливістю.

На сьогоднішній день є безліч методів лікування від келоїдних рубців. Суть лікування полягає у зменшенні видимого дефекту, усунення естетичної проблеми, від якої страждає пацієнт, Лікування рубців – це не простий та досить тривалий процес, який вимагає довготривалого дотримання рекомендацій лікаря. Але боротьба з рубцями ефективна тоді, коли тривалість виникнення рубця менше 2-х років. Для лікування існують різноманітні мазі та пластирі, вони безпечні у користуванні, не мають ускладнень. А саме контратубекс гель, в своєму складі містить екстракт цибулі, гепарину натрію та алантоїну, що чинить антипроліферативну, протизапальну, розм'якшувальну та розгладжувальну дію на тканину рубця.

Мета: проаналізувати та оцінити ефективність препарату контратубекс гель при лікуванні келоїдних рубців.

Методи дослідження. Під нашим спостереженням в Комунальному підприємстві «Полтавський обласний шкірно – венерологічний диспансер Полтавської обласної ради» перебувало 30 пацієнтів - 12 чоловіків та 18 жінок, в яких були келоїдні рубці, терміном виникнення менше 2х років, на тулубі, вони використовували контратубекс гель 2-3 рази на добу, обережно втираючи в рубцеву тканину.

Після першого місяця лікування, всі пацієнти відмітили покращення, зменшення рубцевої тканини, гіперемії, набряку, зменшення самого рубця в об'ємі, відсутність свербіжу та підвищеної чутливості. При вимірюванні відзначаємо зменшення розмірів до 8-9 см., рубці згладилися, стали більш м'якими, та світлішими. Пацієнтам було рекомендовано продовжити курс лікування до 2х місяців, після чого у 80% пацієнтів, рубець зменшився до 2-3 см., посвітлів, тим самим майже не виділяється від навколишньої здорової шкіри, і лише у 20% пацієнтів, розміри рубців залишилися до 8-9 см.

Отже, гель контратубекс - високоефективний та доступний препарат при лікуванні келоїдних рубців, нетравматичний, безпечний у використанні, не викликає ускладнень, порівняно з методами хірургічного втручання.

ПОКРАЩЕННЯ БІОСУМІСНОСТІ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ ІЗ полімерНИХ МАТЕРІАЛІВ Мелешко В.С.

Наукові керівники: доц. Соколовська В.М., к. мед. н. Давиденко В.Ю..

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів

Українська медична стоматологічна академія

Питання біологічної сумісності знімних протезів з акрилових пластмас є актуальним по сьогоднішній день. Існує цілий ряд методів для підвищення біологічної індиферентності полімерних матеріалів, з яких виготовляють стоматологічні конструкції.

Ревзін І.І. вважає, що шляхом повторної полімеризації можна усунути наявність залишкового мономеру. Нападов Н.А. і співавтори для підвищення міцності та біологічної індиферентності протезів з акрилових пластмас запропонували обробляти їх розчином Н-бутилового ефіру оцтової кислоти при температурах,

які лежать в області переходу мономеру в високоеластичний стан. При цьому утворюється захисна плівка, яка перешкоджає виходу низькомолекулярних компонентів з протезу.

Захист слизової оболонки порожнини рота від дії залишкового мономеру здійснювали використовуючи полікарбонатну і лавсанову плівки, покривали базис пластинкового протезу магнетронним напиленням.

Останнім часом з'являються нові повідомлення про пошуки методів біосумісності полімерних матеріалів. Одним із таких є додавання гідроксиапатиту до пластмаси в процесі полімеризації, але це потребує подальшого вивчення стану змін фізико-механічних властивостей полімерів. Вивчається процес екстракції домішок з акрилових пластмас за допомогою надкритичного двоокису вуглецю.

Крім проблем, пов'язаних з існуванням залишкового мономеру існують не менш важливі проблеми пористості матеріалу. Порушення співвідношення мономеру та полімеру при змішуванні пластмаси призводить до збільшення пористості виробу. В порах накопичуються залишки їжі, мікроорганізми та продукти їх життєдіяльності, які змінюють біохімічний та мікроелементний склад слини. При цьому знижуються гігієнічні властивості пластмаси.

Кожний метод, спланований на покращення біосумісності пластмас, має як позитивні, так і негативні сторони. Одним із напрямків, на нашу думку, може бути застосування ультразвукового пристрою для вдосконалення процесу полімеризації акрилатів. Нами створений та впроваджений в клініку ультразвуковий апарат «УМА-01». Дана методика полімеризації дозволяє знизити рівень залишкового мономеру в базисах, зменшити їх пористість, збільшити щільність полімеру, що дає можливість виготовити протези тоншими. Зменшений об'єм базисів повних знімних протезів дає змогу збільшити об'єм вільного простору порожнини рота, що позитивно впливає на процеси мовленнєвої та загальної адаптації.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕДОХОСКОПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З КОНКРЕМЕНТАМИ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Мокляк О.Г.

Науковий керівник: проф., Дудченко М.О.,

ас. к.мед.н., Іващенко Д.М.

Кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Актуальність: Жовчнокам'яна хвороба є однією з найчастіших причин оперативних втручань у світі. За інформацією 24 конгресу гастроентерологів на даний час ЖКХ зустрічається більше ніж у 10% населення. Конкременти мають тенденцію до утворення не тільки у жовчному міхурі, а й і у жовчних протоках, і в залежності від розміру та форми можуть мігрувати та при певних умовах зумовлювати обструкцію жовчовивідних шляхів, викликаючи симптомокомплекс печінкової коліки та механічної жовтяниці. Традиційно лікування вклинених конкрементів дистальних відділів жовчовивідних шляхів було розділено на 2 етапи: спочатку виконувалася ендоскопічна папілосфінктеротомія з видаленням конкременту, а потім другим етапом – лапароскопічна холецистектомія для усунення резервуару утворення конкрементів. Але папілосфінктеротомія має свої недоліки

та ускладнення у вигляді післяопераційних кровотеч у просвіт кишечника, формування стриктур дуоденального сосочка. Як альтернатива - холедохоскопія може бути виконана одночасно з холецистектомією і може також слугувати радикальним методом лікування конкрементів жовчовивідних протоків.

Нашою метою було дослідити можливості використання холедохоскопії одночасно з виконанням лапароскопічної холецистектомії, тим самим зменшити кількість необхідних операцій та строки госпіталізації, лікування пацієнтів, мінімізувати післяопераційні ризики.

Методи: У дослідженні брали участь 8 пацієнтів з наявною клінікою механічної жовтяниці, викликаною підтвердженням на МРТ конкрементом дистальних відділів жовчовивідних шляхів. Варіантами оперативного лікування було: лапароскопічна холецистектомія, холедохотомія, і, надалі, або екстракція конкременту кошиком Дормеа або літоекстракція щипцями або літотрипсія гольмієвим лазером (4, 3 та 1 випадки відповідно). Оцінювали перебіг післяопераційного періоду, наявність больового синдрому, наявність ускладнень.

Результати: Проаналізовано 8 клінічних випадків застосування холедохоскопії у менеджменті дистальних конкрементів холедоха у поєднанні з одночасною лапароскопічною холецистектомією. Середній час оперативного втручання склав $2 \pm 0,4$ години. У післяопераційному періоді не спостерігалось укладень зі сторони жовчовивідних шляхів та кишечника. Усі хворі на наступний день були активізовані та відновили повноцінне ентеральне харчування. Середній ліжко-день становив 6 ± 1 добу. Больовий синдром відповідав такому при стандартній лапароскопічній холецистектомії.

Висновки: Виконання холедохоскопії при лікуванні конкрементів дистального відділу холедоха, одночасно при виконанні лапароскопічної холецистектомії за отриманими нами даними слугує надійним радикальним методом для досягнення «stone-free» стану, забезпечує більш швидку реабілітацію пацієнта за рахунок усунення необхідності в етапних оперативних втручаннях та знеболюванні. Використаний метод забезпечує також низький рівень післяопераційних ускладнень. Подальшого дослідження потребують розробка чітких критеріїв до використання холедохоскопії та особливостей інтраопераційної тактики.

ДОБРОЯКІСНА ПУХЛИНА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Морозюк О., Бобирєв М., Ковач О., Темченко І., Яременко Т.

Керівник: доц. Коломієць С.В., доц. Гуржій О.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Онкологічна настороженість містить положення, які повинен використовувати лікар-стоматолог під час амбулаторного прийому.

- 1.Знання клінічних проявів передракових захворювань;
- 2.Знання основних провокуючих і сприятливих факторів розвитку передракових станів;
- 3.Знання ранніх клінічних проявів злоякісних пухлин органів порожнини рота та шкіри;
4. Знання структури і системи надання онкологічної допомоги хворим;
- 5.Знання обсягу необхідного обстеження в умовах стоматологічної поліклініки при підозрі на передракові захворювання;

6. Знання принципів деонтології у спілкуванні з хворими даного профілю;

7. Знання основних положень реабілітації онкостоматологічних хворих в умовах стоматологічної поліклініки залежно від клінічної групи.

Мета дослідження. Використовувати принципи онкологічної настороженості при виявленні пухлин кісток щелепно-лицевої ділянки, та дотримання алгоритму надання допомоги хворим зі стоматологічним статусом.

Клінічний випадок. Пацієнт А. 1949 р.н., звернувся на амбулаторний прийом до хірурга-стоматолога із скаргами на рухливість зубів на нижній щелепі ліворуч. Рік тому з'явилися рухливість зубів на нижній щелепі ліворуч та дискомфорт під час прийому їжі. До лікаря за допомогою пацієнт не звертався, займався самолікуванням. Об'єктивно: конфігурація обличчя не змінена, шкіра без видимих елементів ураження, регіональні лімфатичні вузли не пальпуються, відкривання рота вільне, СО в ділянці 37, 38 зубів змінена в кольорі, синюшного відтінку, пальпація безболісна. Маргінальний пародонт в ділянці 37, 38 зубів з ознаками запалення, 37 зуб 1 ступеня рухливості, 38 зуб III ступеню рухливості. На ОПТГ спостерігається розширення періодонтальної щілини в ділянці дистального кореня 37 зуба та деструкція кісткової тканини овальної форми з чіткими контурами в ділянці зуба 38 та гілки і кута нижньої щелепи ліворуч. Хворий із попереднім діагнозом доброякісна пухлина гілки та кута нижньої щелепи праворуч був направлений в ЩЛВ ПОКЛ для подальшого лікування.

Висновок. Використання тільки додаткових методів дослідження для встановлення діагнозу та плануванні лікувальних заходів у хворих із доброякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки може призвести до несприятливих наслідків. Рекомендовано притримуватись алгоритму надання допомоги хворим зі стоматологічним статусом.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Морозюк О.С., Темченко І.В., Яременко Т.В.

Науковий керівник: доц. Писаренко О.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Захворювання тканин пародонту залишаються однією з важливих проблем для Всесвітньої системи охорони здоров'я, оскільки стан ротової порожнини значно впливає на якість життя індивідууму. Одним з етіологічних факторів виникнення та підтримання запалення у тканинах пародонту, є наявність біоплівки. В свою чергу імуно-запальна відповідь макроорганізму, генетичні та модифікуючі фактори обумовлюють клінічні ознаки захворювань тканин пародонту. Циклічний характер прогресування захворювання обумовлює важливість пародонтальної підтримуючої терапії, протягом всього життя пацієнта з метою контролю запалення тканин пародонту, на необхідність якої треба особливо наголосити пацієнту. Основним засобом для зниження запалення в тканинах пародонту та підтримання стабілізації процесу є забезпечення контролю біоплівки пацієнтом (проведення особистої гігієни порожнини рота) та руйнування біоплівки шляхом проведення професійної гігієни порожнини рота лікарем стоматологом.

Мета та матеріал для дослідження: на основі аналізу літературних джерел порівняти підходи до проведення професійної гігієни порожнини рота.

Основні результати. Основними вимогами для проведення професійної гігієни порожнини рота є руйнування та усунення біоплівки, видалення факторів ретенції біоплівки (зокрема твердих зубних відкладень), збереження тканин зуба, створення біологічно прийнятної поверхні кореня, зупинення запального процесу. Методики професійної гігієни порожнини рота поділяються за відношенням до маргінального краю ясна для над'ясенного видалення зубних відкладень: з використанням ручного інструментарію (скейлери, кюрети) або інструментів з електроприводом (звукові, ультразвукові, ротаційні прилади, повітряно абразивні системи). Методи для під'ясенного видалення зубних відкладень: з використанням ручного інструментарію або інструментів з електроприводом. Можна зазначити, що ультразвуковий метод, кращий за наступними параметрами: збільшення шансів максимального видалення відкладень за рахунок високої акустичної потужності, при ретельному утриманні техніки забезпечується мінімальна втрата твердих тканин зуба, метод менш ресурсозатратний з боку клініциста та неприємний з боку пацієнта. Враховуючи наявність беззаперечних переваг ультразвукового методу, можна визначити його першочерговим у консервативній (нехірургічній) фазі пародонтального очищення від різних видів зубних відкладень.

АМАЛЬГАМА В СТОМАТОЛОГІЇ, ЇЇ ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ

***Морочковська О.В., Абдулразак Ібрахім Емад Абдулразак,
Доші Ніл Віпулкумар***

Науковий керівник : проф. Скрипнікова Т.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Одним із найдавніших (з 1800 року) пломбувальним матеріалом є амальгама. Широке її застосування, особливості препарування каріозних порожнин, визначені як "профілактичне розширення", техніка пломбування, тривале спостереження дали можливість визначити її переваги та недоліки.

До переваг відносяться простота в роботі, низька вартість, стабільність амальгамових пломб незалежно від стану гігієни органів порожнини рота, збереження контактного пункту, завдяки фізико-хімічним властивостям — міцність та довговічність.

Недоліками є колір пломби, висока теплопровідність, макроскопічне розширення, різниця коефіцієнтів теплового розширення твердих тканин зуба та амальгами, особливі умови для виготовлення пломби, пов'язані із захистом персоналу від токсичної дії ртуті. Більшість із цих недоліків у теперішній час виключено за рахунок зміни складу амальгами, нейтралізації 2-фази, капсульної її розфасовки, використання амальгамозмішувачів, створення мінімальних умов для її застосування.

Мета дослідження: вивчення віддалених результатів пломбування зубів амальгамою.

Методами дослідження стали :

- анкетування 53 людей, із них 32 лікарів-інтерна II року навчання та 21 клінічних ординаторів студентів-іноземців країн Йорданії, Індії, Ірану, Сирії, Йємену;
- огляд органів порожнини рота 18 лікарів-інтернів України, 16 студентів країн Сходу.

Результати дослідження. При анкетуванні виявлено, що в українських студентів пломб з амальгами немає в 100% випадків. У студентів країн Сходу в 100% оглянутих виявлені пломби з амальгами, їх кількість складає від 1 до 6 у однієї людини.

За даними оргметодкабінетів Дитячої міської стоматологічної поліклініки, Комунальної установи "Полтавський обласний центр стоматології стоматологічна клінічна поліклініка" у статистичних документах пломб із амальгами немає.

Аналіз стану пломб, які були оглянуті, показав: всього виявлено 18 пломб із амальгами, із них 9 — I клас за Блемом, 7 — II клас за Блемом, 2 — V клас в ділянці молярів. За давністю виготовлення пломби поділено: 4 роки — 7; 5 років — 11., 11 років — 3 пломби. Всі пломби в задовільному стані: відсутні тріщини, вторинний карієс на межі пломба-зуб, збережені контактні пункти. Мутний сірий колір пломб усунутий їх поліруванням.

Висновки. Таким чином, амальгама є одним із гідних пломбувальних матеріалів, що використовується за показаннями та має довготривалу стійкість.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПЛАНУ ДІЙ У ВЕДЕННІ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Мякота К.В., Савченко Д.В., Кононенко Т.П., Литкіна К.С.

Науковий керівник: проф. Крючко Т.О.

Кафедра педіатрії №2

Українська медична стоматологічна академія

У дитячій популяції бронхіальна астма (БА) залишається одним із розповсюджених захворювань органів дихання. Не дивлячись на численні протоколи щодо діагностики та ведення пацієнтів з астмою, рівень контролю над симптомами, що є ключовою характеристикою при визначенні ефективного та адекватного лікування даної патології, у більшості випадків залишається недостатнім.

Метою нашого дослідження став аналіз виконання персонального плану дій (*Asthma Action Plan*) у дітей з метою оцінки рівня контролю за перебігом бронхіальної астми. Під нашим спостереженням перебувало 26 дітей віком від 7 до 14 років із діагнозом бронхіальна астма, персистуючий перебіг. Усім пацієнтам, що отримували відповідну ступеню тяжкості астми базисну терапію, на першому візиті розробляли індивідуальний план дій. Дослідження тривало 4 тижні. З метою оцінки контролю за БА на 1 візиті, наприкінці 1-го та 4-го тижня спостереження проводили анкетування пацієнтів. Процедура візиту включала оцінку ефективності та безпечності лікування, аналіз симптомів захворювання за допомогою опитувальника *Asthma Control Test* (АСТ), результатів фізикального обстеження та даних щоденної пікфлоуметрії, яка проводилась за допомогою звичайного механічного пікфлоуметра та *SMART PeakFlow*.

В ході роботи було проаналізовано рівень комплаєнтності пацієнтів щодо дотримання схеми лікування та методів контролю за перебігом БА. Результати анкетування і щоденної пікфлоуметрії показали, що лише 19 (73%) пацієнтів включених у дослідження дотримувались індивідуального плану і проводили моніторинг лікування, тобто здійснювали самоконтроль. Усі пацієнти, які порушували *Asthma Action Plan* дотримувались лікування менш ніж на 70%. Двоє з них отримували базисну терапію БА виключно епізодично, і як результат, мали низький рівень контрольованості захворювання. Не менш важливим аспектом

досягнення астма-контролю є адекватне і коректне використання засобів доставки інгаляційних препаратів. Проведене дослідження дозволило виявити помилки в техніці проведення інгаляцій у 11 (42%) пацієнтів групи спостереження. Характеризуючи ефективність застосування різних пікфлоуметрів, слід зауважити, що рівень комплаєнсу з дітьми, які для щоденного моніторингу використовували *SMART PeakFlow* був у двічі вищим.

Отже, оцінюючи ефективність лікування астми, особливо у дітей, необхідно враховувати індивідуальні аспекти роботи з пацієнтом, що стосуються, перш за все, дотримання рекомендацій лікаря. Застосування гаджет-пристроїв на сучасному етапі дає можливість спростити процедуру моніторингу контролю БА у дітей і, загалом, спонукає поліпшенню співпраці з пацієнтом на амбулаторному етапі.

СУЧАСНА КОРЕКЦІЯ ДИСКOLORИТУ ЗУБІВ СИСТЕМОЮ BEYOND. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРИХОВАНІ НЕДОЛІКИ.

Наконечна В.В

Науковий керівник: проф.С.П.Ярова

Кафедра стоматології №2

Донецький національний медичний університет м.Лиман

Актуальність: Існує думка, що посмішка - це недорогий спосіб виглядати краще (Ч.Горді). Для багатьох пацієнтів колір зубів визначає естетику посмішки більше, ніж їх розташування в зубній дузі.

Індивідуальний природний колір зубів головним чином визначається дентином, але на нього впливають колір, прозорість, товщина і ступінь мінералізації емалі. Блакитний або рожевий відтінок емалі доповнюється кольором дентину, який може варіювати від жовтого до коричневого. Так формуються різні варіанти норми. Основна увага лікаря під час відбілювання приділяється хромогену в дентині, тим самим змінюючи основний колір зуба. В даній роботі ми розглянемо варіанти усунення дисколоритів за допомогою сучасного метода відбілювання холодним світлом -лампою Beyond II.

Мета: Експериментальне вивчення впливу відбілювання зубів, його актуальність та необхідність ремінералізуючої терапії після процедури в залежності від клінічної картини.

Методи дослідження: Використання LED-лампи(Light- Emission Diod) в діапазоні хвилі між 480-520 нм.

Основні результати: Моніторинг спостереження проводився через пів року, рік та три роки. Досліджування проводилось у 28 пацієнтів. Через рік в 2 випадках виявлені тріщини на коронковій частині зуба, їх появу пов'язали з надмірною резекцією пігментованого дентину, що ускладнило опорні структури зуба, колір зуба був не змінений. В дев'яти випадках в результаті поганої гігієни і куріння відбулось фарбування емалі. Через три роки в шести випадках відбулося повернення кольору зубів до початкового. Разом з цим відмітили, що 30% пацієнтів під час процедури відбілювання відчували неприємний смак; 22%-скаржились на печіння піднебіння; 20%-скаржились на гіперестезію зубів після процедури, що зникла за добу.

Висновки: Використання десенсетайзера Ultra EZ(3% нітрата калію та 0,11%фториду) за 30 хвилин до початку відбілювання зменшило чутливість зубів

на 60%. Відбілювання системою Beyond забезпечує зниження середнього хроматичного показника кольору зуба за реорганізованою шкалою Vita до 8 відтінків. Естетичний результат стабільний, зберігається до 8 місяців. Також можна впевнено сказати, що відбілювання зубів для пацієнтів є мотивацією для якісної та покращеної гігієни порожнини рота.

НЕВИДИМЕ ДЛЯ ЛЮДСЬКОГО ОКА – ФУРКАЦІЙНІ КАНАЛИ, ЯК ЗАГРОЗЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ВИНИКНЕННЯ ПЕРІОДОНТИТУ

А.А. Нечпай, Давітян Д.Л.

**Науковий керівник: доц. Марченко А.В., ас. Костиренко О.П.,
базовий керівник Жарський В.Й.**

Кафедра терапевтичної стоматології

Українська медична стоматологічна академія

КП «КНП Вознесенська багатопрофільна лікарня» ВМР

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Згідно з сучасними уявленнями будови кореневої системи звична кількість коренів та каналів є скоріше винятком, ніж правилом. Невидимість людським оком додаткових каналів в ділянці фуркацій зумовлює загрозу виникнення постендодонтитичних періодонтитів, знижує якість ендодонтитичного лікування.

Мета: дослідити наявність у видалених молярах верхньої та нижньої щелеп фуркаційних каналів.

Матеріали та методи: видаленні моляри, прямий ортопедичний наконечник з алмазним диском, світловий мікроскоп, ліхтарик, барвники (тіонін, аргінат однокомпонентний). Емпіричний та порівняльний методи.

Результати: Додаткові канали можуть зустрічатися у біфуркаціях та трифуркаціях коренів. Вони утворюються в результаті охоплення судин періодонту під час злиття діафрагми, яка стає дном порожнини зуба. В ході даного дослідження було обрано 10 молярів, видалених з приводу хронічного періодонтиту з запаленням в ділянці фуркації, в яких не було проведено ендодонтитичне лікування. За допомогою алмазного диску в трансверзальній площині були розсічені коронки цих зубів нижче рівня екватора. Проведена інструментальна обробка порожнини зуба та устів кореневих каналів без їх розширення. Після видалення залишків пульпи було проведено дослідження під мікроскопом обраних зубів. В першому зубі був виявлений трифуркаційний канал у центрі дна порожнини зуба. У двох наступних зубах фуркаційні канали не виявлені. У четвертому зубі було виявлено 4 біфуркаційні канали. У п'ятому, шостому, сьомому не було виявлено фуркаційні канали. У восьмому зубі виявлена глибока борозна медіальніше від усть щічних каналів. У дев'ятому зубі фуркаційні канали не виявлені. У десятому було виявлено 2 трифуркаційні канали. Наступним етапом було фарбування зубів ШИК-тіаніном, повторна мікроскопія, фарбування «Аргінатом» однокомпонентним, заключна мікроскопія. Після заключного фарбування зуби були сагітально розрізані і наші здогадки підтверджені. Був виявлений чіткий зв'язок між фуркаційним каналом та тканинами періодонту.

Висновки. Фуркаційні канали є мало вивченими та дослідженими, проте саме вони досить часто є причиною виникнення періодонтиту в ділянці фуркації зуба. Наше дослідження підтвердило можливість наявності різної кількості, форми та довжини фуркаційних каналів в молярах верхньої та нижньої щелепи.

ПРОЛОНГУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ ТРИВАЛОМУ БЕЗВОДНОМУ ПРОМІЖКУ

Обідець А.О., Рехальська О.В., Дігтяр О.С., Шкурупій І.О.

Науковий керівник: доц. Добровольська Л.М.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: Передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО) при недоношеній вагітності є однією з головних причин передчасних пологів та обумовлює кожен п'ятий випадок перинатальних втрат.

Мета дослідження: Оцінити ефективність консервативно-очікувальної тактики ведення вагітності та розродження у жінок з ПРПО в терміні гестації 24 тижні - 36 тижнів+6 днів.

Матеріал та методи: Проведений ретроспективний аналіз 74 історій вагітності, пологів та післяпологового періоду пацієнток, що перебували у Полтавському перинатальному центрі III рівня в 2019 році, вагітність яких ускладнилась передчасним вилиттям навколоплідних вод у терміні гестації 24 тижні - 36 тижнів+6 днів та пролонгувалась до 240 годин після ПРПО. Вагітним проводилась профілактична антибактеріальна терапія, ретельний нагляд за перебігом вагітності та станом плода, підготовка до пологів (профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода).

Результати дослідження: У групі обстежених пацієнток кількість жінок, що завагітніли вперше, склала 58%, повторновагітних – 42%. Багатоплідна вагітність спостерігалась у 3% пацієнток. Усього народилось 76 немовлят, маса яких у 3% новонароджених склала 500-1000 г, у 12% – 1000-1500 г, у 44% – 1500-2500 г, у 41% – більше 2500 г. Тобто, пролонгування вагітності при ПРПО тривалістю до 240 годин сприяло певному дозріванню плодів, про що свідчить той факт, що 85% новонароджених мали масу тіла, більшу за 1500 г.

При порівнянні стану передчасно народжених немовлят, народжених природним шляхом і шляхом операції кесаревого розтину, оцінка за шкалою АБГАР 3-5 балів зафіксовано у 5% і 22% новонароджених відповідно, 5-7 балів – у 54% і 55% відповідно, 7-8 балів – у 41% і 23% немовлят відповідно.

Висновки: Результати проведеного дослідження показали доцільність проведення консервативно-очікувальної тактики при ПРПО. Ця тактика припустима при тривалості безводного проміжку до 240 годин, за умови: профілактики респіраторного дистрес-синдрому плода (РДС-синдрому), профілактичної антибактеріальної терапії, відсутності ознак інфекційних ускладнень, задовільному стані внутрішньоутробного плода та вагітної. В інтересах матері та плода за відсутності позитивного ефекту та незрілості пологових шляхів показано оперативне розродження шляхом операції кесаревого розтину. Консервативно-очікувальна тактика сприяє прискореному дозріванню легень плода, зменшує ризик тяжких форм РДС тощо.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Осинкін Д.О., Костик Ю.М.

**Наукові керівники: к.мед.н. Шевченко В.К., к.мед.н. Мельник В.Л.,
к.мед.н. Розколупа Н.В.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія*

Виникнення невідкладних станів досить поширене явище у сучасній стоматологічній практиці. Це пов'язано з різними специфічними факторами амбулаторного стоматологічного прийому: - це масовий вид амбулаторної медичної допомоги, знаходиться за зверненнями на другому місці після загальнотерапевтичного, і, найчастіше, часу для всебічного обстеження хворого не завжди вистачає; - високий відсоток пацієнтів з наявністю супутньої соматичної патології; - стоматологічне втручання у багатьох хворих проводиться при значному психо-емоційному напруженні, пов'язаному з довгостроково триваючим больовим синдромом, який обумовлює зниження порогу сприйняття подразнень і підвищує стрес-реакції організму до патологічного рівня; - значна частина пацієнтів має негативні емоційні спогади про відвідування стоматологічного кабінету в минулому. Не слід забувати і про можливість токсичної дії анестезуючих препаратів, здатних викликати важкі ускладнення, небезпечні для життя пацієнта. Кожен лікар-стоматолог повинен вміти розпізнати невідкладні стани, що зустрічаються найбільш часто і вміти надати першу допомогу. Проте, у ряді випадків стоматолог виявляється не в змозі допомогти пацієнтові. Це пов'язано з відсутністю теоретичної та моральної підготовки фахівця до виникнення екстреної ситуації. Найчастіше лікар-стоматолог, одного разу зіткнувся з цією проблемою і що випробував почуття паніки і нездатності контролювати ситуацію, відмовляється від проведення анестезії, передоручення її іншій особі, або змінює спеціалізацію. Цього можна уникнути, досконально вивчивши найбільш поширені невідкладні стани, їх клініку, діагностику та проведення першої медичної допомоги. Лише коли лікар поетапно знає кожен свій крок при виникненні того чи іншого ускладнення, тільки тоді він може спокійно і впевнено вести прийом пацієнтів.

В процесі спілкування лікаря невідкладної допомоги, фахового юриста з молодими лікарями-стоматологами були вирішені питання юридичної відповідальності лікаря під час надання невідкладної допомоги пацієнтам на амбулаторному прийомі.

Знання правових аспектів надання невідкладної допомоги на амбулаторному стоматологічному прийомі вкрай необхідне для молодих лікарів при набутті теоретичного та практичного досвіду, індивідуальної юридичної безпеки при виникненні термінальних станів.

НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З НЕУСКЛАДНЕНИМ ГІПЕРТОНІЧНИМ КРИЗОМ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Осинкіна А.В., Скрипник М.І.

Наукові керівники: к.мед.н. Мельник В.Л., к.мед.н. Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Гіпертонічний криз – раптове значне підвищення артеріального тиску від базового рівня. Загрозу життю пацієнта несе значне підвищення АТ (> 180 мм рт.ст.), яке складнюється смертельно небезпечними станами: - розвитком мозкового інсульту, інфаркту міокарда, набряку легень. Часто підвищення артеріального тиску не потребує екстреної допомоги і госпіталізації. Це випадки, коли значне раптове підвищення артеріального тиску супроводжується головним болем, запамороченням, відчуттям тривоги, пришвидшеним серцебиттям. Натомість відсутність вищеперерахованих симптомів гострого гіпертензивного ураження серця, головного мозку, нирок або артерій - визначаються як неускладнені гіпертонічні кризи, що в більшості випадків не потребують невідкладної допомоги. Для зниження тиску при неускладненому гіпертонічному кризі використовуються таблетовані швидкодіючі антигіпертензивні препарати. Для прискорення зниження тиску таблетки рекомендовано застосовувати сублінгвально, де вони починають діяти через 15-30 хвилин. Для наших пацієнтів ефективним для зниження тиску був розчин ніфедипіну для перорального застосування (у разі переодозування може мати несприятливі наслідки для мозку й серця). Приводимо приклад дій лікаря при раптовому підвищенні артеріального тиску у пацієнтів на амбулаторному стоматологічному прийомі:

– Заспокоїти пацієнта, не допустити розвитку панічної атаки, яка приведе до підвищення артеріального тиску;

– Надати горизонтальне положення на стоматологічному кріслі, забезпечити доступ свіжого повітря, спокій та тишу;

– При ускладнених гіпертонічних кризах (біль в серці, аритмія, задишка, запаморочення, порушення зору і т.д.) терміново викликати швидку допомогу, з урахуванням можливої госпіталізації;

Вживання невеликих доз гіпотензивних препаратів що поступово знижують артеріальний тиск для допомоги при неускладненому гіпертензивному кризі (але не всі одночасно):

- Каптоприл 25 мг (або каптопрес 50/25 мг) сублінгвально;

- Ніфедипін 10 – 15 мг + пропранолол (анаприлін 10 – 40 мг) сублінгвально (фармадипін 3 – 5 крапель) (обережно людям похилого віку, пацієнтам які страждають на ІХС, БА, порушення ритму);

- Фуросемід 40 мг або торасемід 10 – 20 мг per os;

- Клонідин 0.075 – 0,3 мг (фізіотенс 0,2 – 0,6 мг) per os;

В подальшому для кожного пацієнта, який отримав невідкладну допомогу обов'язкова консультація у сімейного лікаря та лікаря – кардіолога.

ОЦІНКА СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З ГЛЮТЕНАСОЦІЙОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Палазюк О., Кустрьо Т.

Науковий керівник: проф. Антоненко М.Ю.

Кафедра стоматології ІПО

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Вступ. З кожним роком все частіше захворювання пародонту діагностуються у осіб молодого віку, що стає причиною втрати зубів в осіб працездатного віку. Ряд авторів вказують на важливий взаємозв'язку захворювань тканин пародонта та захворювань шлунково-кишкового тракту. На сьогоднішній день велика увага дослідників приділяється глютенасоційованим захворюванням.

Мета. Оцінити стан гігієни порожнини рота у пацієнтів з целиакією та непереносимістю глютену.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 75 пацієнтів з запальн захворювань. Залежно від типу непереносимості глютену пацієнтів було розділено на дві основні групи: пацієнти з целиакією ($n=25$), пацієнти з непереносимістю глютену без целиакії (НГБЦ) ($n=25$). До порівняльної групи увійшло 25 пацієнтів з запальними та дистрофічно-запальними захворюваннями пародонта без глютенасоційованих захворювань. Для оцінки стану тканин пародонту було використано: індекс РМА, Федорова-Володкіної, Green-Vermillion, індекс зубного нальоту Silness-Loe.

Результати. Середній вік пацієнтів з целиакією складав $41,0 \pm 8,3$ пацієнтів з НГБЦ - $40,4 \pm 8,1$, контрольної групи – $41,2 \pm 8,8$. Середнє значення індексу РМА у пацієнтів з целиакією становив $28,9\% \pm 15,0$, пацієнтів з НГБЦ – $24,9\% \pm 14,1$ та $26,8\% \pm 16,5$ у порівняльній групі. Середнє значення індексу гігієни порожнини рота по Федорову-Володкіну у пацієнтів з целиакією сягало $1,4 \pm 0,3$, а з НГБЦ - $1,0 \pm 0,43$. Значення даного індексу у пацієнтів групи порівняння сягало $2,1 \pm 0,58$. Середнє значення індексу Green-Vermillion у пацієнтів з целиакією та НГБЦ відповідали $0,7 \pm 0,47$ та $0,8 \pm 0,43$ відповідно. Середнє значення даного індексу у пацієнтів групи порівняння відповідав $1,7 \pm 0,63$. Середнє значення індексу Silness-Loe у пацієнтів з целиакією сягало $0,7 \pm 0,5$, а у пацієнтів з НГБЦ $0,4 \pm 0,7$. Значення індексу Silness-Loe у пацієнтів групи порівняння відповідав $1,2 \pm 0,45$.

Висновки. При оцінці стану гігієни порожнини рота у пацієнтів з глютенасоційованими захворюваннями звертає на себе увагу відсутність незадовільного стану гігієни порожнини рота, навідмінно від групи порівняння. Проте не дивлячись на високий рівень гігієни порожнини рота, звертає на себе увагу поширеність захворювань пародонту в даних досліджуваних групах.

АКТУАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ

Панасенко А.І.

Науковий керівник: доц. Шинкевич В.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Пародонтит – захворювання, що уражує підтримуючі тканини зубів. Внутрішньокісткові дефекти - один з типів дефектів альвеолярної кістки, що спостерігаються при розвинутих стадіях пародонтиту. Існує декілька хірургічних методів для їх лікування: 1) відкритий кюретаж; 2) кістковий трансплантат; 3) направлена тканинна регенерація і 4) використання похідного емалевої матриксу. Для прискорення процесів загоєння прогресивним вважається застосування аутологічного тромбоцитарного концентрату (АКТ). Нещодавній Кокрановський огляд (2018) показав, що докази дуже низької якості свідчать на користь того, що додавання АТК до відкритого кюретажу та кюретажу з кістковим трансплантатом може мати певну користь. Однак, для двох інших типів лікування (направлена регенерація й похідне емалевого матриксу) недостатньо доказів користі.

Похідне емалевого матриксу (Enamel matrix derivative, EMD) у вигляді очищеного кислотного екстракту білків із матричної емалі свині (Emdogain®; Straumann AG, Базель, Швейцарія) успішно застосовується для відновлення функціональної періодонтальної зв'язки, цементу та альвеолярної кістки у пацієнтів із важкою втратою періодонтального прикріплення. Перші дослідження щодо клінічних застосувань при EMD були опубліковані в 1997 році, і з того часу широка кількість дослідницьких груп вивчала механізм дії та клінічний потенціал EMD. У 2004 році Кокрановський огляд зробив висновок, що EMD значно покращує рівень прикріплення пародонта та зменшує глибину кишені в порівнянні з відкритим клаптевим доступом. Зараз опубліковано безліч повідомлень про випадки та клінічні дослідження, що підтверджують клінічний ефект EMD при його використанні в процедурах періодонтальної регенерації, серед них спостереження за серією 107 послідовних випадків, які демонструють стабільну регенерацію пародонта після 5-ти років спостереження.

Порівнюючи використання тромбоцитарних препаратів та тканинну регенерацію з EMD, перший метод вимагає додаткового обладнання/маніпуляцій, при регенерації необхідний антибактеріальний захист мембран, і можливі повторні операції, але вони не перевищують ефективність використання EMD. Тому у ряді клінічних випадків EMD може бути переважним вибором.

ПОТРЕБА В ЕНДОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ І ОЦІНКА ЯКОСТІ ЙОГО ПРОВЕДЕННЯ

Полтавець М.О.

Науковий керівник: ас.т Лазарєва К.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Ускладнення карієсу є причиною ранньої втрати зубів, що має велику соціальну значимість. Лікування ускладнень карієсу зубів (пульпіту і

періодонтиту) залишається важливою проблемою сучасної стоматології внаслідок широкого поширення даної патології. Виникнення помилок і ускладнень при ендодонтичному лікуванні зубів обумовлено застосуванням традиційних ендодонтичних методів, які не враховують анатомічних і структурних особливостей зубів.

Метою нашої роботи була оцінка поширеності та інтенсивності ускладнень карієсу за даними ортопантомографії і комп'ютерної томографії, а також потреб в ендодонтичному лікуванні. Також ми намагалися виявити фактори, що мають несприятливий вплив на кінцевий результат ендодонтичного лікування.

Основні результати. На підставі вивчення даних 125 ортопантомограм та комп'ютерних томограм пацієнтів віком від 40 до 65 років ми виявили, що поширеність ускладнень карієсу серед дорослого населення становить біля 80%. При цьому ефективність ендодонтичного лікування є недостатньою: більше половини ендодонтично пролікованих зубів підлягає переліковуванню.

Факторами, що впливають на успішний кінцевий результат ендодонтичного лікування та підвищують ефективність лікування пацієнтів в цілому є використання стоматологом збільшувальних приладів (бінокуляр та операційний мікроскоп), ізоляція робочого поля, створення правильного доступу до системи кореневих каналів, та формування профіля кореневих каналів, точність та контролювання за допомогою апекслокатора та рентгендіагностики робочої довжини кореневого каналу, виконання протоколу ірігаційної обробки, використання машинних інструментів, методика та контроль якості пломбування системи кореневих каналів.

Висновки. З огляду на значну варіабельність анатомічної будови кореневих каналів складність і багатоетапність ендодонтичного лікування, широку поширеність і інтенсивність ускладнень карієсу є необхідність в підвищенні рівня теоретичної та практичної підготовки практикуючих стоматологів з питань діагностики з використанням як класичної рентгендіагностики, так і комп'ютерної томографії та лікування за допомогою сучасного приладдя ендодонтичної патології зубів.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ В ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА

Присяжнюк Д.С., Альошина Т.В.

Науковий керівник: доц. Гуржій О.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Відомо, що діагностика одонтогенних кіст, які локалізуються в альвеолярному відростку верхньої щелепи, викликає певні труднощі, оскільки кісти цієї локалізації зазвичай розвиваються тривалий час, при цьому ніяк себе не проявляючи клінічно. Це зумовлено анатомічними особливостями верхньощелепної кістки, зокрема наявністю гайморової пазухи і порожнини носа, в бік яких кіста може проростати, не зустрічаючи ніяких перешкод та не викликаючи видимої деформації альвеолярного відростка і стінок пазухи.

Мета нашого дослідження – визначити інформативність рентгенологічних методів дослідження для діагностики одонтогенних кіст в ділянці верхньощелепного синуса.

Проведено вивчення 69 досліджень: 28 комп'ютерних томографій, 31 ортопантомографія, 10 внутрішньоротових рентгенографій альвеолярного відростка. Кількісний розподіл досліджень був довільним і визначався характером комплексного бстеження в клінічних ситуаціях.

Як показав аналіз комп'ютерних томограм, у всіх 28 (100%) випадках інформація про наявність кістозного утворення була достовірною і не вимагала підтвердження за допомогою інших додаткових методів дослідження.

Ортопантомографія дозволила інтерпретувати наявність одонтогенної кісти в ділянці синуса в 20 (64,5%) випадках, але цього не було достатньо для постановки діагнозу. Даний метод дослідження дає менший обсяг інформації про анатомо-топографічні співвідношення кісти і оточуючих анатомічних структур, однак інформація про стан зубів верхньої щелепи і якості ендодонтичного лікування цілком достатня для прийняття лікувальних рішень. Таким чином, в 1/3 випадків використання результатів даного дослідження може бути причиною помилкового діагнозу і в подальшому неадекватного лікування.

Практично марними дослідженнями в плані візуалізації кіст в проекції верхньощелепного синуса за результатами проведеного нами порівняльного аналізу виявилася внутрішньоротова рентгенографія альвеолярного відростка. Достовірну інформацію вдалося отримати тільки в 2 (20%) випадках, що малоістотно для діагностики. Єдиним пріоритетом внутрішньоротової рентгенографії є контроль якості ендодонтичного лікування при підготовці до операції. У такій якості внутрішньоротову рентгенографію краще виконувати на радіовізіографі, який дає значно менше променеве навантаження.

Таким чином, тільки комп'ютерна томографія є високоінформативним методом в діагностиці одонтогенних кіст верхньої щелепи.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СТУПІНЧАСТОЇ ТЕРАПІЇ ПСОРИАЗУ

Рижак В.С.

Науковий керівник : доц. Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Псоріаз звичайний (psoriasis vulgaris) - генетично обумовлене хронічне аутоімунне полісистемне захворювання, що характеризується гіперпроліферацією епідермісу, що носить доброякісний характер. Поширеність псоріазу у загальній популяції складає близько 2-3 % населення, а в структурі дерматологічних захворювань сягає 15 %. Зважаючи на це, особливо актуальним є вибір ефективних методів лікування, враховуючи стадію, поширеність, особливості клінічного перебігу, наявність супутньої патології у кожного пацієнта індивідуально.

Мета дослідження - оцінити ефективність використання ступінчастої гормональної та негормональної терапії псоріазу.

Матеріал та методи - основну групу склали пацієнти 110 осіб (100%), що перебували на лікуванні в Комунальному некомерційному підприємстві «Черкаський обласний шкірно - венерологічний диспансер Черкаської обласної ради» за період серпень - грудень 2019 року, серед яких масова частка осіб з середнім ступенем тяжкості склала 75% та тяжким відповідно 25%. Визначення ступеня тяжкості псоріатичного процесу здійснювався за допомогою індексу PASI. Середній вік пацієнтів склав 48±13. Вперше виявлений псоріаз діагностували у 11

осіб (10%). Коморбідний фон був обтяжений у 90 хворих (82%). Середнє значення індексу тяжкості псоріазу - PASI > 10.

Усіх хворих розподілено на дві групи. Перша група пацієнтів передбачала використання топічних кортикостероїдних засобів сильної дії протягом 5-7 діб, з подальшим призначенням негормонального препарату - мазь «Псоріатен». Друга група пацієнтів використовувала лише кортикостероїдні засоби сильної дії протягом 5-7 діб, в подальшому 3-4 тижні. - помірної та слабкої дії.

Виявлено, що на початку лікування індекс PASI у хворих першої групи становив в середньому 24 бали, а у хворих другої групи - 19,5 бала. Після проведеного курсу лікування, а саме через 3-4 тижні., у пацієнтів першої групи індекс PASI становить 12,1 бали, а у пацієнтів другої групи - 9,8 бали. Отже, можна з впевненістю стверджувати, що у хворих на псоріаз обох груп відмічено суттєве, майже ідентичне регресування псоріатичного процесу.

Таким чином, застосування саме ступінчастої терапії у хворих на псоріаз шляхом короткочасного використання одного з топічних кортикостероїдних засобів сильної дії з наступним використанням негормонального препарату - мазь «Псоріатен» має значну ефективність (оцінюючи індекс PASI) та більш раціональним порівняно з використанням опічних кортикостероїдних засобів, в якості монотерапії.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ ПІСЛЯ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПЕРІОДУ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА

Рубель Ю.В., Панченко Б.І., Стегній М.Е., Савицька В.Д.

Науковий керівник: доц.Павленко С.М.

Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Внутрішньосуглобові переломи завжди потребують особливої уваги лікарів ортопедів-травматологів тому, що досить часто є причиною інвалідності.

Метою нашої роботи є порівняльна оцінка ефективності післяопераційного лікування внутрішньосуглобових переломів по загальноприйнятій методиці і з застосуванням медикаментозної терапії згідно періодів репаративного остеогенезу.

Матеріали та методи. Нами проведений аналіз результатів лікування 65 хворих, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці травматології та ортопедії КП «1 міська клінічна лікарня Полтавської міської ради». Чоловіки складали 58,46% (38 пацієнтів), жінки – 41,54% (27 хворих). Вік постраждалих – 30-58 років. Всі пацієнти були розподілені на 2 групи: I група (34 хворих) – до традиційної схеми лікування в післяопераційному періоді додавалась медикаментозна терапія згідно періоду регенерації, II – група (31 хворий) отримувала лікування по загальноприйнятій методиці ведення хворих ортопедичного профілю в післяопераційному періоді. Ефективність терапії, яку проводили, оцінювали на основі аналізу клінічної симптоматики із використанням функціональних, інструментальних, лабораторних тестів. Перенесення препаратів визначали за суб'єктивними симптомами та відчуттям, про які пацієнти самі доповідали, а та-

кож із урахуванням аналізу об'єктивних загально клінічних лабораторних та інструментальних досліджень. Фармакотерапія в післяопераційний період призначалась з урахуванням процесу репаративного остеогенезу, а саме: I період (0-5 доба) – запалення, II (4-40 доба) – формування клітинної бласти, III – реорганізація тканинних структур та мінералізація кістки (25-50 доба), IV – ремоделювання, V – вихід.

Результати досліджень. Встановлено: у хворих контрольної групи відсоток ускладнень був більшим, ніж у основній: контрактури 8 пацієнтів (12,3%), запальні процеси – 4 (6,2%), уповільнення консолідації – 4 (6,2%). В основній групі відмічали: швидке зменшення набряку оперованого сегмента, зменшення больових відчуттів – середня інтенсивність болю по візуальній аналоговій 10-бальній шкалі на другу добу складала $5,5 \pm 0,5$.

Висновки. При застосуванні методики післяопераційного ведення хворих з урахуванням періодів репаративного остеогенезу позитивні результати у найближчі строки (6-8 місяців) – 87,3%, у віддалені 1-1,2 роки – 76,7%, без медикamentозної підтримки, або без урахування репаративного остеогенезу – 60% та 54%, що свідчить про клінічний та економічний ефект запропонованої патогенетичної схеми.

ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Рудік Я.Ю., Чугура К.В.

Наукові керівники: к.мед.н. Мельник В.Л., к.мед.н. Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Невропатія лицевого нерва зустрічається у 40 % всіх випадків мононевропатій та невралгій. Одужання і значне поліпшення настає тільки у 65% хворих, як ускладнення у кожного 4-5 пацієнта розвивається контрактура м'язів та соціальна дезадаптованість. У 18-22 % випадків клінічні результати проведеного лікування не задовольняють пацієнтів за рахунок залишкових явищ, які необхідно усунути в реабілітаційному періоді. Комплексна терапія залишкових явищ при невропатіях лицевого нерву після перенесеного інсульту проводиться у спеціалізованих відновних центрах в поєднанні з використанням елементів голкорексотерапії та літотерапії.

На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів Української медичної стоматологічної академії звернулась пацієнтка В., 49 років зі скаргами на порушення утливості шкіри правої половини обличчя, шиї, потилиці, сильну біль у ділянці правого вуха, гіпостезію справа. З анамнезу відомо, що після перенесеного пацієнткою геморагічного інсульту з невропатією лицевого нерву правої половини обличчя два роки тому вона проходила стаціонарне лікування у відділенні неврології Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського згідно діючих протоколів МОЗ України з незначним полегшенням стану здоров'я. Поряд з цим хвора пройшла курс (30 днів) голкорексотерапії, але очікуваних результатів досягнуто не було.

При проведенні функціональних проб у пацієнтки нами виявлені залишкові явища у вигляді асиметрії обличчя при посмішці, надуванні щік, примружуванні

очей. Згідно шкали візуально - аналоговий рівень інтенсивності болю у неї склав 7-8 балів, що відповідає сильному болю.

Для оцінки інтенсивності болю для даної пацієнтки ми застосовували візуально-аналогову шкалу, згідно якої 0-2 бали - болю немає; 3-4 – слабкий біль; 5-6 –помірний біль; 7- 8- сильний біль; 9-10 – дуже сильний біль .

З метою оцінки ефективності лікування пацієнтки на невропатію лицевого нерва за допомогою літотерапії та голковколуювання у порівнянні з попереднім традиційним лікуванням були застосовані методики лікування напівдорогоцінним каменем сердолік, з урахуванням позитивних результатів за рахунок поєднання з методиками голкорексфлексотерапії .

Приводимо алгоритм лікування даної пацієнтки:

1. Аплікація на шкіру правої половини обличчя попередньо нагрітого до температури 60 градусів за Цельсієм каменю сердолік з експозицією від двох до трьох хвилин (30 сеансів) 2. За методиками Пекінської школи голкорексфлексотерапія у ділянках обличчя та долонних поверхнях із застосуванням срібних голок з довжиною 3-5 см., голок-кнопок, міні-голок.

У пацієнтки після 30-ти комплексних лікувальних процедур відчуття болю на стороні ураження зникли. Згідно шкали візуально - аналоговий рівень інтенсивності болю склав 1-2 бали (біль відсутній). Відновились до норми функції мімічних м'язів обличчя, симетричність при посмішці, надуванні щік, примружуванні очей. Внаслідок застосування даного алгоритму лікування у пацієнтки отримана ремісія впродовж 1 року з поверненням природної конфігурації обличчя.

Комплексний підхід при використанні запропонованого алгоритму лікування пацієнтки з невропатією лицевого нерва після перенесеного інсульту достатньо ефективний для усунення асиметрії обличчя, відновлення м'язового тону, сприяє зменшенню часу реабілітаційного періоду у порівнянні з медикаментозним лікуванням згідно загальноприйнятих протоколів.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ

Рудь В.С., Галкіна В.М., Юрченко Л.В., Олійник Я.Р., Кравченко О.Д.

Науковий керівник: доц. Кир'ян О.А.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Українська медична стоматологічна академія

Одним із найбільш поширених функціональних захворювань залишається синдром подразненої кишки (СПК), на який страждає близько 10-15% дорослого населення. Крім порушень дефекації, хворі на СПК завжди скаржаться на абдомінальний біль, який є постійною складовою проявів захворювання та мають дисбіотичні порушення, що можуть погіршувати перебіг хвороби та подовжувати тривалість загострення. Тому застосування ефективного лікарського препарату, що може швидко припинити больовий синдром при СПК, із врахуванням впливу на кишковий дисбіоз, дозволить покращити ефективність лікування.

Мета роботи: дослідити можливість використання масла перечної м'яти в лікуванні абдомінального болю у хворих із різними підтипами СПК.

Методи та матеріали. Для досягнення поставленої мети нами проаналізовано ефективність застосування масла перечної м'яти в терапії хворих із СПК, що проходили лікування та обстеження в Полтавській обласній клінічній лікарні.

Оцінювали симптоми болю, його інтенсивність (по візуально-аналоговій шкалі), диспепсичні прояви та метеоризм. Аналізували нормалізацію дисбіотичних порушень по частоті висівання і вмісту кишкової мікрофлори. Дослідження проводили до застосування лікування та через 2 місяці. Пацієнти були розподілені на 2 групи. 1 групу склали 26 хворих із різними підтипами СПК, що в лікуванні застосовували масло перечної м'яти, 2 групу – 21 хворий (контрольна група), які застосовували інші спазмолітики. Корекцію кишкового дисбіозу проводили із застосуванням *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745. Серед пролікованих хворих, співвідношення жінок та чоловіків склало 3:1, в обох групах, середній вік також не мав достовірної різниці – 1 група ($32,31 \pm 3,22$), 2 група ($29,72 \pm 2,17$) років. Діагноз встановлювався відповідно Римським критеріям IV (2016).

Результати. Поліпшення стану пацієнтів відбувалося в перші 4 тижні та тривало до кінця дослідження. В 1 групі після лікування у 4 (15,4%) хворих зберігався мінімальний біль у кишечнику ($1,2 \pm 0,4$), в 2 групі - у 7 (33,3%) хворих зберігався більш інтенсивний біль ($2,3 \pm 0,5$) ($p \leq 0,05$). З однаковою частотою зменшувалися явища диспепсії та метеоризму в обох групах. Вміст лакто-, біфідобактерій та кишкової палички у групах не мав достовірної різниці після лікування. В 1 групі відмічалась тенденція після терапії до більш вираженого зменшення висівання непатогенного стрептококу, клебсієли, *Staphylococcus aureus*: до лікування – 14 (53,9%) хворих, після – 3 (11,5%) пацієнти, в 2 групі - до лікування – 10 (47,6%) хворих, після лікування – 5 (23,8%) пацієнтів. *Candida Albicans* достовірно рідше висівалась після лікування у групі, що використовували для зняття болю масло перечної м'яти ($p \leq 0,05$).

Висновки. Таким чином, застосування масла перечної м'яти було ефективним у лікуванні абдомінального болю при всіх підтипах СПК та позитивно впливало на зменшення дисбіотичних порушень у пацієнтів.

ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ АЛОПЕЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ТРИХОДІАГНОСТИЧНИХ ПРИЛАДІВ

Сайко В.В.

Науковий керівник : доцент Васильєва К. В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Українська медична стоматологічна академія

Захворювання волосся – одна із найчастіших дерматологічних проблем, що значно знижує якість життя пацієнта, особливо жінок. Проблема випадіння волосся є надзвичайно важливим питанням на сьогоднішній день, оскільки дедалі більше людей звертаються до лікарів, власне в зв'язку з алопеціями. Хворіють не лише дорослі і не лише чоловіки, але з однаковою частотою і жінки і навіть діти. Причини випадіння волосся можуть бути найрізноманітнішими, проте можна виділити ті, що зустрічаються частіше: психоемоційні стреси та перевантаження, гормональні порушення (андрогенна алопеція), хронічна інтоксикація організму, внаслідок наявних хронічних вогнищ інфекції (хворі каріозні зуби, хронічний тонзиліт), внутрішньоклітинні паразити, особливо часто у дітей (наприклад, токсоплазмоз), гематологічні захворювання та стани (наприклад, анемії), хіміотерапія онкологічних захворювань.

Мета дослідження - вивчення ефективності лікування хворих на різні форми алопеції за допомогою триходіагностичних приладів

Матеріали і методи дослідження: Під наглядом перебувало 60 хворих серед яких: 30 осіб з себорейним дерматитом, 10 осіб з андрогенетичною алопецією і 20 з дифузним порідінням волосся у віці від 18 до 70 років з тривалістю хвороби від 1 року до 20 років. Всі хворі обстежувались за допомогою триходіагностичних приладів: комп'ютер, тріхоскоп «MEDL7HM» і програмне забезпечення, що дозволяє діагностувати стан шкіри та волосся, оцінює стан волоссяних фолікулів, їх діаметр та виявляє аномалії, пов'язані з волоссям, щільність росту волосся і кількість телогенового, анагенового і диспластичного волосся. Від їх співвідношення і швидкості росту діагностували фазу і стадію процесу. Обстеження проводилось двічі на початку та в кінці лікування через 4-6 місяців.

В комплекс терапевтичних заходів включали санацію вогнищевої інфекції, пробіотики (неофлорум, симбітер), біогенні стимулятори (алоє, метіонін), вітаміни групи В (В1, В6, В12). Зовнішньо застосовували настойку стручкового перцю вітчизняних виробників. В активній фазі захворювання переважали диспластичне і телогенове волосся, складаючи до 75%, проявляючись витончення, уповільненим ростом і різним ступенем жирності волосся.

В кінці лікування, завдяки комплексній терапії, спрямованій на санацію осередкової, грибкової і бактеріальної інфекції, прийому пробіотиків, вітамінів, біогенних стимуляторів, дозволило в короткий термін (4-6 місяців) уповільнити і стабілізувати патологічні процеси, активувати ріст волосся. Вважаємо доцільним використання триходіагностичних приладів для перевірки ефективності лікування у хворих на різні форми алопеції.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

***Сивовол Т.Ю., Крутикова А.В., Левченко І.В., Момотова Ю.О.,
Антоненко К.С., Скадченко Т.Ю. Смірнова О.А.***

Науковий керівник: доц. Кітура О.Є.

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Українська медична стоматологічна академія*

Синдром подразненого кишечника (СПК) є одним із найбільш розповсюджених функціональних розладів органів травлення серед пацієнтів в цілому світі, який негативно впливає на якість життя (ЯЖ). Одною із основних концепцій розвитку СПК є психосоматична, яка включає вісцеральну гіперчутливість, порушення «мозок-кишечник». Психологічні складові при цьому захворюванні різноманітні і включають невротичні, істероіпохондричні, депресивні, афективні, тривожно-фобічні, розлади. Існуючі на сьогодні дані про роль психологічних особливостей в розвитку захворювання неоднозначні.

Мета дослідження – оцінити якість життя та рівень нервово-психічного напруження пацієнтів із СПК.

Методи дослідження. В дослідження включено 36 пацієнтів із СПК віком від 25 до 45 років, з них 14 чоловіків (38,8 %) та 22 жінки (61,2 %). Тривалість захворювання склала $5,6 \pm 3,2$ роки. Всім пацієнтам проводилась оцінка клінічного стану, оцінка інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою, оцінка ЯЖ за допомогою загального опитувальника SF-36 та оцінка нервово-психічного напруження за допомогою опитувальника за Немчином.

Основні результати. Аналізуючи клінічний стан пацієнтів встановлено, що у 15 (41,7 %) хворих переважали закрепи, у 10 (27,8 %) – діарея, у 6 (16,7 %) пацієнтів діагностовано змішаний варіант СПК, у 5 (13,8 %) пацієнтів – недиференційований варіант СПК. У всіх хворих спостерігався абдомінальний больовий синдром різного ступеню вираженості, який був пов'язаний з актом дефекації або із зміною частоти чи форми випорожнень. Інтенсивність больового синдрому за 10 бальною аналоговою шкалою склала $4,9 \pm 0,6$ бала, причому достовірної різниці в залежності від варіанту СПК не відмічено. При оцінці ЯЖ виявлено зниження показників всіх видів життєдіяльності не залежно від варіанту СПК. Комплексна оцінка фізичного компоненту здоров'я становила $42,24 \pm 4,2$ бали, а психологічного компоненту здоров'я у обстежених пацієнтів склала $45,2 \pm 4,2$ бали. Оцінюючи ЯЖ у пацієнтів з різними варіантами СПК необхідно відмітити, що у пацієнтів із діареєю більш виражене, в порівнянні із пацієнтами із закрепами, порушення ЯЖ за шкалами роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, загальний стан здоров'я, роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. Також у пацієнтів з діареєю визначався вищий рівень нервового-психічного напруження ($68,3 \pm 3,8$ бали) в порівнянні з групою пацієнтів із закрепами ($49,5 \pm 4,2$ бали).

Висновки. У пацієнтів із СПК спостерігаються зміни в соматичному та психологічному стані, що призводить до зниження ЯЖ. Більш виражені порушення спостерігаються у пацієнтів із СПК з діареєю.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ОСІБ З ДЕФІЦИТОМ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Силенко Г.М.

Науковий керівник: проф. Скрипников П.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Відомо, що питання генералізованого пародонтиту (ГП) є одним з актуальних в стоматології, враховуючи його поширеність і наслідки.

Мета нашого дослідження – на підставі опрацювання джерел науково-медичної інформації розглянути сучасні погляди різних авторів на причини й механізми виникнення дефіциту секреторного імуноглобуліну А в ротовій рідині та особливості перебігу ГП у таких випадках.

slgA становить першу лінію захисту слизових оболонок від патогенів вірусного та бактеріального походження. Концентрація його в ротовій рідині у дорослих становить 115,3-299,7 мг/л. Проте ці показники, внаслідок багатьох причин, можуть бути знижені, що значно підвищує ризик виникнення та активного прогресування захворювань тканин пародонту. Багато лікарів недостатньо поінформовані про особливості даної патології, що призводить до недостатньої патогенетичної терапії, неможливості досягти бажаних позитивних результатів з допомогою традиційних схем лікування, і, як наслідок, формуються вогнища хронічної інфекції та погіршується прогноз захворювання.

Зниження кількості slgA в ротовій рідині може бути спричинено первинними (ПІДС) чи вторинними імунодефіцитами (ВІДС). Наразі описано вже близько 150

клінічних форм ПІДС. Загальна недостатність IgA пов'язана з аномаліями синтезу мономера, що призводить до зниження і сироваткового і секреторного IgA. У ряді випадків дефект може реалізуватися на рівні синтезу та етапу приєднання J-ланцюга і тоді відсутній тільки sIgA. Ізольований дефіцит секреторного IgA при нормальному рівні IgA у сироватці зустрічається рідко.

ВІДС викликаються багатьма чинниками. Соматичні та інфекційні захворювання, поширені серед людей, соціально-економічні, екологічні фактори, медичні заходи (оперативні втручання, стрес тощо), при яких в першу чергу страждає імунна система. Ряд лікарських препаратів, таких як D-пеніциламін, сульфасалазин, каптоприл, карбамазепін, вальпроєва кислота, фенітоїн, сполуки золота, гідроксихлорокін, інгібітори АПФ, НПЗП та тироксин може привести до зворотнього зниження концентрації IgA, лікування циклоспорином А викликає постійний дефіцит IgA. Крім того, деякі захворювання індукують зниження IgA (цитомегаловірусна інфекція, токсоплазмоз, краснуха, бактеріальні інфекції: стафілококова, пневмококова, менінгококова, грибова, туберкульоз тощо).

Таким чином, розуміння значення sIgA та механізмів виникнення його дефіциту, зробить значний внесок в удосконалення лікування ХГП. В сучасній стоматології ведеться активний пошук оптимального імуномодуючого препарату для нормалізації локального імунного захисту та стабілізації запального процесу в тканинах пародонта.

ЯТРОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ: ПОНЯТТЯ ТА МЕДИКО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ

Силенко Г.М.

Науковий керівник: доц. Хребор М.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Ятрогенні захворювання на сьогодні є дуже поширеним явищем. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ятрогенні патології зустрічаються у 20% хворих. При наданні стоматологічної допомоги ризик виникнення ятрогенії можливий при здійсненні будь-яких видів медичних втручань. Це пов'язано з великою кількістю маніпуляцій, що проводяться лікарем-стоматологом, а також з можливістю виявлення лікарем-стоматологом захворювань пацієнта, не пов'язаних з його стоматологічним здоров'ям. Відповідно, необережні дії або висловлювання лікаря-стоматолога можуть призвести до заподіяння ятрогенної шкоди. Тому на сьогодні особливої актуальності набуває питання дослідження поняття та медико-правового значення ятрогенних захворювань.

Термін ятрогенія має грецьке походження: *iatros* (лікар) та *genes* (походження). Деякі вчені розглядають ятрогенії як психогенне захворювання, або невроз, що виникають під впливом дій лікаря, його поведінки або слів. Це найчастіше спостерігається при обстеженні пацієнта, коли виявляються ранні ознаки хвороби і хворий занепокоєний зміною самопочуття та дуже чутливий до слів медичного працівника. У 1995 році ВООЗ звела ятрогенні захворювання в ранг основних захворювань та визначила ятрогенії як будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності та

інвалідизації або навіть смерті; ускладнення медичних заходів, які розвилися в результаті як помилкових, так і правильних дій лікаря.

На сьогодні в Україні в нормативно-правових актах відсутнє поняття «ятрогенії», «ятрогенні захворювання» або «ятрогенні патології». Тому правове регулювання відносин пов'язаних з ятрогеніями на практиці розглядаються через призму понять «школа завдана здоров'ю», «неналежне надання медичної допомоги», які закріплено на законодавчому рівні. Законодавство передбачає можливість притягнення медичних працівників до кримінальної та цивільно-правової відповідальності за вчинення відповідних діянь, за умови наявності складу відповідного злочину або цивільно – правового делікту.

Отже, можна зробити висновок, що ятрогенії є складним явищем, виникнення якого нерозривно пов'язане із процесом надання медичної допомоги. На нашу думку боротьба із виникненням ятрогеній потребує комплексних зусиль правників і медичних працівників, і має включати в себе, зокрема, підвищення стандартів надання медичної допомоги і професійного розвитку лікарів та деталізацію елементів відповідальності медичних працівників за настання несприятливих наслідків лікування, спричинених ятрогеніями.

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ НАНОЧАСТИНОК ДІОКСИДУ ЦЕРІЯ 2-7 нм У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ.

Скрипник М.І.

Наукові керівники: проф. К. Непорада, проф. Т. Петрушанко

Кафедра біологічної та біоорганічної хімії

Кафедра терапевтичної стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Відповідно до останнього звіту ВООЗ, поширеність ожиріння серед дорослого населення зросла втричі порівняно з попередніми 20 роками, а кількість морбідних випадків зросла вдвічі. Ожиріння має значний вплив на функціонування органів на систем органів, особливо тих, що мають інтенсивну васкуляризацію та іннервацію. До них належать в тому числі і пародонт. Через вірогідний вплив ожиріння на патогенез захворювань пародонту даний стан було виділено в окрему нозологічну одиницю нової класифікації захворювань пародонту та станів 2017 року, як чинник схильності до виникнення пародонтопатології.

Дослідження проводилось на 98 студентах УМСА обох статей (18-21 років). Студенти, які брали участь у дослідженні, були поінформовані про використання їх особистих даних у матеріалах дослідження та підписали письмову угоду на подальшу участь у дослідженні та лікуванні. Комплексне клінічне обстеження та індексна оцінка була внесена до спеціально розробленої карти стоматологічного обстеження. Обчислювали значення індексу маси тіла, що слугувало критерієм подальшого розподілу на групи.

Усі пацієнти з хронічним генералізованим катаральним гінгівітом (ХГКГ) були розділені на дві групи. Контрольна група не отримувала ніякого медикаментоз-

ного лікування. Експериментальна складалася з пацієнтів, які отримували лікування «Церерою» (діючою речовиною є наночастинки діоксиду церію 2-7 нм в концентрації 140 мкг / мл, стабілізовані цитратом натрію) per os по 10 крапель щодня вранці розведених у 50 мл води упродовж 10 днів.

До і після 10 днів в ротовій рідині всіх пацієнтів було визначено вміст показників обміну сполучної тканини, таких як вміст фукози, яка не зв'язана з білками, і вміст глікозаміногліканів.

Після 10 днів лікування «Церерою» вміст фукози та глікозаміногліканів у ротовій рідині пацієнтів значно зменшився відповідно у 1,5 та 1,67 рази. Таким чином, наноцерій позитивно впливає на нормалізацію обмінних процесів у тканинах пародонта, за умов ХГКГ.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ФОНІ ДІЄТ- ІНДУКОВАНОГО ОЖИРІННЯ У ЩУРІВ

Скрипник Р.І.

Науковий керівник: доц. Маслова Г.С.

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Українська медична стоматологічна академія

Застосування висококалорійних дієт у експериментальних дослідженнях допомагає покращити розуміння патогенетичних особливостей формування ожиріння і неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) у людини.

Мета – дослідити патогенетичні особливості формування НАСГ у щурів із дієт-індукованим ожирінням.

Матеріали і методи. Експериментальне дослідження виконано на 20 білих нелінійних статевозрілих щурах, із них 10 (50%) самців, 10 (50%) – самок, вагою 160-220 г. З метою відтворення ожиріння і НАСГ впродовж 9 тижнів 10 щурам (5 самців і 5 самок) призначали дієту, у якій 42,8% раціону складала суміш жирів. Визначали щотижневий приріст маси тіла щурів, вагу вісцерального жиру (ВЖ). Оцінювали характер морфологічних змін печінки. Досліджували вміст аргініну, цитруліну та активність аргінази у гомогенаті печінки досліджуваних тварин.

Результати. На фоні застосування фаст-фуд дієти впродовж 9 тижнів приріст маси тіла самців склав $62,3 \pm 5,4$ г, а у самок – $29,3 \pm 5,9$ г, що достовірно відрізнялось від групи контролю ($p < 0,05$). Формування ожиріння характеризувалось накопиченням ВЖ у самців до $3,07 \pm 0,02$ г, у самок – до $9,25 \pm 1,32$ г, тобто вага ВЖ у самок у 3 рази перевищувала таку у самців ($p = 0,0095$). Морфологічні зміни тканин печінки відповідали НАСГ. На фоні НАСГ у гомогенаті печінки самців і самок активність аргінази знижувалась у 3,4 і 2,9 раза відповідно ($p < 0,05$) та вміст цитруліну у 1,8 і 1,6 раза відповідно порівняно із контролем ($p < 0,05$).

Висновки. Застосування фаст-фуд дієти у щурів впродовж 9 тижнів призводить до розвитку ожиріння із накопиченням вісцерального жиру, що сприяє формуванню НАСГ із порушенням детоксикаційної функції печінки.

АКТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОНАЗАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІСИНУСОТОМІЇ

Скрипниченко А.О., Бондаренко Р.В.

Науковий керівник: проф. Безшапочний С.Б.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Українська медична стоматологічна академія

Серед пацієнтів, що проходять курс лікування в оториноларингологічних стаціонарах, до 42% складають риносинусити. Їх кількість має стійку тенденцію до збільшення відносно пацієнтів з іншою ЛОР-патологією. Зважаючи на достатньо велику кількість причинних факторів, гострі форми захворювання переходять в хронічні форми, які сягнули межі – 10% населення.

Останні десятиліття характеризуються широкомасштабним впровадженням в клінічну практику ендоскопічних технологій. Причому, діагностичний аспект цього впровадження стосується не тільки лікарів оториноларингологів, але й лікарів фаху сімейна медицина та педіатрів. Таке впровадження сприяло підвищенню якості діагностики ЛОР-захворювань. Але лікування за стандартами протоколів у великій кількості випадків, особливо при атиповому перебігу захворювань, призводило до їх хронізації. Цим можна пояснити зростання їх кількості.

Малоінвазивні хірургічні технології лікування витіснили традиційні інвазивні адикальні методики, але породили ряд станів у післяопераційному періоді, що потребують окремого, патогенетично обґрунтованого підходу.

Найбільша частота рецидивів після функціональної ендоскопічної синусотомії (ФЕС) відмічається у пацієнтів, що перенесли фронтотомію. Це обумовлено великим розмаїттям форм лобно-носового співустя.

Частота рецидивів фронтиту після ФЕС становить більше 25%, при цьому більша частина з них вимагає реоперації. Ці дані сприяють розробці ефективних методів ведення післяопераційного періоду хворих на хронічний полісинусит і, зокрема, фронтит. У переважній більшості випадків він виступає як фрагмент глобального запалення синусів.

Лобовий синус є найбільш варіабельним, має гострий назофронтальний кут, близьке розташування до важливих анатомічних утворень, таких як ольфактивна зона, передня черепна ямка та орбіта. Компактні структури фронтальної кишені обумовлюють схильність до формування рубців з подальшим стенозом співустя лобно-носового каналу.

Мета дослідження: підвищення ефективності післяопераційного періоду пацієнтів, після ФЕС із застосуванням у комплексній терапії гіалуронату натрію.

На базі ЛОР-відділення Полтавської ОКЛ та кафедри оториноларингології з офтальмологією УМСА було обстежено та прооперовано 39 хворих, прооперованих з приводу хронічного фронтиту.

Було складено 2 групи хворих: досліджувана – група №1 (n=26) та контрольна - 2 група (n=13). До дослідження було допущено виключно статистично однорідні пацієнти. Всім їм проведено оперативне втручання за Draf 2.

Після ФЕС пацієнтам обох груп була призначена терапія, що складена згідно протоколів лікування обраної нозології. Хворим 2 групи призначалось традиційне лікування. 1-ї – застосовано запропоновану методику лікування.

В ході втручання після завершення формування співустя та корекції внутрішньоносових структур у фронтальний синус через лобно-носовий катетер уво-

дили гель гіалуронат натрію об'ємом 5 мл. За регламентом, на 5 добу лікування введення препарату в лобний синус повторюють.

Ефективність впровадженого методу лікування визначали ґрунтуючись на аналізах суб'єктивних та об'єктивних критеріїв, котрі досліджувались до операції, на 3, 5, 7 та 10 добу ФЕС.

В результаті проведеного дослідження нами було доведено, що хронічні форми фронтитів у 80,59 відсотках випадків зустрічаються у вигляді полісинуситів і поєднуються з порушеннями внутрішньоносових структур (77,79%), що вимагає від ЛОР-лікаря комплексного хірургічного підходу. Застосування препарату на основі гіалуронату натрію у комплексному лікуванні пацієнтів з хронічною формою фронтиту дозволяє досягти позитивної динаміки основних симптомів хронічного запалення слизової оболонки навіколоносових пазух.

ЧОМУ НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ ПОТРІБНА У НАВЧАННІ СТОМАТОЛОГІВ?

Сорокіна О. Є.

Науковий керівник: доц. Шинкевич В. І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Захворювання пародонту охоплює широкий спектр захворювань, окрім пародонтиту, і вимагає проведення спеціальної діагностики. У листопаді 2017 було офіційно представлено нову класифікацію захворювань тканин пародонту та періімплантних тканин експертами Європейської Федерації Пародонтологів & Американської Академії Пародонтології. Нажаль, догматів української освіти та практики це мало торкнулося.

Так, в українській науковій літературі, опис клінічно здорового пародонту розглядається як інтактний. Не існує розуміння про відновлення здоров'я після лікування гінгівіту/пародонтиту, що призвело до хибної впевненості, що пародонтит неможливо вилікувати. Помилкова впевненість у внеску дистрофічних, а не лише запальних механізмів, у деструкцію при хронічному пародонтиті, призвела до поширення таких методів лікування як вітаміни, травмель, препарати кальцію, гормони. Провідний метод лікування пародонтитів – скейлінг та поліровка коренів – не виправдано підмінюється поняттям професійна гігієна, яка не передбачає навіть вимірювання глибин кишень і клінічної втрати періодонтального прикріплення.

Атрофічний гінгівіт хибно замінює екстремальний стан рецесії ясен, що призводить до непотрібного хірургічного лікування, зокрема, поглиблення присінку, коли насправді причиною є неоптимальна гігієна та агресивні стоматологічні процедури на шийках зубів за умов тонкого ясенного біотипу/фенотипу.

Загадковий діагноз пародонтоз – по суті є 1) стабільним пародонтитом без запалення ясен, 2) гінгівітом індукованим зубною біоплівкою (якщо є кровоточивість у мілких кишнях), або 3) наслідком рецесій ясен, також з гінгівітом чи 4) без нього. При цьому 1) і 4) є варіантом клінічно здорових ясен при редукованому періодонті.

Комплексний підхід у лікуванні пародонтиту ставить в один ряд ортодонтичні, хірургічні та терапевтичні заходи, не враховуючи стадії і ступені прогресування і хибно запевняючи у рівноцінності всіх методик, що призводить до протезування та шинування без особливої турботи про ліквідацію перирадикулярного запалення.

Пробіл щодо категорії гінгівітів, викликаних не зубною біоплівкою, виключає з розділу інші методи діагностики, окрім опису його поширеності, тяжкості і індексу гігієни. І відокремлений розгляд періімплантних станів та захворювань спричиняє недостатнє розуміння ролі зубної біоплівки і об'ємів твердих і м'яких тканин у їх розвитку.

Отже, основні концепції, вкрай важливі для розуміння, стосуються клінічної і наукової роботи, та вкрай необхідні для впровадження у сфери навчання та практичної діяльності.

ВАЛІДАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА СНУ РІЧАРДСА-КЕМПБЕЛЛА (RCSQ) У ПАЦІЄНТІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Стаднік Д.О., Скрипник О.Л.

Науковий керівник: ас. Бодулев О. Ю.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: сон – це процес відновлення фізичних та психічних сил, який дозволяє максимально адаптуватися до змін умов зовнішнього і внутрішнього середовищ. Будь-яке оперативне втручання несе за собою великі енергетичні затрати для організму і сон є одним із основних факторів, що впливають на швидкість їх відновлення. Частота інсомнії у пацієнтів в післяопераційному періоді може досягати 50%, що обумовлює необхідність моніторингу якості сну. Через високі витрати та складність реалізації полісомнографія залишається недоступною для рутинної оцінки сну, на відміну від оцінювальних шкал, які можна використовувати з цією ж метою. RCSQ представляє собою набір із 5 візуальних аналогових шкал, за допомогою яких оцінюють глибину сну, що сприймає пацієнт, тривалість засинання, тривалість відчуття бадьорості, здатність до повторного засинання та загальну якість сну. Незважаючи на те, що RCSQ відображає суб'єктивну оцінку сну, він характеризується високою чутливістю, специфічністю, надійністю та кореляцією з полісомнографією у пацієнтів інтенсивної терапії.

Мета: валідація RCSQ у пацієнтів в післяопераційному періоді.

Методи дослідження: переклад англійської версії RCSQ на українську мову було здійснено двома незалежними перекладачами, після чого послідовно проведено низку зворотних перекладів для забезпечення точності. Дослідження включало 62 пацієнта після загальної операції. Вік становив 26-68 ($50,7 \pm 5,4$) років. Українська версія RCSQ застосовувалася до всіх пацієнтів. Середнє значення результатів опитування за 5 шкалами RCSQ склало загальний бал. Також проводили 10-годинну полісомнографію протягом ночі.

Альфа Кронбаха була використана для аналізу надійності. Були розраховані чутливість та специфічність перекладеної версії RCSQ. Коефіцієнт Пірсона був використаний для оцінки кореляції між RCSQ та загальною тривалістю сну, затримкою настання сну, тривалістю фази швидкого сну за допомогою відео-ЕЕГ.

Основні результати: інсомнія спостерігалася у 22 суб'єктів (36,4% чоловіків та 63,6% жінок). Решта 40 суб'єктів (45,0% чоловіків і 55,0% жінок) не мали інсомнії. Українська версія RCSQ показала високу надійність (альфа Кронбаха склала 0,91). Чутливість до діагностики післяопераційної інсомнії становила 87,14%, а специфічність - 84,32%. Коефіцієнт кореляції RCSQ із загальною тривалістю

сну для полісомнографії становив 0,68; з затримкою настання сну - 0,82; з тривалістю фази швидкого сну - 0,73.

Висновки: отримані результати свідчать про обґрунтованість використання RCSQ в оцінці якості сну та діагностиці інсомнії у пацієнтів в післяопераційному періоді.

СЕПТИЧНЕ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРОГО З СИНДРОМОМ ЦІННЕРА

Тарасенко В.О., Бабасєв Р.М.

Науковий керівник: проф. Саричев Л.П.

Кафедра урології з судовою медициною

Українська медична стоматологічна академія

Вперше описав А. Zinner (1914). За даними С.Р. Sheih et al. (1990) частота не перевищує 0,005%. Характеризується триадою симптомів: агенезія нирки, кіста сім'яного пухирця і обструкція сім'явиносної протоки. Виникає внаслідок вади розвитку первинної нирки - мезонефросу. За даними D. Van den Ouden et al. (1998) за минуле століття описано близько 100 спостережень. Може проявлятися дизурією, полакіурією, больовим синдромом. При відсутності клінічних проявів лікування не потребує. При обструктивній азооспермії та больовому синдромі успішною є консервативна тактика (А.О. Васильєв и соавт., 2014). Ускладнення у вигляді затримки сечі стають показанням до оперативного лікування (E. Altobelli et al., 2013). Наводимо рідкісний випадок септичного ускладнення внаслідок нагноєння кісти сім'яного пухирця у хворого з синдромом Ціннера на тлі сечокам'яної хвороби.

Хворий О., 36 р, госпіталізований з нападом лівобічної ниркової кольки. При КТ: конкременти нижньої чашки лівої нирки, нижньої третини лівого сечоводу, лівобічний уретерогідронефроз, агенезія правої нирки. В той же день виконана контактна лазерна уретеролітотрипсія з ендопієловезикальним стентуванням лівої нирки. Через 2 доби появилася дизурія, підвищення температури тіла до 39°C. Ректально: передміхурова залоза не збільшена, не болюча. Із сечі виділена *P. aeruginosa* 10^4 КУО/мл, чутлива до піперациліну-тазобактаму і амікацину. Призначено в/в амікацин. Температура тіла нормалізувалась на третю добу, дизурічні явища пройшли, хворий виписаний у задовільному стані.

Через 5 діб госпіталізований у септичному стані – температура тіла до 40°, озноб, загальна слабкість, зниження АТ. В крові - лейкоцити $35,9 \times 10^9$ /л, зсув лейкоформули вліво, в сечі - лейкоцити на 1/2 п/з, еритроцити 4-6 у п/з, слиз +, бактерії +. Аеробна бактеріальна флора із сечі та крові не виділена. При МРТ: на рівні L₅-S₁ справа гідрофільне утворення 32×25×19 мм, ймовірно рудимент правої нирки; асиметрія сім'яних пухирців, правий збільшений до 42×32×27 мм, права сім'явиносна протока розширена до 9 мм; передміхурова залоза не збільшена, з чіткими контурами, структура неоднорідна. Встановлений діагноз: Синдром Ціннера - іпсилатеральна агенезія нирки, нагноєння кісти сім'яного пухирця, обструкція сім'явиносної протоки справа. СКХ. Камінь нижньої чашки лівої нирки хворого нормалізувався. Ендопієловезикальний стент видалений через 10 діб. При контрольному обстеженні через 3 місяця скарг немає, аналіз крові і сечі в нормі, при УЗД правий сім'яний пухирець зменшився.

Таким чином, кіста сім'яного пухирця, як складова синдрому Ціннера, може бути вродженою або розвинути в результаті обструкції сім'явиносної протоки.

Сучасні методи візуалізації дозволяють діагностувати означену ваду розвитку. За умови своєчасної діагностики та адекватної антибактеріальної терапії нагноєння кісти сім'явиносною протоки успішно лікується консервативно.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЇ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ДЕРИВАЦІЇ СЕЧІ

Тимошенко А.В., Власов Я.В.

проф. Л.П. Саричев, проф.. Е.О. Стаховський

Українська медична стоматологічна академія, кафедра урології з судовою медициною, м. Полтава. Національний інститут раку, м. Київ

Пізня діагностика та рецидиви після органозберігаючої тактики лікування раку сечового міхура (PCM) з використанням променевої терапії призводять до тяжких ускладнень, інвалідизації та соціальної дезадаптації хворих. В таких випадках радикальне лікування часто не можливе, проте цистектомія може усунути загрозові для життя ускладнення та покращить якість життя хворих.

Мета: оцінити рівень якості життя пацієнтів після цистектомії в залежності від виду відведення сечі: модифікована унілатеральна уретерокутанеостомія (УКС) та операція Брікера (ОБ).

Матеріали та методи: клінічному аналізу підлягали 226 хворих з PCM, які з 2015 по 2018 роки підлягли радикальній 117 (51,7%), рятівній 13 (5,9%) або паліативній 96 (42,4%) цистектомії. Серед них модифікована унілатеральна УКС виконана у 120 (53,1%), деривація сечі за Брікером у – 106 (46,9%) випадках зі стадією T(II – IV).

Результати дослідження. Відсутність необхідності накладання міжкишкового анастомозу при УКС дало можливість проведення цистектомії у пацієнтів з вираженою коморбідністю з мінімальним ризиком післяопераційних ускладнень. Аналіз якості життя після цистектомії в залежності від виду деривації сечі показав статистичну різницю лише у показнику RP: УКС - $39,75 \pm 0,87$ проти ОБ – $53 \pm 0,95$ ($p=0,04$).

Висновок. Суттєвої різниці рівня якості життя у пацієнтів після модифікованої УКС та операції Брікера в післяопераційному періоді не виявлено, окрім показника фізично-рольового функціонування, що пов'язано із потребою постійного ретентування сечоводів для запобігання розвитку стриктур кутанеостом після УКС.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ

«СТИМУЛ-ОСС»

Треїтяк І. В.

Керівники: ас.Веруга О.І. , Треїтяк В. О .

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Заміщення кісткових дефектів при оперативних втручаннях на альвеолярних відростках верхньої і нижньої щелеп є важливим заходом щодо збереження анатомічної й функціональної цілісності кісткової тканини.

Мета дослідження. Вивчити ефективність хірургічного лікування хворих з радікулярними кістами, що передбачає введення в післяопераційну кісткову порожнину препарат «Стимул-Осс» як чинник оптимізації процесу репаративного остеогенезу, без призначення загальної антибактеріальної терапії у післяопераційний період.

Обстежено 9 хворих віком від 18–55 років, яких прооперували з причини адидуклярних кіст щелеп. У 8 пацієнтів кіста була на верхній щелепі і у 1 — на нижній. Клінічне обстеження хворих проводили на 1-шу, 3-тю, 5-ту та 7-му доби після хірургічного втручання та оцінювали перебіг післяопераційного періоду.

Такі клінічні ознаки, як самовільний біль у післяопераційній ділянці, біль при пальпації, набряк та інфільтрація м'яких тканин післяопераційної ділянки зникали у пацієнтів обох діагностичних груп на 5-7 день, загоєння післяопераційних ран відбувалося первинним натягом без ускладнень. Лише у одного хворого з другої групи пацієнтів у післяопераційний період на 3-тю добу спостерігали нагноєння операційної рани і розходження її країв, різко виразний набряк м'яких тканин.

При контрольних оглядах через місяць після операції у пацієнтів усіх груп були малопомітні рубці на місці втручання, слизова оболонка – блідо-рожевого кольору, гладкою і блискучою, рухомість зубів після резекції була незначною. При огляді через 6 місяців після оперативного лікування вдалося оглянути лише двох хворих: післяопераційні рубці були ледь помітні, нормотрофічні, слизова оболонка альвеолярного відростка без видимих атологічних змін, рухомість зубів після проведеної резекції була в межах фізіологічної норми.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ

***Трибрат А.А., Донець А.С., Дячук М.В., Зінченко С.Л.,
Слабун Д.Ю., Чумаченко М.О.***

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

*Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність теми. Серед усіх різновидів переломів верхньої кінцівки найбільш поширеними є переломи дистального метаепіфізу променевої кістки. У процентному співвідношенні вони становлять 17% від усіх переломів скелета у дорослих.

Ускладнення посттравматичного періоду зустрічається у 28% випадків при консервативному лікуванні методом тривалої іммобілізації гіпсовою пов'язкою.

Останнім часом методом вибору лікування даної патології стало оперативне лікування із забезпеченням стабільної фіксації відламків та раннім функціональним навантаженням.

Мета. Провести порівняльний аналіз лікування переломів дистального метаепіфізу променевої кістки із застосуванням консервативного та оперативного методу.

Методи дослідження. У 2019 році до травм пункту КП «1-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» зверталися 863 хворих з переломами променевої кістки. Серед постраждалих жінок було 575, чоловіків – 288. Вік хворих становив від 16 до 94 років, середній вік склав 57 років.

Усім постраждалим виконано рентгенологічне дослідження променево-зап'ясткового суглобу в 2-х проекціях. Для уточнення діагнозу у 45 випадках виконувалась комп'ютерна томографія.

Ургентно госпіталізовано – 14 хворих, після контрольної рентгенограми на 5-7 добу – 10, після 1 місяця від травми – 7 (3 з них після повторної травми).

Прооперовано 32 пацієнта: 22 – екстремедулярний остеосинтез блокованою пластиною, 10 – позаочаговий остеосинтез апаратом зовнішньої фіксації.

Досліджені результати консервативного лікування 61 пацієнта. Оцінка результатів проводилася за шкалою DASH та Мейо.

Основні результати. Після оперативного втручання отримано функціональний результат: відмінно – 22, добре – 7, задовільно – 3.

Після консервативного лікування відмінними визнано 54 % випадків. Тривалий час зберігались постімобілізаційні контрактури, альгодистрофії, явища артриту.

Висновки. Своєчасне хірургічне лікування переломів дистального метаепіфізу променевої кістки є профілактикою ускладнень, запорукою отримання позитивних функціональних результатів та своєчасного відновлення працездатності.

Ознаки нестабільності перелому та неможливість первинної репозиції фрагментів є абсолютним показанням до оперативного втручання з виконанням стабільної фіксації та подальшою ранньою розробкою враженого суглобу.

ВИКОРИСТАННЯ СИНГЛЕТНОГО КИСНЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТУ ТА ПЕРИІМПЛАНТИТУ

Федоренко Т.О., Духновський В.М.

Наукові керівники: к.мед.н. Мельник В.Л., к.мед.н. Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Українська медична стоматологічна академія

Однією з проблем сучасної стоматології є наявність патогенної мікрофлори порожнини рота у вигляді біофільму або біоплівки.

Сучасним методом фотодинамічної терапії усунення інфекції є Helbo-терапія. Дане лікування легко інтегрується в програмі „безперервний процес – регенерація” від компанії „Bredent medical”. Принцип дії даної-терапії – синглетний кисень руйнує патогенні бактерії. Ця програма базується на маркуванні стінки бактерії світлочутливими молекулами барвника, які дифундують із фотосинсетази Helbo-blue у біоплівку. Потім молекули барвника активуються лазерним випромінюванням та передають свою енергію на локальний кисень. Завдяки цьому, виникає високоагресивний синглетний кисень, який руйнує майже 100% бактерій у біоплівці

Нами на кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів УМСА застосовані елементи Helbo-терапії у 4-х пацієнтів віком від 29 до 35 років: у 2 пацієнтів – з генералізованим пародонтитом II ступеня у стадії загострення перед проведенням відкритого кюретажу; у 2-х пацієнтів – з периімплантитом. У першому випадку запалення призупинилося, визначалося стимулювання загоювання та зменшення глибини зондування пародонтальних карманів (5-7 день). У другому випадку при інтраоперативному забарвленні біоплівки стерильною фотосинсетазою Helbo було видно контамінацію на кісткових та м'яких тканинах, яку синтезували за допомогою лазерного випромінювання.

Результат – успішна регенерація та загоювання (11-13 день). В нашій практиці вперше було застосовано замість лазеротерапії по технології компанії „Bredent medical” ефект від опромінення червоним спектром світла (режим R) приладу LUX DENT UFL-122 (м. Київ) (Патент №141478 від 10.04.2020р «Спосіб світлолікування захворювань тканин пародонта»). Отримані результати дії спектру світла підтверджують спорідненість у використанні даного приладу і позитивного ефекту з європейськими стандартами компанії „Bredent medical”.

Використовування Helbo-терапії у пацієнтів з хірургічною патологією дає стійкий позитивний результат з використанням синглетного кисню.

ПРОГНОЗУВАННЯ СКЛАДНОЇ ІНТУБАЦІЇ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ **Федченко Р.С., Коровін А.В., Мирошніченко А.А., Миколенко І.І.**

Науковий керівник ас. Федоров М.А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність теми: забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів і досягнення адекватного газообміну одна із головних цілей лікаря інтенсивної терапії. Від правильного та своєчасного запобігання критичної гіпоксії залежать якість і кінцевий результат надання медичної допомоги хворим. Забезпечення адекватної прохідності дихальних шляхів стосується одного із важливих завдань анестезіології, а саме — нормального стану хворого під час анестезії. Складна інтубація трахеї є дуже важливою проблемою в клінічній анестезіології. Частота складної інтубації трахеї становить від 1,0 до 6,4 %, тимчасом як в акушерській практиці ця цифра сягає 7,9 %. Тяжка вентиляція через маску може бути у 41–50 % випадків хворих із складною інтубацією трахеї, а взагалі неможливою вентиляція через маску спостерігається у 0,0001–0,02 % хворих. У кожному випадку невдалої інтубації виникає ситуація, що безпосередньо може збільшувати ризик ускладнень або навіть летального випадку. Питання складної інтубації трахеї очевидне і в нашій країні. Мета роботи: профілактика гіпоксії у хворих із складною інтубацією трахеї. Методи дослідження: для визначення частоти тяжкої інтубації трахеї та прогностичної ефективності різних шкал нами було проведено дослідження 45 хворих перед операцією на щитоподібній залозі. Перед оперативним втручанням ми оцінювали ризик загальної анестезії за шкалою «Американського товариства анестезіологів», проводили прогнозування тяжкої інтубації трахеї за допомогою трьох шкал: шкали «тяжких дихальних шляхів», шкали Вільсона й «індексу тяжкої інтубації» (ITI). Одним із найбільш популярних предикторів, який використовується для прогнозування тяжкої інтубації трахеї, є тест Маллампаті. В обстежених хворих із III–IV класом за Маллампаті тільки у 10,5 % була тяжка інтубація трахеї, а у 89,5 % пацієнтів вона не була складною. Тироментальна дистанція менше 6 см у хворих трьох груп мала вірогідний вплив на прогнозування складної інтубації трахеї внаслідок частого збігу (46,6 %) із тяжким ступенем ларингоскопічної картини за Кормаком-Ліхеном.

Наявність короткої шиї вірогідно впливала на частоту тяжкої інтубації в результаті частого (41,4 %) збігу з тяжким ступенем ларингоскопічної картини. Досить переконливі результати були отримані при вивченні впливу аномалії (гіпоплазія, зміщення відносно серединної осі тіла) щитоподібного хряща на частоту складної інтубації трахеї. Аналіз отриманих результатів показав, що наявність аномалії

щитоподібного хряща має вірогідний вплив на частоту складної інтубації трахеї у хворих із хірургічною патологією щитоподібної залози. Це пояснюється тим, що наявність аномалії щитоподібного хряща в 66,2 % випадків збігалася з тяжким ступенем ларингоскопічної картини за Кормаком-Ліхеном. Наявність «дитячої» гортані у хворих усіх трьох груп також вірогідно часто асоціювалась із складною інтубацією трахеї, тому що в 62,6 % збігалася з тяжким ступенем ларингоскопічної картини. Найчастіше для прогнозування тяжкої інтубації трахеї використовують шкали: Вільсона, ІТІ та рейтингову шкалу оцінки дихальних шляхів.

Аналіз отриманих результатів дослідження показав, що найінформативнішою для прогнозування складної інтубації трахеї була шкала ІТІ. Це можна пояснити тим, що вона включає в себе більшу кількість прогностичних факторів, а також у 83,3 % випадків при сумі балів ≥ 1 бала збігається з тяжким ступенем ларингоскопічної картини за Кормаком-Ліхеном.

Висновок: правильний підхід до складної інтубації трахеї — одне з найважливіших завдань, яке необхідно розв'язати анестезіологу. Частота тяжкої інтубації трахеї залежно від патології щитоподібної залози різна, найчастіше вона трапляється у хворих на гіперплазію щитоподібної залози. Використання одного тесту або шкали має досить низьку прогностичну значущість щодо передбачення складної інтубації. Найбільш раціональним є застосування для прогнозування складної інтубації трахеї є шкала «Індексу тяжкої інтубації».

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Хоменко Т.І., Сидоренко А.А., Жовтяк А.Е., Настиченко М.Ю.,
Свириденко О.В.**

Науковий керівник: ас. Лебідь В.Г.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність проблеми остеоартриту (ОА) зумовлена його широкою розповсюдженістю, складністю в лікуванні та ранньою інвалідизацією хворих. ОА відноситься до хвороб з високою коморбідністю і часто поєднується з артеріальною гіпертензією, атеросклерозом, ішемічною хворобою серця.

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

В дослідження включені 60 хворих чоловіків та жінок віком від 52-67 років, розділених по групах: *1 група* - (n=30), яка отримувала хондропротектор (хондроїтину сульфат 200 мг № 12 ін'єкцій, а потім - хондроїтин сульфат по 1 саше 1 раз на добу, 3 міс.); *2 група* – (n=30) не отримувала хондропротективної терапії. Усі пацієнти отримували терапію супутніх захворювань: приймали антигіпертензивний препарат (амлодипін 5мг/гідрохлортиазід 12,5мг/валсартан 160 мг, постійно), антигіпертензивний, іполіпідемічний фітопрепарат Равісол по 5 мл 3 рази на добу, за 30 хвилин до їжи, 6 міс.), вітаміни (Вітагама D3 2000 через день на протязі року).

Для визначення ефективності лікування нами використовувались вираженість синовіту за даними УЗД дослідження колінних суглобів, показники індексу Лекена, шкали WOMAC, ВАШ в динаміці через 3 місяці обстеження.

Відмічена позитивна динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату в обох групах пацієнтів: через 3 місяці терапії синовіт за даними УЗД не було виявлено у жодного з обстежених пацієнтів. У той же час показники якості життя були вищими у пацієнтів першої групи. Відмічалось більш виражене зниження індексу Лекена ($6,5 \pm 1,35$ в першій групі та $8,5 \pm 1,45$ в другій групі), за показниками шкали WOMAC по всіх 17 пунктах відмічалось достовірне ($p < 0,05$) покращення у першій групі у порівнянні із другою, відрізнялись показники шкали ВАШ ($7,5 \pm 1,6$ в першій групі та $6,5 \pm 1,3$ в другій групі).

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

ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ В ЛІКУВАННІ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

***Цимбал О.О., Мелешко В.С., Пазинич О.С., Пономаренко І.І.,
Шмаленюк М.Д.***

Науковий керівник: доц. Труфанова В.П.

Кафедра дитячої стоматології

Українська медична стоматологічна академія

Карієс зубів і дотепер залишається серйозною медичною та соціальною проблемою не лише для України, а для багатьох країн світу. Так, за даними Ірини Мазур, отриманими при співпраці стоматологів з фахівцями Національного наукового центру «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук (НАМН) України» у пацієнтів, які перенесли заміну клапана серця, у зразках, виділених із клапана серця, наявні представники мікрофлори порожнини рота. Останнім часом значно збільшилась кількість пацієнтів, яких направляють хірурги-стоматологи стаціонарного відділення для консультації.

Так, 29 серпня на кафедру дитячої стоматології направили батьків з дитиною, 7 років, зі скаргами на наявність нориці з гнійним виділенням в підщелепній ділянці. Із анамнезу в березні лікували 36, 46 з приводу гострого глибокого карієсу. В червні звернулись за допомогою до лікаря-стоматолога зі скаргами на біль в зубі на нижній щелепі праворуч.

Встановлено діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 46. З подальшим тимчасовим пломбуванням кореневих каналів кальційумісними препаратами.

В серпні госпіталізована до стаціонарного відділення з діагнозом гострий гнійний піднижньощелепний лімфаденіт зліва. В стаціонарному відділенні під загальним знеболенням зовнішнім доступом гостро і тупо проведено розтин абсцесу, отримано гнійний ексудат, рана промита і дренована з подальшим лікуванням за протоколом ведення гнійної рани. Рана загоїлась вторинним натягом. Через сім днів дитина виписана із стаціонарного відділення з покращенням загального стану.

Через декілька днів звернулись зі скаргами на появу нориці з гнійним ексудатом на місці післяопераційного рубця. Встановлено діагноз: Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 36, нориця в підщелепній ділянці ліворуч. Направлена до терапевта-стоматолога для уточнення діагнозу та подальшого ендодонтичного лікування 36. Аналізуючи клінічний випадок ми припустили, що перша помилка допущена лікарем-стоматологом у перше відвідування, коли бу-

ло встановлено діагноз: гострий глибокий карієс 36,46. Замість первинно хронічного фіброзного пульпіту 36,46.

Друга помилка - лікар недостатньо видалив розм'якшений, інфікований дентин, поставив лікувальну прокладку, сподіваючись на ремінералізацію дна каріозної порожнини. Проте цього не сталося, і як наслідок у зубі 46 розвинувся первинно хронічний пульпіт, який клінічно себе проявив у червні, а у зубі 36 розвинувся первинно хронічний періодонтит, який проявив себе клінічно у серпні.

Третя помилка – лікар-хірург-стоматолог не провів детальне обстеження зубних рядів, не направив на рентгендіагностику причинного зуба.

Отже, запобіганню помилок та ускладнень сприяє відповідний вибір лікувальної тактики, а також послідовне і правильне виконання кожного з етапів

ЗМІНИ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ, ЩО ВМІЩУЄ БІШОФІТ

Цимбал О.О., Пономаренко І.І.

**Накові керівники: проф. Скрипников П.М., проф. Лобань Г.А.,
к. мед. н. Хавалкіна Л.М.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Порожнину рота - це комплексна екологічна система, в якій зовнішні фактори (біологічні, індивідуальні, соціальні) взаємодіють із внутрішніми (пародонт, бактеріальне співтовариство, локальна імунна система, епітелій порожнини рота). Як і в оточуючому середовищі, всі компоненти системи знаходяться у динамічній рівновазі.

При виникненні сприятливих умов може розвинути патологічний стан який необхідно лікувати. Арсенал лікарських засобів великий і вимагає від лікаря знань, умінь у застосуванні і наданні рекомендацій.

ТОВ «Жардін Косметік» (Україна) розробило засіб по догляду за ротовою порожниною Antiqua Mare MAX, що вміщує тільки натуральні продукти: мінеральний комплекс Бішофіт Полтавський, прополіс, відвари листя стевії, кореню солодки, кори дуба (Висновок санітарно-епідеміологічної експертизи №602-123-20-1/781 від 21.01.2019 р.).

Мета роботи – вивчити ефективність впливу на мікрофлору порожнини рота засобу по догляду за ротовою порожниною Antiqua Mare MAX.

Матеріал і методи. Для вирішення поставленої мети використовували музейні штами *E. coli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923, *S. epidermidis* ATCC 14990, *E. faecalis* ATCC 29212, *M. lysodeicticus* ATCC 4698 та *C. albicans* ATCC10231, одержані з ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України» (м. Київ). Із зазначених штамів готували добові культури на скошеному поживному агарі МПА або агарі Сабуро (ТОВ «Фармактив», Україна) інокулюми яких доводили до 0,5 за Мак-Фарландом. Чутливість стандартних штамів мікроорганізмів до препаратів вивчали кількісним методом відповідно до наказу МОЗ України за №167 від 05.04.2007 р. «Про затвердження методичних вказівок «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів».

Результати дослідження . При вивченні впливу Antiqua Mare MAX на музейні штами кишкової палички, ентерококів, мікрококів, епідермального і золотистого стафілококів та дріжджеподібних грибів виявили здатність препарату пригнічувати ріст цих культур мікроорганізмів у рідкому середовищі, що повністю співпадало в трьох повторних визначеннях.

При дослідженні дії препарату на музейний штам *S. aureus* після інкубації ріст тест-культури був відсутній у розведеннях 1:1–1:2. Під впливом препарату повна стерильність середовища досягалась у розведенні 1:1. Чутливість музейного штаму *S. epidermidis* до досліджуваного препарату була подібна до такої *S. aureus*.

Музейний штам *E. faecalis* ATCC 29212 виявився чутливим до Antiqua Mare MAX у максимальному розведенні 1:32, але МБК у даному разі становила 1:1. Препарат затримував ріст тест-культури *M. lysodeicticus* ATCC 4698 у титрі 1:4 та виявляв бактерицидний ефект у розведенні 1:1.

Під впливом Antiqua Mare MAX пригнічення росту *C. albicans* спостерігалось у розведеннях 1:1–1:64.

Висновки. Antiqua Mare MAX демонстрував пригнічуючу дію на музейні штами грампозитивних коків, кишкової палички та дріжджеподібних грибів, що свідчить про наявність у нього антимікробних властивостей та їх широкий спектр. Найбільш чутливими до дії препарату виявилися штами *C. albicans* ATCC10231 та *E. faecalis* ATCC 29212.

Таким чином, відповідно отриманим результатам, препарат Antiqua Mare MAX може бути рекомендованим в клініці для лікування грибкових стоматитів викликаних *C. albicans*.

ВИКОРИСТАННЯ КОФЕРДАМУ ПРИ ПРЯМОМУ МЕТОДІ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСОВИХ ВКЛАДОК

Цимбал О.О.

Наукові керівники: к.мед.н. Соколовська В.М., доц. Цветкова Н.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів

Українська медична стоматологічна академія

Високий ризик контамінації стоматологів вірусними і бактеріальними інфекціями, що виникає при препаруванні зуба та інших маніпуляціях, визначив розвиток цілого наукового і практичного напрямку в стоматології, основною метою якого є захист лікаря від інфекції і створення зручного доступу до операційного поля, комфортних умов для пацієнта, а також підвищення ефективності самого лікування. Цим умовам відповідає система ізоляції операційного поля в стоматології, яка називається кофердам. За більш ніж 120 років історії застосування кофердаму виконана велика кількість досліджень, що показали високу ефективність його використання при стоматологічних втручаннях, як для пацієнта, так і для лікаря. Кофердам знижує частоту аспірації стоматологічними інструментами (Susini G. et al., 2017), виключає контакт кореневого каналу зі слиною, медикаментами та мікроорганізмами, захищає від випадкового заковтування дрібних предметів і детриту (Minoodt I. et al., 2015).

Мета дослідження. Оптимізація часу затраченого лікарем при виготовленні кукової вкладки прямим методом з використанням кофердаму.

Завдання. Провести порівняльну оцінку затраченого часу при виготовленні куксової вкладки з використанням для ізоляції операційно поля системи кофердам і без нього.

Результати дослідження. Нами проведено протезування 34 однокорневих зубів уксовими вкладками, виготовленими прямим методом. Пацієнти відбирались з подібними анатомо-топографічними дефектами коронкової частини зуба, локалізованими у фронтальній ділянці і були розподілені на 2 групи. Першій групі (17 осіб) підготовка коренів і моделювання кукси воском проводилась із застосуванням кофердаму; другій групі (17 осіб) – без нього. При лікуванні пацієнтів з використанням кофердаму в середньому витрачалося 25-30 хвилин, при цьому запобігали травмуванню ясен при препаруванні та опікам гарячим шпателем при моделюванні кукси з воску. Крім того, пацієнти першої групи відмічали більший комфорт при проведенні маніпуляцій в порожнині рота (вільні рухи язика, можливість ковтати слину, менше стомлювались м'язи щелепи) в порівнянні з пацієнтами другої групи.

При підготовці кореня зуба під куксову вкладку без накладання кофердаму в середньому витрачалося 40-45 хвилин, що на 40% більше в порівнянні з часом, витраченим на прийом пацієнтів першої групи.

Таким чином, на підставі проведеного дослідження можна констатувати, що використання кофердаму скорочує час перебування пацієнта в кріслі, так як захищає операційне поле не тільки від слини, а й від активних рухів язика. Час, витрачений на постановку кофердаму компенсується скороченням часу на роботу.

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ В ПРОГРАМАХ ЕКЗ

Чамата К. Г., Мільшина Ю.В., Харченко Р. А., Гречко Г.О.

Науковий керівник: ас. Шиманська Я.В.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: В Україні неуклінно зростає кількість неплідних шлюбів, як з причин жіночого, так і чоловічого непліддя (по 40% кожної з причин). Безпосередні позитивні результати в програмах екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) (до 35-40%), ще не гарантують того, що вагітність у цих жінок буде доношена та перебігатиме легко і без ускладнень.

Мета дослідження: Провести комплексний аналіз перебігу вагітності у жінок в програмах ЕКЗ.

Матеріали та методи дослідження: Проведений ретроспективний аналіз 120 історій вагітності, пологів та післяпологового періоду пацієнток, що перебували у Полтавському перинатальному центрі в 2017 - 2019 роках після програм ЕКЗ.

Результати дослідження: Середній вік пацієнток склав 33 роки. Кількість жінок, що завагітніли вперше, склала 59%, повторновагітних - 41%. Група вагітних старше 30 років включала 94% жінок. Під час аналізу екстрагенітальної захворюваності виявлено, що 74% жінок страждали захворюваннями серцево-судинної системи, 34% - хронічними захворюваннями ЖКТ, 29% - захворюваннями сполученої тканини, 33% - ендокринними захворюваннями, 30% мали порушення ліпідного обміну. Причинами непліддя були: в 46% - трубно-перитонеальне, в 42% - ендокринна патологія, чоловічий фактор – в 12%. Попередні вагітності у

повторно вагітних найчастіше ускладнились: порушеною позаматковою вагітністю – в 54%, невдалою спробою ЕКЗ – в 37%, прееклампсією – в 35%, самовільним викиднем – в 13%, викиднем, що не відбувся, - у 8%, штучним перериванням вагітності – в 9%. Під час аналізу перебігу теперішніх вагітностей виявлено: 54% вагітних мали анемію, 65% - інфекційні та сполучені з ними ускладнення, у 52% відмічались гемостазіологічні ускладнення, в 62% - порушення гемоциркуляції в фетоплацентарному комплексі. Синдром затримки розвитку плода мав місце у 33% вагітних.

Висновки: Вагітність із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій є загрозливою з різноманітних перинатальних ускладнень, що потребує індивідуального підходу в зв'язку з частим порушенням ендокринного статусу у пацієнток, реалізації бактеріальної та вірусної інфекції, гормональної недостатності, порушень гемостазу, викликаних гормональним навантаженням при проведенні стимуляції овуляції.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ

Чеботар О.В., Силка М.О.

Науковий керівник: доц. Ткаченко О.Я.

Кафедра педіатрії №2

Українська стоматологічна академія медична

Епідемія коронавірусної хвороби 2019 року (COVID-19), яка розпочалася в грудні 2019 року, спровокувала надзвичайну ситуацію в більшості країнах світу і стала підставою для оголошення ВООЗ пандемії. Збудником коронавірусної хвороби є SARS-CoV-2, який відноситься до сімейства бета-коронавірусів і містить одноланцюгову РНК. Діти, так само як і дорослі, хворіють на COVID-19, однак зазвичай симптоми коронавірусної інфекції у них набагато легші і показник смертності серед дитячої популяції досить низький. На сьогоднішній день захворюваність на COVID-19 у дітей сягає максимум 5% від усіх зафіксованих випадків. У віковій категорії 10-18 років відсоток смертельних випадків складає 0,2% від загальної кількості; серед дітей до 9 років летальних випадків зафіксовано не було (Worldometers, 2020).

Мета роботи: вивчити клінічні особливості перебігу COVID-19 у дітей.

Основними шляхами передачі цієї інфекції є повітряно-краплинний, контактний та повітряно-пиловий. Проте існують потенційні докази фекально-орального механізму передачі, який може відігравати чи не основну роль поширення вірусу у дитячій популяції (Yi Xu, 2020). Про це свідчать дані однієї з клінік Китаю, де методом ПЛР реверсної транскрипції в реальному часі був виділений РНК SARS-CoV-2 у 10-ти дітей. Клінічна симптоматика в усіх пацієнтів була досить неспецифічною, і жодна дитина не потребувала дихальної підтримки або інтенсивної терапії. На рентгенограмах грудної клітки не було характерних ознак пневмонії. Але поряд з цим, у восьми дітей були отримані позитивні результати мазків з прямої кишки (навіть при негативних мазках з носоглотки), що, звичайно, підвищує можливість фекально-оральної передачі. Враховуючи ці особливості перебігу та за умови більш широкого застосування діагностичних тестів, кількість педіатричних пацієнтів безумовно зросте. Виходячи із зібраних даних, інфіковані діти мають порівняно легку клінічну симптоматику, ніж дорослі. Моноінфекція у них зазвичай протікає у вигляді легкого або середньо-тяжкого уражен-

ня верхніх відділів дихальних шляхів. Інколи може спостерігатися коінфекція з іншими респіраторними вірусами (риновірус, бокавірус, аденовірус), що ускладнює перебіг захворювання і призводить до ураження нижніх відділів респіраторного тракту та розвитку бронхіоліту чи пневмонії.

Випадки коронавірусної інфекції у дітей, що обумовлені SARS-CoV-2, не дозволяють об'єктивно оцінити її особливості перебігу, а також характерні клінічні прояви цього захворювання на всіх стадіях. Згідно існуючих даних діти менш сприйнятливі до коронавірусу нового типу. Можливо це пов'язано з особливостями будови дихальних шляхів, незрілої імунної системи чи сприйнятливості до респіраторних вірусних інфекцій.

ОПТИМІЗАЦІЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Чернищенко І.О., Баранник А.В.

Науковий керівник: доц. Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність: варикозна хвороба – широко поширена в Україні патологія судин на яку страждає 15 – 17% населення в цілому, 25% – працездатного населення. В осіб від 15 років, захворювання виявляється у 10 – 15% чоловіків та 20 – 25% жінок.

Проблема знеболення при операціях на венах постійно знаходиться у центрі уваги хірургів і анестезіологів. В останній час активно застосовуються сучасні малоінвазивні методи лікування. Основний метод анальгезії при них – тумесцентна анестезія 0,1% розчином Кляйна. Метод заключається в тому, що створюють тумесцентну водну "подушку". У випадку розширення об'єму операції виконують блокаду сідничного нерва.

Мета: оптимізація анестезіологічного забезпечення оперативного втручання у пацієнтів, що мають варикозну хворобу нижніх кінцівок.

Матеріали та методи дослідження: групу дослідження склали 40 осіб: 54% чоловіків та 46 % жінок у віці від 35 до 64 років. Середній вік склав близько 49,5 років, яким проводилась венектомія з приводу варикозного розширення вен.

Пацієнти були розподілені на 2 групи: I група – венектомія проводилась під тумесцентною анестезією (для тумесцентної водної "подушки" використовували холодний озонований 0,1% розчин лідокаїну з температурою 5 – 7 °С, концентрацією озона 4 – 5 мкг/мл і часом насичення озоном 5 – 8 хв.); II група – під спінальною анестезією (у положенні сидячи після попередньої обробки 70% розчином спирту під місцевою анестезією на рівні L3-L4 проведена люмбальна пункція субарахноїдального простору і введенням в нього гіпербаричного 0,5% бупівокаїну).

Інтенсивність больового синдрому визначалась за візуально – аналоговою шкалою оцінки болю Вонг-Бейкер під час операції, в ранньому післяопераційному періоді (через 2 години після операції), через 6 годин та 24 години після операції.

**Результати досліджень: інтенсивність больового синдрому
(середнє арифметичне значення):**

	Тумесцентна анестезія	Спинномозкова анестезія
Під час операції	0 балів	0 балів
Ранній післяопераційний період	1,4 бала	0,6 бала
Через 6 годин після операції	0,22 бала	3,1 бала
Через 24 години після операції	0,18 бала	3,8 бала

Отже, при порівнянні больового синдрому після тумесцентної і спинномозкової знеболеннях спостерігається суттєва різниця. При тумесцентній анестезії інтенсивність больового синдрому склала близько 0.6 бала, при спинномозковій анестезії – близько 3.1 бала. Перевагами тумесцентної анестезії є значне зменшення післяопераційного больового синдрому в пізньому післяопераційному періоді

ВИБІР ЗУБІВ ДЛЯ ВИДАЛЕННЯ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ.

Чиркова В. М., Хафіан М. А.

Науковий керівник: ас. Петрова А. В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Українська медична стоматологічна академія

Відповідно до сучасних уявлень, найчастішим вибором для видалення по ортодонтичним показанням є перші премоляри. Метою нашого дослідження було розглянути альтернативні варіанти видалення здорових зубів при ортодонтичному лікуванні. Було проведено аналіз літературних джерел по темі за останні двадцять років.

Деякі ортодонти пропонують видаляти замість перших премолярів другі, створюючи «природну» гіподонтію. Ця пропозиція пов'язана з тим, що другі премоляри частіше схильні до адентії, їх видалення чинить менший вплив на профіль обличчя. Рідше, але все ж ортодонти вдаються і до екстракції інших постійних зубів: молярів і різців.

Видалення перших постійних молярів може проводитися через раннє їх руйнування. Ортодонтичне лікування, що включає видалення верхньощелепних перших постійних молярів, має добрі результати лікування та незначно впливає на профіль м'яких тканин. Є вагомі наукові підстави вважати, що екстракція перших молярів у дорослих призводить до вирівнювання других молярів та нормального прорізування третіх, так як збільшується простір для їх прорізування.

Екстракція одного різця нижньої щелепи може бути альтернативою видалення перших премолярів, що дає мінімальні зміни в зубних дугах і профілі м'яких тканин. Але для цього повинні бути оцінені всі фактори для прийняття такого рішення: характер оклюзії, скарги пацієнта, характер росту, стан зубів і пародонту. При лікуванні скупченості нижніх фронтальних зубів у дорослих методом видалення одного з різців рецидив настає рідко, а значить, екстракція одного з різців – гарне ортодонтичне рішення з гарантією стабільності.

Багато ортодонтів використовують в своїй роботі атипову або асиметричну екстракцію, вважаючи, що вона може бути раціональним рішенням для отримання адекватної оклюзії і задовільної естетики.

Всі ці та багато інших фактів приводять нас до висновку, що до видалення окремих зубів слід підходити індивідуально у кожного пацієнта, враховуючи безліч факторів: діагноз (скелетний та зубоальвеолярний), естетичні характеристики обличчя, функціональний стан щелепно-лицевої ділянки, тип росту щелеп, стан твердих тканин зубів, стан пародонту. Це є ознакою сучасного підходу до планування ортодонтичного лікування.

ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ.

Шамрай А.С.

Науковий керівник: доц. Савельєва Н.М.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський національний медичний університет

Гострий виразковий гінгівіт є некротизуючим захворюванням пародонту, яке нерідко розвивається на тлі зниження імунологічної реактивності організму внаслідок перенесених раніше хвороб, що вказує на необхідність індивідуалізованого підходу до проведення ефективного лікування цієї патології.

Мета роботи. Представити клінічний випадок комплексного лікування пацієнта з гострим виразковим гінгівітом.

До кафедри стоматології ХНМУ звернувся пацієнт Л., 21 років, зі скаргами на біль у порожнині рота, кровоточивість ясен, гнилісний запах з роту, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що пацієнт за останні 2 місяці переніс гострий обструктивний бронхіт та вогнищеву пневмонію, в лікуванні яких було застосовано 2 курси антибіотикотерапії. Об'єктивно: ясна на верхній і нижній щелепі гіперемізовані, набряклі, легко кровоточать при дотику. В ділянці 13-24 та 33-43 зубів на міжзубних ясенних сосочках відмічається сірий некротичний наліт, під яким знаходяться різко болісні ерозії. Спостерігається субфебрильна температура та збільшення регіонарних лімфатичних вузлів, які болісні при пальпації.

На підставі комплексного обстеження хворого було виставлено діагноз: гострий виразковий гінгівіт.

Тактика місцевого лікування полягала в послідовному застосуванні препаратів різнонаправленої дії: антисептичної - полоскання та іригації «Декасан»; знеболювальної - аплікації гелю «Камістад»; лізуючої - аплікації протеолітичного ферменту Трипсин; антибактеріальної - аплікації Ніоміцин; протизапальної та регенеруючої - аплікації мазі «Мефенат». Можливості патогенетичного лікування гострого виразкового гінгівіту значно розширилися з появою нових препаратів, які також були включені до схеми лікування, а саме, натуральний розчин для полоскання роту «Аквагрін», який володіє протизапальною, антибактеріальною, репаративною, знеболювальною та імунозміцнюючою дією та імуномодулятор рослинного походження «Хлорфінорм». Враховуючи зв'язок гострого виразкового гінгівіту з послабленням захисних сил організму після перенесених бронхо-легеневих захворювань, у даному випадку особливого значення набуває системне використання препарату «Хлорфінорм», який поряд з імуномодулюючим ефектом має антисептичні властивості та не надає гнітючої дії на нормальну мікрофлору людського організму, чим вигідно відрізняється від антибіотиків широкого спектру дії.

Лікування за запропонованою схемою сприяло ліквідації запалення в тканинах пародонту, нормалізації обмінних процесів в них. На 3-тю добу відзначено

значне поліпшення стану пацієнта, зник неприємний запах із рота; на 5-й день слизова оболонка ясен набула нормального кольору, зникла кровоточивість та болісність при дотику. Досягнення повного клінічного одужання було зафіксовано на 9-ту добу після початку терапії.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ РАНЬОГО ДИТЯЧОГО КАРІЕСУ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ПІД ЗАГАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ

Шеєнко О. К.

Наукові керівники: доц. Денисова О.Г., доц. Стоян О.Ю.

Кафедра стоматології ННІ ПО

Харківський державний медичний університет

Карієс раннього дитячого віку (ЕСС) залишається одним з найпоширеніших хронічних і трансмісивних захворювань у дітей в усьому світі (Meyer F., 2018), незважаючи на широкий спектр доступних профілактичних заходів і методів лікування. Це пов'язано із його багатофакторною етіологією, зв'язком із соціально-економічними та освітніми параметрами. Загальна анестезія (седація) в амбулаторних умовах стоматологічного кабінету дозволяє проводити лікування в оптимальних умовах, іншими словами проводити санацію порожнини рота за одне відвідування, особливо в аспекті відновлюваного лікування тимчасових зубів у дітей раннього віку.

Мета дослідження: вивчення ефективності профілактичних заходів у дітей після санації порожнини рота під загальною анестезією.

Методи дослідження: клінічне стоматологічне обстеження.

Результати дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 15 дітей у віці 3-5 років (кп - $10 \pm 0,3$), яким була проведена санація порожнини рота в умовах загальної анестезії. Після лікування діти були розділені на 2 групи: 1-група (7 дітей) - профілактичні заходи обмежувались гігієною порожнини рота, вибором зубної пасти та щітки батьки опікувались самі, виходячи зі своїх знань і досвіду, 2-га група (8 дітей) - лікар - стоматолог призначав зубну щітку відповідну віку дитини, зубну пасту, що має виражений протикаріозний ефект (Biorepair Kids Milk Teeth) та пропонував протикаріозну дієту. Моніторинг дітей здійснювався кожні 3 місяці. Через 3 місяці в обох групах гігієнічний стан був однаковий (ГІ - $0,1 \pm 0,05$ балів). Але через 6 місяців у 4 дітей першої групи було діагностовано середній карієс апроксимальних поверхонь (приховані каріозні порожнини) і ГІ - $0,4 \pm 0,02$, у 2 групі гігієнічний індекс зберігався - $0,1 \pm 0,04$.

Отже, для запобігання рецидивам каріозного процесу має значення моніторинг стоматологічного стану, дотримання дієтичних норм після лікування тимчасових зубів у дітей раннього віку під загальною анестезією.

ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ПРОВІДНОСТІ У ДІТЕЙ ПРИ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Ярош І.С., Неня І.І., Парнюк Я.О., Пересунько І.О., Харабуа А.В.

Науковий керівник: доц. Танянська С.М.

Кафедра педіатрії № 2

Українська медична стоматологічна академія

На сучасному етапі розвитку медицини пролапс мітрального клапану (ПМК) у дітей є досить актуальною проблемою. Ця патологія відноситься до малих аномалій серця, при якій нерідко виникають різні ускладнення з боку серцево-судинної системи. Але на даний час недостатньо вивченим залишається функціональний стан серця у дітей шкільного віку з ПМК. Особливо важливою є проблема порушень ритму та провідності при цій патології, адже питома вага аритмій з року в рік неухильно зростає.

Тому метою нашого дослідження було вивчення порушень серцевого ритму та провідності при пролапсі мітрального клапану у дітей.

Методи дослідження. На базі педіатричного відділення № 1 КП «Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня» нами було обстежено 41 дитину віком 10-15 років з ПМК. Всім дітям було проведено стандартну електрокардіографію у 12 відведеннях, ехокардіоскопію та, для виключення запальних процесів, – загально-клінічні методи обстеження.

Результати дослідження свідчать, що порушення ритму та провідності спостерігалися у 35 дітей (85,3%). Найчастіше реєстрували екстрасистолічну аритмію – у 23 (65%) обстежених. Важливо зауважити, що у 7 дітей (20%) спостерігалась алоритмічна екстрасистолія у вигляді поєднання суправентрикулярної та вентрикулярної екстрасистолії, у 2 (6,0%) – пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія. Серед обстежених у 4 дітей (11%) була виявлена брадиаритмія, у 2 (6,0%) – ектопічний передсердний ритм, у 4 (11%) обстежених зареєстровано міграцію водія ритму по передсердям. Атріовентрикулярна блокада була діагностована у 2 (6,0%) пацієнтів, синоаурикулярна блокада II ступеня та синдром слабкості синусового вузла – лише в 1 (3,0%) дитини. У 8 (23%) пацієнтів з ареєстровано подовження інтервалу QT, а у 4 (11%) відмічено синдром укороченого інтервалу PQ. Слід також зауважити, що практично у всіх дітей спостерігались порушення процесів реполяризації в міокарді лівого шлуночка.

Таким чином, у дітей з ПМК виявлено високий відсоток різноманітних порушень ритму та провідності, що диктує необхідність обов'язкового обстеження їх з проведенням добового холтер-моніторингу та подальшим динамічним спостереженням для вирішення питань подальшого спостереження, лікування та призначення реабілітаційних заходів.

З М І С Т

ВПЛИВ 1% ЕФІРУ МЕТАКРИЛОВОЇ КИСЛОТИ НА МЕХАНІЗМ АДАПТАЦІЇ ДО ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ

Альошина Т. В., Присяжнюк Д. С...... 3

СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ДІТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Атрощенко О.В., Гетьман А.С., Корба З.В., Хафіан М.А...... 4

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ІНШОЇ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ ТА ШКІРНОЮ ФОРМОЮ ПСОРИАЗУ.

Балко М.В., Билинка Д.В., Пишна А.В., Збираник А.І...... 5

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІНТЕРФЕРОНІВ В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ РЕЦИДИВІВ ВІРУСНИХ БОРОДАВОК.

Бобрицька Ю.С...... 6

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ ГЕКСЕТИДИНУ ПРИ МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

Бобро В.Є...... 6

ЗАСТОСУВАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ РОБСОНА ДЛЯ АНАЛІЗУ РОБОТИ ПОЛОГОВОГО ВІДДІЛЕННЯ КНМП «КРЕМЕНЧУЦЬКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР ІІ РІВНЯ» І ПОШУКУ ШЛЯХІВ ЗНИЖЕННЯ ЧАСТОТИ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ

Богданова В.А., Лиходій С.С., Огородник М.О., Суховій О.В...... 7

РОЛЬ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ В ПРОФІЛАКТИЦІ УСКЛАДНЕНЬ

Боскіна М.Г., Козін О.А., Лепа О.С., Пасічник В.А., Ройко В.А...... 10

ПЕРВИННЕ ВІДВІДУВАННЯ ДИТИНИ У СТОМАТОЛОГА

Боярчук С.А...... 11

ВПЛИВ АКНЕ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Братусь О. С...... 11

ОСОБЛИВОСТІ САЛІВАЦІЇ У ХВОРИХ З АУТОІНФЕКЦІЙНИМИ СТОМАТИТАМИ

Васильченко І.Я., Беда В.В...... 12

КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ У ВИЗНАЧЕННІ УСКЛАДНЕНЬ КОНСОЛІДАЦІЇ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Васько М.Ю...... 13

СПРОЩЕНИЙ АЛГОРИТМ ВІДНОВЛЕННЯ КОНТАКТНИХ ПОВЕРХОНЬ БОКОВИХ ЗУБІВ

Васько М.Ю...... 14

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПРОМЕНЕВИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУХЛИН ШКІРИ ВНУТРІШНЬОГО КУТА ОКА ТА ПЕРЕНІССЯ

Власенко О.В...... 15

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ ДЛЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ СЕДАЦІЇ У ПОРІВНЯННІ З ПРОПОФОЛОМ ПІД ЧАС СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

Волошина О.О., Люліна Ю.Л...... 16

КЕСАРІВ РОЗТИН ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ Врублевський С.В., Походенко О.І., Воронкіна Д.В., Чілінгарян А.О.	17
ЛАПАРОСКОПІЧНА (ТАПП) АЛОГЕРНІОПЛАСТИКА, ЯК МЕТОД ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ Гавриленко В.М.	18
СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ І ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТИТУ Гавриш Н.В.	19
ХВОРОБА МОЯ-МОЯ: ПОЛІМОРФНІСТЬ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ Газдик В.І., Бажатарник А.Д.	20
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ Галушка О.В., Енукідзе Н.І., Королькова Е.С., Невкрита В.А., Сімонова М.А., Юхіменко В.О.	21
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РОЗУВАСТАТИНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА Герасименко Т.М., Малинський О.В., Мироненко А.В., Бойко О.О., Гапша Н.А., Гришанович А.В., Качур В.О., Колісник А.А., Король-Черних С.В., Олійник А.І.	22
ОСОБЛИВОСТІ КРИСТАЛУРІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ ТА ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ Гнідаш В.О., Давтян А.В., Жаріна К.М., Гребенюк П.О., Постільняк К.І.	22
МЕТОДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ Головко Д.Р., Головко О.С.	23
ЦІЛОДОБОВА ПРАВИЛЬНА РОБОТА ДИСТАНЦІЙНОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ТЕЛЕМЕТРИЧНОГО ЦЕНТРУ Є ОСНОВОЮ ДЛЯ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ БРИГАДАМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ» Голубенко Л.Ю., Марченко Л.С., Мжібер А.А., Попова А.В., Семеренко А.О., Сушко А.В., Шевельова В.С.	24
ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ D-ДИМЕРУ ДЛЯ ВЕРИФІКАЦІЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ Гордієнко О.О., Гордієнко А.В.	25
РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ 2019-2020 НАВЧАЛЬНОГО РОКУ ЗА ЩОРІЧНОЮ КАФЕДРАЛЬНОЮ СТРАТЕГІЄЮ «ЛІКАР У БОРОТЬБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ» Городницька І.М., Борзих Я.А., Кідрон-Лісовська І.Г., Третяк А.О., Чмир А.А., Ковальчук М.М., Гаверюшова М.В.	26
РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ПІД МАСКОЮ МІЄЛІТУ (ОПИСАННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ) Гуртовий І.Р.	27
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗУБНОГО ЕЛІКСИРУ“ЛІЗОМУКОЇД” В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГРИБКОВИХ СТОМАТИТІВ Гутовська Н.Ю., Житеньова А.О.	28

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ХРОНОТИПУ

Гузаревиц Є.Ю., Животовська А.І. 29

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА МІКРОСПОРІЮ НАСЕЛЕННЯ М. ПОЛТАВИ З МЕТОЮ РОЗРОБКИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ.

Давиденко І.М. 31

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПРОЛОНГОВАНИХ БРОНХОЛІТИКІВ ІЗ СПЕЛЕОТЕРАПІЄЮ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.

Даниленко Т. О., Наріжна Г. О., Проценко М. С., Саханська Д. М., Черневецька К. А Шевченко М. М. 32

ЕЛЕКТРОННА АУСКУЛЬТАЦІЯ ЯК МЕТОД ВДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ СЕРЦЕВИХ ШУМІВ У НОВОНАРОДЖЕНИХ В РАНЬОМУ НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Данільченко В.Е. 33

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄТА З ТРИГЕМІНАЛЬНОЮ НЕВРАЛГІЄЮ ІІ ГІЛКИ ЗЛІВА ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Деменчук С.В., Середзінський В.В. 34

МЕДІАЛЬНА ДИСЛОКАЦІЯ ІНТРААРТИКУЛЯРНОЇ ПОРЦІЇ СУХОЖИЛКА ДОВГОЇ ГОЛОВКИ ДВОГОЛОВОГО М'ЯЗА ЯК ПРИЧИНА БОЛЬОВОГО СИНДРОМА ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Джумасєв М.У., Голоєко Д.В, Дмитрієв М.В., Кравцов І.В. 35

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДИК ПРЕОКСИГЕНАЦІЇ

Дзябенко А.Ю., Турлаков В.О., Мищенко Ю.С. 36

НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ МАСТОЇДИТУ

Дуденко Е.В., Підтоптана Н.Ю. 37

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОГО ГЕЛЮ З «НЕОВІТИНОМ» ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Єманов А.В. 38

ПРОФІЛАКТИКА НА РІВНІ МАКРООРГАНІЗМУ ЯК АКТУАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТА З КАРІЄСОМ

Єрмоленко Є.В. 39

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Жгута У.А., Бородай В.А., Галько А.В., Москаленко Т.О., Слюсаренко Л.В., Пипко І.О. 40

ВІДОБРАЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ МНОЖИННОЇ ОСОБИСТОСТІ В ЛІТЕРАТУРІ ТА КІНЕМАТОГРАФІ

Животовська А.І. 41

ДИСБІОТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВО-НЕКРОТИЧНОГО ГІНГІВО-СТОМАТИТУ У ХВОРИХ

Житеньова А.О., Гувовська Н.Ю. 43

ОЦІНКА ОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ПСЕВДОЕКСФОЛІАТИВНИМ СИНДРОМОМ

Жуїні Дхіа Еддін, Ушакова А. В., Кузьменко В. І. 44

НЕЙРОТОКСИН ТИПУ А- НОВІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ	
Заровський А.А.	45
ВИКОРИСТАННЯ КОФФЕРДАМУ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ	
Затолочна М. А.	46
ПОКАЗАННЯ ТА ПЕРЕВАГИ ВИКОНАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТОТАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ З БІЛАТЕРАЛЬНОЮ ФІКСАЦІЄЮ КУКСИ ПІХВИ	
Зезекало В.М.	47
ПЕРЕВАГИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ХОЛЕДОХОСКОПІЇ НАД ХОЛАНГІОГРАФІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ	
Зезекало Є.О.	48
ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВІЛ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	
Зозуля С.А., Бурба І.Г., Кучеренко Т.В.	49
МЕНЕДЖМЕНТ ПАЦІЄНТІВ З ГІПНІЧНИМ ГОЛОВНИМ БОЛЕМ (ОПИСАННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ)	
Ізюменко О.П.	49
ДОСЛІДЖЕННЯ СТРУКТУРИ ТА ПОШИРЕНOSTІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ НА ФОНІ ОЖИРІННЯ	
Казакова Я.В., Майбородіна Д.Д.	50
ВПЛИВ НАДМІРНОЇ ВАГИ ТІЛА НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ	
Казирод В. В., Гаврилюк І. О., Феденюк А. В., Зінченко В. А.	51
СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТУ У ДІТЕЙ З ГАСТРОДУОДЕНІТОМ.	
Кальсіна І.О., Лошак А.С., Назаров Я.І.	52
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МУКОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ.	
Кальченко Е.В., Корнієнко Н.В., Кришталь Н.В., Мєдведєва А.С., Савченко А.М., Савченко В.О.	53
ВПЛИВ ТРИВАЛОГО ПРИЙОМУ НПЗП НА РОЗВИТОК ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТОЗОМ	
Кереченко О.М., Коробчук М.С., Кудінова Ю. І. Щербина Н.В., Абулєбда Мохаммед	54
ОЦІНКА СУЧАСНИХ АНЕСТЕЗУЮЧИХ ПРЕПАРАТІВ У СТОМАТОЛОГІЇ	
Кіптілій А.В.	55
ЗВ'ЯЗОК АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ПТСР	
Кірічок Д.А., Томіленко К.В.	56
ПРОЛОНГОВАНА ЕПІДУРАЛЬНА БЛОКАДА В КОМПЛЕКСНІЙ ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	
Коваленко І.М., Харченко А.В.	58
СТОМАТОЛОГІЧНЕ НАВЧАННЯ ВАГІТНИХ – ЗАПОРУКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ	
Ковальський Л.Б., Беда В.В., Карпенко О.О, Малахов О.О., Черненко К.О., Васильченко І.Я.	59

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ КРІОТЕРАПІЇ НА ТЕРМІНИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ ЖІНОК.	
Кондур М.В.	60
ПЕРОРАЛЬНІ АНТИГІСТАМІННІ ПРЕПАРАТИ ЯК ДОДАТКОВА ТЕРАПІЯ ДО МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЕКЗЕМИ	
Корнєєва А.В.	61
СТВОРЕННЯ МЕТОДИКИ ГІГІЄНИЧНОГО НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ЗА ЗРАЗКОМ ПРОГРАМ ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОЗВИНЕНИХ КРАЇН СВІТУ	
Костерина С.М., Олешко В.Г.	62
УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА СТАНУ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ У ХВОРИХ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГО ГОРБИКА ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	
Кравченко О.В., Дудник А.А.	64
ПРОЯВИ ГАЛЬВІАНОЗУ В ПОРОЖНИНІ РОТА ПРИ ЕНДОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Красиворон М.О., Крючкова Д.І.	65
РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ.	
Лата І.В., Терехович В.С.	66
РОЛЬ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ СПОВІЛЬНЕНОГО ТИПУ ДО МІКРОБНИХ АНТИГЕНІВ У РОЗВИТКУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА ПРИ НЕРВОВІЙ АНОРЕКСІЇ	
Латко І.О., Решетник Л.Л.	67
КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНО ЗМІНЕНИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК.	
Левицький Г.О.	68
ПОШИРЕНІСТЬ НОВОУТВОРІВ В СТОМАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ	
Леонов В.С., Старіцина П.О.	69
ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ ГЕПАТИТУ А В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Логвінченко О.С.	69
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ТИПАМИ ПЕРШОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ	
Марченко П.С., Цибенко Д.С., Гринь І.В.	70
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ КОНТРАТУБЕКС В ЛІКУВАННІ КЕЛОЇДНИЙ РУБЦІВ.	
Мацур В. М.	71
ПОКРАЩЕННЯ БІОСУМІСНОСТІ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ, ВИГОТОВЛЕНИХ ІЗ ПОЛІМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ	
Мелешко В.С.	72
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕДОХОСКОПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З КОНКРЕМЕНТАМИ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ	
Мокляк О.Г.	73
ДОБРОЯКІСНА ПУХЛИНА НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Морозюк О., Бобирєв М., Ковач О., Темченко І., Яременко Т.	74
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПІДХОДІВ ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА	
Морозюк О.С., Темченко І.В., Яременко Т.В.	75

АМАЛЬГАМА В СТОМАТОЛОГІЇ, ЇЇ ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ Морочковська О.В., Абдулразак Ібрахім Емад Абдулразак, Доші Ніл Віпулкумар	76
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПЛАНУ ДІЙ У ВЕДЕННІ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ Мякота К.В., Савченко Д.В., Кононенко Т.П., Литкіна К.С.	77
СУЧАСНА КОРЕКЦІЯ ДИСКОЛОРИТУ ЗУБІВ СИСТЕМОЮ BEYOND. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРИХОВАНІ НЕДОЛІКИ. Наконечна В.В.	78
НЕВИДИМЕ ДЛЯ ЛЮДСЬКОГО ОКА – ФУРКАЦІЙНІ КАНАЛИ, ЯК ЗАГРОЗЛИВИЙ ЕЛЕМЕНТ ВИНИКНЕННЯ ПЕРІОДОНТИТУ А.А. Нечпай, Давітян Д.Л.	79
ПРОЛОНГУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ ТРИВАЛОМУ БЕЗВОДНОМУ ПРОМІЖКУ Обідець А.О., Рехальська О.В., Дігтяр О.С., Шкурупій І.О.	80
ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ Осинкін Д.О., Костик Ю.М.	81
НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З НЕУСКЛАДНЕНИМ ГІПЕРТОНІЧНИМ КРИЗОМ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ Осинкіна А.В., Скрипник М.І.	82
ОЦІНКА СТАНУ ПІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ З ГЛЮТЕНАСОЦІЙОВАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ Палазюк О., Кустрьо Т.	83
АКТУАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ДЕФЕКТІВ Панасенко А.І.	84
ПОТРЕБА В ЕНДОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ І ОЦІНКА ЯКОСТІ ЙОГО ПРОВЕДЕННЯ Полтавець М.О.	84
ІНФОРМАТИВНІСТЬ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ В ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА Присяжнюк Д.С., Альошина Т.В.	85
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СТУПІНЧАСТОЇ ТЕРАПІЇ ПСОРІАЗУ Рижак В.С.	86
МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ПРИ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ПЕРЕЛОМАХ ПІСЛЯ МЕТАЛООСТЕОСИНТЕЗУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПЕРІОДУ РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗА Рубель Ю.В., Панченко Б.І., Стегній М.Е., Савицька В.Д.	87
ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) Рудік Я.Ю., Чугура К.В.	88
ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ Рудь В.С., Галкіна В.М., Юрченко Л.В., Олійник Я.Р., Кравченко О.Д.	89
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ АЛОПЕЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ТРИХОДІАГНОСТИЧНИХ ПРИЛАДІВ Сайко В.В.	90

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО НАПРУЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА Сивовол Т.Ю., Крутикова А.В., Левченко І.В., Момотова Ю.О., Антоненко К.С., Скадченко Т.Ю. Смірнова О.А.	91
КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ОСІБ З ДЕФІЦИТОМ СЕКРЕТОРНОГО ІМУНОГЛОБУЛІНУ А (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) Силенко Г.М.	92
ЯТРОГЕННІ ЗАХВОРЮВАННЯ В СТОМАТОЛОГІЇ: ПОНЯТТЯ ТА МЕДИКО-ПРАВОВЕ ЗНАЧЕННЯ Силенко Г.М.	93
ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ НАНОЧАСТИНОК ДІОКСИДУ ЦЕРІЯ 2-7 НМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ. Скрипник М.І.	94
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ НА ФОНІ ДІЄТ- ІНДУКОВАНОГО ОЖИРІННЯ У ЩУРІВ Скрипник Р.І.	95
АКТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОНАЗАЛЬНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПОЛІСИНУСОТОМІЇ Скрипниченко А.О., Бондаренко Р.В.	96
ЧОМУ НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ ПОТРІБНА У НАВЧАННІ СТОМАТОЛОГІВ? Сорокіна О. Є.	97
ВАЛІДАЦІЯ ОПИТУВАЛЬНИКА СНУ РІЧАРДСА-КЕМПБЕЛЛА (RCSQ) У ПАЦІЄНТІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ Стаднік Д.О., Скрипник О.Л.	98
СЕПТИЧНЕ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРОГО З СИНДРОМОМ ЦІННЕРА Тарасенко В.О., Бабасєв Р.М.	99
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЇ З РІЗНИМИ ВИДАМИ ДЕРИВАЦІЇ СЕЧІ Тимошенко А.В., Власов Я.В.	100
ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАДИКУЛЯРНИХ КІСТ ЩЕЛЕП ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ОСТЕОПЛАСТИЧНОГО ПРЕПАРАТУ «СТИМУЛ-ОСС» Трейтяк І. В.	100
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПРОМІНЕВОЇ КІСТКИ Трибрат А.А., Донець А.С., Дячук М.В., Зінченко С.Л., Слабун Д.Ю., Чумаченко М.О.	101
ВИКОРИСТАННЯ СИНГЛЕТНОГО КИСНЮ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТУ ТА ПЕРИІМПЛАНТИТУ Федоренко Т.О., Духновський В.М.	102
ПРОГНОЗУВАННЯ СКЛАДНОЇ ІНТУБАЦІЇ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ Федченко Р.С., Коровін А.В., Мирошніченко А.А., Миколенко І.І.	103
ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ В ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Хоменко Т.І., Сидоренко А.А., Жовтяк А.Е., Настиченко М.Ю., Свириденко О.В.	104

ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ В ЛІКУВАННІ КАРІЄСУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ <i>Цимбал О.О., Мелешко В.С., Пазинич О.С., Пономаренко І.І., Шмаленюк М.Д.</i>	105
ЗМІНИ МІКРОФЛОРИ ПОРОЖНИНИ РОТА ПІД ВПЛИВОМ ПРЕПАРАТУ, ЩО ВМІЩУЄ БІШОФІТ <i>Цимбал О.О., Пономаренко І.І.</i>	106
ВИКОРИСТАННЯ КОФЕРДАМУ ПРИ ПРЯМОМУ МЕТОДІ ВИГОТОВЛЕННЯ КУКСОВИХ ВКЛАДОК <i>Цимбал О.О.</i>	107
ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ В ПРОГРАМАХ ЕКЗ <i>Чамата К. Г., Мільшина Ю.В., Харченко Р. А., Гречко Г.О.</i>	108
АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ДІТЕЙ <i>Чеботар О.В., Силка М.О.</i>	109
ОПТИМІЗАЦІЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК <i>Чернишенко І.О., Баранник А.В.</i>	110
ВИБІР ЗУБІВ ДЛЯ ВИДАЛЕННЯ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ. <i>Чиркова В. М., Хафіан М. А.</i>	111
ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВИРАЗКОВОГО ГІНГІВІТУ. <i>Шамрай А.С.</i>	112
ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ РАННЬОГО ДІТЯЧОГО КАРІЄСУ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ПІД ЗАГАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ <i>Шеєнко О. К.</i>	113
ПОРУШЕННЯ РИТМУ СЕРЦЯ ТА ПРОВІДНОСТІ У ДІТЕЙ ПРИ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА <i>Ярош І.С., Неня І.І., Парнюк Я.О., Пересунько І.О., Харабуа А.В.</i>	114

