

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

**Матеріали
74-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
УжНУ**

**Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки**

УДК 61:616-07-08-084

ISBN 978-617-7798-17-9

Збірник матеріалів 74-ї підсумкової науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет» висвітлює актуальні питання медичного сьогодення. Роботи, що ввійшли до збірника, присвячені проблемам сучасної діагностики, оптимального лікування та профілактики різноманітних захворювань, а також питанням реформування організації охорони здоров'я та впровадженню новітніх технологій в медицину. В збірнику представлено нові погляди на актуальні питання медичної науки, вказано на можливості застосування результатів світових досягнень в повсякденній лікарській діяльності. Матеріали збірника висвітлюють наукову тематику всіх кафедр ФПОДП. Взаємно перетинаючись та доповнюючи одна одну, вони створюють цілісну наукову палітру факультету, що протягом останніх років є незмінним флагманом в становленні та розвитку вітчизняної науки та інтеграції її в світову наукову мережу.

Редакційна колегія

Голова редколегії:

Чопей І. В. – доктор медичних наук, професор, декан факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ, голова Закарпатської обласної громадської організації «Асоціації лікарів сімейної медицини», Заслужений лікар України.

Члени редколегії:

к. мед. н. Михалко Я. О.

к. мед. н. Чубірко К. І.

д. мед. н. Готько Є. С.

д. мед. н. Пулик О. Р.

к. мед. н. Пацкань Б. М.

д. мед. н. Бобик Ю. Ю.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст та ілюстративний матеріал

Рекомендовано Вченою радою (протокол №2 від 03.03.2020) ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

ЗМІСТ

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ТА СЕРОТОНІН: ЧИ Є ЗВ'ЯЗОК?	
Фейса С.В.	9
ГАДЖЕТИ ТА НАВЧАННЯ – РЕЧІ НЕСУМІСНІ?	
Фейса І.І.	10
СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У 2019 РОЦІ	
Михалко Я.О.	11
ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ ДИФТЕРІЇ 2019 РОКУ СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Рубцова Е.І., Оберемко С.В.	12
ВІТАМІН Д ТА ЙОГО РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ ТА ВИНИКНЕННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА	
Варваринець А.В.	13
THE DYNAMIC CHANGES IN HYPERTENSION GUIDELINES	
Nyasha E. Gomo, Mykhalko Y.O., Kurakh A.V., Kapustei N.A.	14
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ БЕЗСИМПТОМНОЇ ГІПЕРУРИКЕМІЇ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В.	15
ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Бічко Я.І., Росул М.М., Сабінін О.А.	16
ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК МОЖЛИВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	
Корабельщикова М.О., Росул М.М., Іваньо Н.В.	17
СИНДРОМ ВЕЛЛЕНСА – ВЕЛИКЕ РОЗПОЧИНАЄТЬСЯ З МАЛОГО	
Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В.	18
ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
Фізер Ю.В., Росул М.М.	19
ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В М. УЖГОРОДІ	
Іваньо Н.В., Росул М.М., Кошмякова Т.В., Корабельщикова М.О.	20
WHAT ADVICE CONCERNING SCREENING SHOULD UKRAINIAN PATIENTS FOLLOW: DOCTORS' OR INTERNET?	
Kuodza G. E., Mykyta I.V.	22

КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА І ДВАНADЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП АСОЦІЙОВАНИХ З H.PYLORI Братасюк А.М.	23
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ У ДІТЕЙ Ігнатко Л.В.	23
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РОДОДОПОМОГИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Пацкань І.І., Корсак В.В.	24
ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ В ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ Міцода Р.М.	25
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ Корсак В.В., Пацкань І.І.	26
ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ДІАБЕТУ Бобик Ю.Ю., Леміш Н.Ю.	27
НЕІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНІВ ПАНКРЕАТИЧНОЇ СЕКРЕЦІЇ Чайковська Т.В., Дичка Л.В., Ляхова О.Б.	28
ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ Дичка Л.В., Гайсак М.О.	29
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ПИТНОГО ПРИЙОМУ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД НА ПАРЦІАЛЬНІ ФУНКЦІЇ НИРОК Дичка Л.В., Кудик В.Г., Гайсак М.О., Чайковська Т.В., Ляхова О.Б.	30
ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ Пулик О.Р., Гирявець М.В.	32
КОМОРБІДНІ СТАНИ В РОЗРОБЦІ БАЛЬНЕОЛОГІЧНИХ ПРОГРАМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХРОНІЧНИХ ХВОРИХ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ Лемко І.С., Дичка Л.В., Гайсак М.О.	33
ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ Дрюченко М.О.	34

**РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА В
ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

Турияница С.М., Пікіна І.Ю., Ворохта С.Ю., Турияница Ю.С., Гряділь Т.І..... 35

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОСДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА
ОПИТУВАЛЬНИКОМ SF-36**

Блага О.С., Товт-Коршинська М.І..... 36

**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ПІДЛІТКІВ (15-17 РОКІВ) М. УЖГОРОДА ТА
ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ УПРОДОВЖ 2014-2018 РОКІВ**

Микита Х.І., Рогач І.М., Палко А.І. 37

**СУЧАСНА ЦИФРОВА ТЕХНОЛОГІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я
ПІДЛІТКІВ**

Палко А.І., Рогач І.М., Феєр О.В., Микита Х.І., Пішковці А-М.М. 39

**ЛАПАРОСКОПІЧНА ПРОМ ГЕРНІОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ КИЛ
БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА**

Варга Л.Л., Лавєр О.П. 40

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ МАКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Беляєв В.Д., Фальбуш О.О., Сабадош К.Ю., Беляєв Д.В. 41

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕЛЮЦИДНОЇ
КРАЄВОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ РОГІВКИ**

Каньовська К.Я., Фальбуш О.О. 42

**СТАН ОРГАНА ЗОРУ У ВАГІТНИХ (НА МАТЕРІАЛІ
УЖГОРОДСЬКОГО МІСЬКОГО ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ)**

Костур К. П., Фальбуш О.О., Корчинська О.О..... 43

**ОПЕРАЦІЯ LIFT ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПАРАРЕКТАЛЬНИХ
НОРИЦЬ**

Росул М.В..... 44

**СИНДРОМ СУХОГО ОКА ПІСЛЯ ЕКСІМЕРЛАЗЕРНИХ ВТРУЧАНЬ НА
РОГІВЦІ**

Каньовська К.Я., Фальбуш О.О. 45

ОЦІНКА СЛЪЗОПРОДУКЦІЇ У ХВОРИХ З ГЛАУКОМОЮ

Хлипняч Т.М., Фальбуш О.О., Бора К.В. 46

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ
ОФТАЛЬМОЛОГОМ**

Костур К.П., Фальбуш О.О., Корчинська О.О..... 47

ГОСТРИЙ НЕКРОЗ СІТКІВКИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Фальбуш О.О., Бора К.В., Стойка А.В. 48

**ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АУГМЕНТАЦІЇ КЛИНКА
ЦЕФАЛОМЕДУЛЯРНОГО ЦВЯХА PFNA В ЛІКУВАННІ**

ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ Василинець М.М., Шманько О.П., Мельник І.О.	49
СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АМБЛІОПІЇ Химич М.В., Супік М.С., Фальбуш О.О., Бора К.В.	50
СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ Анталовці О.В.	51
ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИМ З РІЗНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ Сухан В.С.	52
ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ФПОДП УжНУ Сухан В.С., Анталовці О.В., Козодаєв С.П.	53
ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ЦИКЛІВ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ НА КАФЕДРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я Сухан В.С.	54
НЕБЕЗПЕКА СХОДУ СЕЛЕВИХ ПОТОКІВ ТА СНІГОВИХ ЛАВИН Шевчук А.С.	55
СУЧАСНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА АСОРТИМЕНТНИЙ ПРОЦЕС В АПТЕЧНИХ УСТАНОВАХ Глушко Н.Є.	56
ЯК ПОЧУВАЄ СЕБЕ ПАЦІЄНТ НА ПРИЙОМІ У СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПРИСУТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ? Микита І.В., Дж.Куодза, Колесник П.О.	57
ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЯ ПОСЛУГАМИ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї Слабкий Г.О., Щербинська О.С.	59
ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я Пішковці А-М.М., Слабкий Г.О., Рогач І.М.	60
ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛІКАРЯМИ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ РІШЕНЬ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ Керецман А.О., Слабкий Г.О., Рогач І.М., Качала Л.О.	61
РОЛЬ ІНТЕРНЕТ-КОМУНІКАЦІЙ У ФОРМУВАННІ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ОСОБИСТОГО	

ЗДОРОВ'Я

Жданова О.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Йовбак М. 62

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СПЕЦІАЛІСТІВ ПО ЗАБЕЗПЕЧЕННЮ ПОСЛУГ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Білак-Лук'яничук В.Й., Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Брич В.В..... 63

ГЕОПОЛІТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РЕГІОНУ

Рогач І.М., Данко Д.В. 64

ДО ПРИЧИН НЕСВОЄЧАСНОГО ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Кошеля І.І., Слабкий Г.О., Качала Л.О. 65

ОПКУНСЬКА РАДА – ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІНСЬКОЇ СИСТЕМИ

Козодасв С.П. 66

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДЕМЕТІОНІНУ, АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ, ТА ЇХ КОМБІНАЦІЇ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Капустей Н.А., Михалко Я.О., Курах А.В., Няша Е.Гомо..... 67

ОЦІНКА РОЗУМІННЯ СТУДЕНТАМИ 6 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ 2 КОМПЕТЕНЦІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДО ТА ПІСЛЯ ЦИКЛУ «СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Ільков О.В., Колесник П.О. 68

СТРУКТУРА ЗУБДНИКІВ ОРОФАРИНГІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У 2019 РОЦІ

Курах А.В., Михалко Я.О., Кіш П.П., Карнафель М.П., Сідорова І.М..... 69

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ГОМІЛКИ

Вайда В.М. Староста Д.І. Пригара Б.О. 70

СИНДРОМ ДАРЬЄ- ГРЕНБЛАД- СТРАНБЕРГА (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)

Бондарено Н. В., Беляєв В.Д., Фальбуш О.О..... 71

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОРЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРШОГО КОНТАКТУ

Гнепа Я.Ю., Чубірко К.І., Чопей І.В., Дебрецені К.О., Гечко М.М., Ілько А.В. 72

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ В ПОРІВНЯННІ ЗІ СТАНДАРТНОЮ СХЕМОЮ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ПОЄДНАНОГО З ОЖИРІННЯМ

Гряділь Т.І., Чопей І.В., Чубірко К.І., Коваль Т.М., Пікіна І.Ю. 74

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ З ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ 2019 РОКУ, ЩО НОВОГО?	
Гряділь Т.І., Чопей І.В., Чубірко К.І.	75

НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ ТА СЕРОТОНІН: ЧИ Є ЗВ'ЯЗОК?

Фейса С.В.

ДВНЗ «УЖНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, ожиріння, регуляція голоду та насичення, серотонін, схуднення

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) – одне із найпоширеніших захворювань, яке проявляється накопиченням ліпідів в гепатоцитах, виникає на фоні надмірної маси тіла та потребує комплексного лікування з обов'язковим схудненням. З цією метою розроблено рекомендації щодо зміни способу життя та корекції харчового раціону. Проте під час схуднення у пацієнтів часто виникають психоемоційні порушення, схильність до депресії, формування комплексу неповноцінності, в результаті чого виникає вадове коло, яке є найчастішою причиною неуспішності лікування НАЖХП.

Впродовж останнього десятиріччя з'явилися публікації про роль серотоніну в механізмах регуляції відчуття голоду та насичення, а також про його вплив на психоемоційну сферу осіб, що худнуть.

Мета роботи: провести аналіз нових даних щодо можливості та доцільності включення препаратів серотоніну в комплекс лікування НАЖХП.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено інформаційний пошук в базі MEDLINE. Для цього використано перераховані вище ключові слова на англійській мові.

Результати. Знайдено чимало (більше 1600) публікацій про зміни рівня серотоніну в крові та тканинах мозку у осіб з ожирінням та пов'язаними з ним хворобами, в тому числі й НАЖХП. Серотонін пригнічує голод, стабілізує емоційний стан, покращує настрій. Особи з НАЖХП, маючи вищу кількість жиру в організмі, характеризуються нижчим рівнем серотоніну. При його дефіциті вживання легкозасвоєваних вуглеводів через короткий час приводить до підвищення рівня серотоніну в мозку, що може на деякий час компенсувати його нестачу. Це зменшує відчуття голоду та покращує настрій, але особи, які при цьому вживають надлишкову кількість калорійної їжі, поступово збільшують і жирові відкладення. Одним із шляхів для підвищення рівня серотоніну в організмі є вживання продуктів, багатих на триптофан (попередник серотоніну) та серотонін (банани, сири, шоколад, горіхи). Але серотонін із харчових продуктів практично повністю розкладається у шлунково-кишковому тракті та печінці, тому суттєвого підвищення його рівня в організмі не спостерігається. Стає очевидним, що важливу роль відіграє спосіб доставки серотоніну в тканини організму. Розроблено чимало серотонін-вмісних препаратів для зниження апетиту, але більшість із них знімалася з виробництва через недостатню ефективність і/або серйозні побічні ефекти.

Висновки. Призначення препаратів, що містять серотонін, пацієнтам із НАЖХП є патогенетично обґрунтованим. Важливе значення має не тільки достатня доза серотоніну в препараті, а й спосіб його доставки в організм, оптимальна форма випуску.

ГАДЖЕТИ ТА НАВЧАННЯ – РЕЧІ НЕСУМІСНІ?

Фейса І.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: комп'ютер, планшет, смартфон, сучасна освіта, ігроманія

Вступ. Упродовж останніх років точаться спори (в тому числі і серед науковців) про можливу шкоду гаджетів для психіки дітей та підлітків. У багатьох країнах на законодавчому рівні діє заборона використання планшетів та смартфонів у школах, під час занять. Та разом з цим, інформаційна компетентність – це те, що вкрай необхідно сучасній людині. Тому дилема про користь та шкоду гаджетів – одна з ще невирішених на сьогодні задач.

Мета роботи: провести аналіз публікацій щодо можливості та доцільності використання сучасних засобів комунікації в освіті.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було проведено інформаційний пошук з використанням перерахованих вище ключових слів.

Результати. Планшети та комп'ютери в сучасному суспільстві – це середовище, в якому діти ростуть, і їх не можна відокремлювати. Сам по собі гаджет нічого не значить, важливим є те, як його дитина використовує. Публікації фахівців з педагогіки, дитячої психології та педіатрії вказують, що доцільно не стояти осторонь, а активно долучатися до тих справ (і ігор в тому числі!), які робить дитина за комп'ютером: спочатку, згідно із законом зони найближчого розвитку, у спільній роботі дорослий бере на себе більшу частину, а згодом діти перехоплюють ініціативу і дуже швидко починають все робити самостійно згідно із законом інтеріоризації здібностей, навичок, ідей, смаків. Проте такий розвиток подій можливий лише за умови достатнього рівня інформаційної компетентності дорослих, що оточують дитину. При адекватному ставленні батьків та достатньому рівні інформаційної компетентності вчителів комп'ютерна індустрія в системі освіти – це один (чи не найважливіший!) напрям набування дитиною знань і навичок. Старше покоління часто обмежує дитині час використання комп'ютера через страх того, що діти більше часу проведуть у віртуальному просторі, ніж в колі своїх реальних друзів-однолітків. Діти іноді занурюються в цей світ більше, ніж в реальне життя. Це небезпечно, проте коригується просто – дисциплінарно обмеживши час та профільтрувавши контент «навчального середовища» в гаджеті. Проте обмежувати – це не просто забороняти, а чимось замінювати. У реаліях сьогодення комп'ютерна гра конкурує з культурним запасом і навичками батьків, з потенціалом позакласної роботи школи, з «вакуумом» у методичному забезпеченні уроків. Тому дорослі не витримують викликів інформатизованого суспільства і програють, бо їм бракує інформаційної компетентності. Психолог Юлія Гіппенрейтер радить: «...не програвайте! Розвивайтесь. Не комп'ютер винен. Комп'ютер не володіє емоціями, він викликає емоції у дитини. Але ви теж можете викликати емоції у дитини. Занурюйте дитину в розвиток...».

Висновки. Раціональне використання гаджетів в освітньому процесі приносить більше користі, ніж шкоди для дітей, за умови вмілого використання та адекватної інформаційної компетентності педагогів та батьків.

СТРУКТУРА ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У 2019 РОЦІ

Михалко Я.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: інфекція сечовивідних шляхів, антибіотики, лікування, *E. coli*

Вступ. Постійне зростання резистентності збудників до антибіотиків ставить дедалі жорсткіші вимоги до використання цих препаратів. Особливої уваги заслуговує емпірична антибіотикотерапія, яка призначається за відсутності інформації про збудника та його чутливості до антибіотиків або до того, як ці дані будуть отримані. Саме тому, для підвищення ефективності такого лікування з одного боку та сповільнення зростання антибіотикорезистентності з іншого в терапії інфекційних захворювань необхідно враховувати дані локальної структури збудників та профілю їх чутливості до антибіотиків. Особливо це стосується лікування інфекцій сечовивідних шляхів (ІСШ), які займають друге місце за частотою призначення антибактеріальних препаратів.

Мета. Визначення локальної структури збудників ІСШ серед дітей та дорослих у 2019 році.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів мікробіологічного дослідження 150 зразків сечі, отриманих від пацієнтів (42 дитячого віку та 108 дорослого), що лікувалися з приводу ІСШ у лікувальних закладах м. Ужгорода протягом 2019 року.

Результати. Найчастішим збудником ІСШ серед досліджених зразків була *E. coli*, яка була виявлена у 60,67% (95% довірчий інтервал (ДІ): 52,67-68,13). Цей збудник траплявся з однаковою частотою як у дорослих так і у дітей (62,04% [95% ДІ: 52,61-70,64] та 57,14% [95% ДІ: 42,19-70,89 відповідно, $p > 0,05$]). *E. faecalis* та *K. pneumoniae* траплялися значно рідше серед досліджених зразків (10,00% [95% ДІ: 6,05-15,94] для обох). У дорослих та дітей дані збудники були виявлені з різною частотою (8,33% [95% ДІ: 4,26-15,27] та 11,11% [95% ДІ: 6,33-18,56] проти 14,29% [95% ДІ: 6,33-28,22] та 7,14% [95% ДІ: 1,77-19,70] відповідно) однак, вказана різниця була статистично не вірогідна ($p > 0,05$). Варто відмітити, що у дітей вірогідно частіше траплялася ІСШ, викликана *P. aeruginosa* (11,90% [95% ДІ: 4,73-25,46] та 2,78% [95% ДІ: 0,60-8,20] відповідно, $p < 0,05$). Частота виявлення інших патогенів (*E. cloacae*, *P. mirabilis*, *P. vulgaris*, *S. aureus*, *S. epidermidis* та ін.) становили 28,00% (95% ДІ: 21,41-35,69).

Висновки. *E. coli* була домінуючим збудником ІСШ у 2019 році як у дорослих так і серед пацієнтів дитячого віку. Однак, важливим є те, що майже у 40% випадків дані інфекції були викликані іншими мікроорганізмами, що необхідно враховувати, призначаючи емпіричну антибактеріальну терапію.

ОСОБЛИВОСТІ СПАЛАХУ ДИФТЕРІЇ 2019 РОКУ СЕРЕД ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Рубцова Е.І., Оберемко С.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Закарпатський обласний лабораторний Центр МОЗ України, м. Ужгород

Ключові слова: дифтерія, епідемічний процес, охоплення вакцинацією, напруженість імунітету.

Вступ: Враховуючи епідситуацію з дифтерії у світі та посилення міграційних процесів на території області, на фоні знижених обсягів профілактичних щеплень існує загроза того, що може повернутись небезпечна епідситуація по дифтерії 90-х років ХХ століття.

Мета - дослідити особливості спалаху дифтерії серед іноземних студентів УжНУ в Закарпатській області.

Матеріали і методи дослідження. Матеріалом для дослідження слугували результати клінічного та епідеміологічного обстеження всіх хворих з діагнозом дифтерія та контактних осіб, дані галузевої звітності Державної санітарно-епідеміологічної служби Закарпатської області за 2000-2019 рр.

Результати. Місце виникнення спалаху - Закарпатська область, м. Ужгород. Вогнищем спалаху був 5 курс медичного факультету №2, ДВНЗ «УжНУ».

Хронологія спалаху була слідуєча. 1 випадок – студент захворів 08. 10. 2019; первинний діагноз 17. 10 19: «Дифтерія мигдаликів, локалізована форма, легкий перебіг»; госпіталізований 17. 10. 2019 р.), виявлені активно та госпіталізовані: 22. 10. 2019 – 2 осіб; 23. 10. 2019 – 11 осіб; 24. 10. 2019 – 1 особа. Всього госпіталізовано 15 хворих. Всі хворі чоловічої статі віком 22-29 років. Із 15 хворих 14 виявлені активно в ході проведення комплексу протиепідемічних заходів.

У кожного пацієнта були відсутні документально підтверджені дані про щеплення. Деякі пацієнти та контактні з ними особи напередодні тимчасово перебували в інших країнах (Німеччина, Ізраїль, Індія).

Дата закінчення спалаху (за датою останнього виявленого хворого): -24. 10. 2019 року. Останній хворий виписаний 13. 11. 2019 р.

У 14 хворих попередній діагноз «Дифтерія мигдаликів, локалізована острівцеві форма, грам+ палички *Corynebacterium Mitis, toks-*; легкий перебіг», у одного - «Дифтерія мигдаликів, локалізована форма, грам+ палички *Corynebacterium Mitis, toks-*; перебіг середньої форми важкості».

За результатами молекулярно – генетичних досліджень виділених культур *Corynebacterium diphtheriae* у трьох хворих виявлено специфічні фрагменти нуклеїнових кислот гену дифтерійного токсину.

Усього Оглянуто ЛОР та інфекціоністом 120 осіб; обстежено бактеріологічно 106 контактних студентів та викладачів.

Протидифтерійну сироватку було введено 4 пацієнтам.

Було вакциновано за епідпоказами студентів та викладачів ДВНЗ «УжНУ» - 2848 осіб, у т. ч. по медичному факультету №2 - 1165 осіб.

Всього, за період локалізації та ліквідації спалаху у місті Ужгород щеплено 16007 осіб.

Висновки. Епідемічну ситуацію з дифтерії в Закарпатській області перед спалахом оцінювалася як нестійка.

Значна міграція населення в нашій області із регіонів небезпечних щодо інфекційних захворювань, низький рівень вакцинації місцевого населення і далі становлять значний ризик спалаху інфекційних захворювань в майбутньому. Особливу стурбованість викликає відсутність достовірної інформації про щеплення у прибулих на навчання та тривале проживання, що потребує негайного посилення заходів епідеміологічної безпеки з боку закладів освіти та імміграційної служби області.

ВІТАМІН D ТА ЙОГО РОЛЬ У ФОРМУВАННІ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ ТА ВИНИКНЕННІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШКІВНИКА

Варваринець А.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: вітамін D, запальні захворювання кишківника, імунітет.

Вступ. Вітамін D в останні роки викликає все більший інтерес серед науковців. Незважаючи на те, що раніше його роль здебільшого зводилась до регулювання гомеостазу кальцію, за останні 20–25 років зявилося багато даних, що вітамін D має широкий спектр діяльності. Останні дослідження виявили важливу роль вітаміну D у регуляції вродженого імунітету. На відміну від набутої імунної системи, вроджена імунна система відповідає за неспецифічний захист від патогенів. Стимуляція цієї системи запускає вивільнення цитокінів і хемокінів, які мають важливе значення для кульмінації вродженої імунної відповіді, а також активації клітин набутої імунної системи в місці зараження. У відповідь на бактеріальні збудники вроджена імунна відповідь включає вироблення та вивільнення антимікробних пептидів (АМП).

Мета. Провести аналіз сучасних літературних даних щодо впливу вітаміну D на імунні механізми захисту та можливу роль у виникненні запальних захворювань кишківника.

Матеріали та методи. Пошук проводився в наступних базах даних: MEDLINE, Medscape, PubMed за період 2017-2019 рр. з використанням таких ключових слів, як «запальні захворювання кишківника», «вітамін D».

Результати: Рецептор вітаміну D (РВД) містяться в різних тканинах, включаючи імунні клітини, кератиноцити, бета-клітини підшлункової залози, міоцити серця, центральну нервову систему, ниркові каналці та кишечник. Багато з цих тканин також містять ферменти для перетворення вітаміну D у його активні метаболіти, підтримуючи широкомасштабну його роль.

Вітамін D, як з'ясувалось, відіграє важливу роль у формуванні вродженого імунітету, а також набутого, а саме, він індукуює диференціювання моноцитів.

Активация екстрауренальной экспрессии 1 α -гидроксилазы обеспечит синтез кальцитриола, который, взаимодействуя с РВД, индуцирует продукцию антимикробных пептидов (АМП).

Вин дие як ключова ланка між активациєю плазмоподібних рецепторів (ПР) та антибактеріальними реакціями вродженого імунітету.

Також, він бере участь в процесах автофагії в макрофагах, посилюючи її. Автофагія, в свою чергу, відіграє важливу роль в патогенезі запальних захворювань кишківника.

В поєднанні зі своєю імуномодулюючою дією вітамін D також може впливати на тяжкість запалення при ЗЗК.

Згідно досліджень, дефіцит вітаміну D реєструється у 70 % пацієнтів з запальними захворюваннями кишківника.

При дослідженні на мишах, в яких коліт був індукований декстраном сульфату натрію, дефіцит вітаміну D призводив до більш високої смертності. TNF- α відіграє центральну роль у запаленні при ЗЗК. Прийом 1,25 (ОН) 2D (активна формула віт. D) знижував ступінь тяжкості коліту у мишей, за рахунок зниження рівня генів, асоційованих з TNF- α .

Іншу групу мишей з колітом, спричиненим три-нітро-бензолсульфоною кислотою (TNBS), лікували комбінацією кортикостероїдів та 1,25 (ОН) 2D, спостерігалось зменшення активності захворювання паралельно зменшенню профілю запальних цитокінів TN1.

Подібних досліджень на людях поки що проводилось мало. Одним з таких було багатоцентрове рандомізоване, подвійне сліпе, плацебо-контрольоване дослідження в Данії, де оцінювалась ефективність 1,25 (ОН) 2D як підтримуючої терапії у хворих на хворобу Крона у стадії ремісії. Сто вісім пацієнтів були рандомізовані та отримували 1200 МО 1,25 (ОН) 2D з 1200 мг кальцію самостійно щодня протягом 1 року. Лише 13% пацієнтів, які отримували вітамін D рецидивували протягом 1-го року дослідження порівняно з 29% у групі плацебо (P = 0,06).

Висновки. Залишається багато питань стосовно ролі вітаміну D у виникненні запальних захворювань кишківника. Потрібні подальші дослідження, щоб зрозуміти ефективність дієтичного вживання вітаміну D з метою попередження цих захворювань. Також, окремо варто звернути увагу, чи призводить дефіцит вітаміну D до посилення тяжкості захворювань або є лише наслідком захворювання.

THE DYNAMIC CHANGES IN HYPERTENSION GUIDELINES

Nyasha E. Gomo, Mykhalko Y.O., Kurakh A.V., Kapustei N.A.

SHEI "UzhNU", Faculty of Postgraduate and Pre-University Education, Department of Therapy and Family Medicine, Uzhhorod

Key words: arterial hypertension, blood pressure, guidelines, treatment, American, European

Introduction: Elevated blood pressure (BP) is a concern worldwide affecting an estimated 1,12 billion people. Fewer than 1 in 5 people have the problem under

control. Given the importance of increased BP management to reduce cardiovascular morbidity and mortality, clinical guidelines have been established to guide clinicians in the diagnosis and treatment of arterial hypertension (AH). Two most well-established associations include European Society of Hypertension (ESH) and American Heart Association (AHA).

The Aim: this review focuses on the primary differences and principal areas of agreement between the American and European guidelines with their primary benefits towards people with AH. How these different clinical guidelines may or may not affect the treatment and management of this patients.

Material and methods: compiled information from the AHA and ESH. Along with that, also included the epidemiological results of AH published by World Health Organization (WHO). The method we used was comparing and analyzing the two different guidelines and doing a thorough review of them.

Results: European guidelines define AH as BP $\geq 140/90$ mm Hg while The American guideline chooses a lower threshold of BP $\geq 130/80$ mm Hg. According to the American classification for AH, it is systolic blood pressure (SBP) 130-139 mm Hg or diastolic blood pressure (DBP) 80-89 mm Hg stage 1 hypertension while the Europeans define this as high normal BP. AHA defines Stage 2 hypertension as BP 140-159/90-99 mm Hg while the Europeans continue to classify this as Stage 1. Unlike the 2017 AHA recommendation for similar BP targets across all age groups (except age ≥ 65 years where the recommend target of SBP < 130 mmHg), the ESH guidelines have taken a more restrained stance on BP thresholds for older adults. The 2013 ESH guidelines endorsed a BP target of $< 150/90$ mm Hg for adults ≥ 65 years old.

Conclusion: After a careful review on both guidelines, we found more agreements than differences. Perhaps the most remarkable change in American guideline was the definition of hypertension as BP $\geq 130/80$ mm Hg. Both guidelines strongly recommend low BP thresholds and place similar emphasis on proper BP measurements, life style and behavioral changes and pharmacological approach. With all this being considered, clinicians must make an effort to embrace these clinical guidelines into their everyday practice.

ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ БЕЗСИМПТОМНОЇ ГІПЕРУРИКЕМІЇ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гіперурикемія, метаболічний синдром, цукровий діабет.

Вступ. Згідно діючих рекомендацій Європейського товариства з артеріальної гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (ESH/ESC 2018) до факторів, які визначають серцево-судинний прогноз у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), додано підвищений рівень сечової кислоти (СК). Несприятливі ефекти СК можуть сприяти також розвитку метаболічного

синдрому (МС), цукрового діабету (ЦД) та ураження нирок. Є і зворотна залежність, коли МС і ожиріння призводять до підвищення рівня СК.

Мета. Визначити частоту виявлення безсимптомної гіперурикемії (ГУ) у хворих з АГ та при наявності коморбідної патології – ЦД і МС.

Матеріали і методи: обстежено 82 осіб (44 (53,66%) чоловіків, 38 (46,34%) жінок) з АГ віком від 41 до 80 років. Критерієм ГУ вважали рівень СК у сироватці крові ≥ 360 мкмоль/л за рекомендаціями Європейської ліги боротьби з ревматизмом. Усім хворим проводились загальноприйняті клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження.

Результати: Підвищення рівня СК виявлялось у 39 (47,56%) обстежених пацієнтів з АГ. Таким чином, безсимптомна ГУ визначалася практично в половині випадків усіх пацієнтів з АГ. У 44 (53,66%) з включених у дослідження пацієнтів з АГ діагностували МС; поєднання АГ і ЦД 2 типу мали 24 (29,27%) хворих. При цьому, частота виявлення порушень пуринового обміну залежала від наявності супутнього коморбідного стану: ГУ найбільш часто мала місце у пацієнтів з АГ і ЦД (70,83%). У пацієнтів з АГ і МС підвищення рівня СК спостерігалось у 61,37%. У хворих з АГ, що не була асоційована з МС та ЦД, гіперурикемію виявляли тільки в 21,42% випадках.

Отримані результати засвідчили тісний патогенетичний взаємозв'язок між розвитком і прогресуванням МС, ЦД та порушеннями пуринового обміну. Існуючі на сьогодні епідеміологічні проспективні дослідження довели взаємозалежність між ГУ та розвитком атеросклерозу, ризиком АГ та хронічних ниркових дисфункцій. Оскільки зміни обміну пуринів займають вагоме місце серед метаболічних порушень при ЦД 2 типу, боротьба з цим чинником є надзвичайно важливою для зменшення ризику розвитку ускладнень ЦД.

Висновок. Отримані дані підкреслюють важливість ГУ як кардіометаболічного фактора ризику. З метою профілактики раннього розвитку ускладнень із боку серцево-судинної системи за наявності ЦД та МС необхідно інформувати пацієнтів про можливі ризики, пов'язані з ГУ та роз'яснювати значення дієтичних факторів, що впливають на рівень СК поряд з корекцією інших модифікуючих факторів ризику.

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Бічко Я.І., Росул М.М., Сабінін О.А.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: Тромбоемболія легеневої артерії, тромболітична терапія

Вступ: тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) є одним з найбільш поширених ускладнень. У структурі летальності від серцево-судинних захворювань ТЕЛА посідає 3-є місце після інфаркту міокарда (ІМ) та інсульту.

Мета: наголосити на необхідність ранньої діагностики та проведення своєчасної терапії у пацієнтів із ТЕЛА для зниження ризиків смертності та підвищення тривалості життя пацієнтів.

Матеріали, методи та результати: хвора Ш., 68 років, доставлена каретою ШМД у приймальне відділення КНП «ЦМКЛ» Ужгородської міської ради зі скаргами на виражену задишку, яка виникла раптово, болі за грудиною, загальну слабкість. Погіршення стану відмітила у день госпіталізації зранку. У зв'язку з наростанням симптомів звернулася за медичною допомогою. Із анамнезу життя: гіпертонічна хвороба та цукровий діабет 2 тип більше 10 років. Резекція обох стоп у 2016 р. Об'єктивно: загальний стан важкий. Серцева діяльність аритмічна, тони ослаблені. АТ 80/40 мм рт. ст., ЧСС 80-90 уд. /хв. У легенях – жорстке дихання, хрипи та крепітація відсутні. Живіт – м'який, безболісний. Печінка виступає на 2 см з-під краю правої реберної дуги. Периферичні набряки відсутні. ЕКГ: фібриляція передсердь, ЧСС-86уд. /хв, вольтаж збережений, синдром SIQIII, елевация ST у V2-V3.

Хвора госпіталізована в ургентному порядку у кардіологічне відділення хворих на ІМ КНП «ЦМКЛ» Ужгородської міської ради. Проведено ряд лабораторних та інструментальних методів дослідження. Д-димер – 3,54 мг/л. ЕхоКС: дилатація правих порожнин серця з відносною недостатністю трикуспідального клапану, дилатація правого передсердя, легенева гіпертензія. Фракція викиду 58%. Парадоксальний рух міжшлуночкової перетинки. Діастолічна дисфункція міокарду по типу порушення релаксації ЛШ. На основі вищевказаного хворій виставлений діагноз: ТЕЛА, гостре легеневе серце, шок, ризик середньо-високий. Постійна форма фібриляції передсердь, нормосистолія, CHA₂DS₂VASc 76, HAS-BLED 46. Гіпертонічна хвороба ІІ ст., 2 ступінь, ризик високий. СН ІІ-А зі збереженою фракцією викиду ЛШ (ФВ 58%). NYHA ІІ. ЦД 2 тип, важка форма, стадія субкомпенсації. Ампутаційні кукси обох стоп. Було проведено тромболізис препаратом Актилізе 100 мл та відповідне лікування. МСКТ ангіографія судин малого кола кровообігу (після тромболізу): легеневий стовбур шириною 35 мм, ліва легенева артерія 29 мм, права 21 мм, просвіт вільний на всьому протязі, без дефектів наповнення. Аорта у висхідному відділі 35 мм. Посттромботична легенева гіпертензія. Після лікування та реабілітації хвора виписана додому в задовільному стані під динамічний нагляд кардіолога, ендокринолога.

Висновки: своєчасне діагностування та активне лікування при ТЕЛА (тромболізис в даному випадку) веде до збереження життя пацієнта та є запорукою успішного прогнозу для пацієнта.

ГІПЕРУРИКЕМІЯ ЯК МОЖЛИВИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ПІДВИЩЕННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Корабельщикова М.О., Росул М.М., Іваньо Н.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: гіперурикемія, гіпертонічна хвороба.

Вступ. Проведені дослідження показали, що гіперурикемія сприяє підвищенню артеріального тиску, розвитку та прогресуванню гіпертонічної хвороби.

Мета. Визначити наявність зв'язку гіперурикемії (ГУ) із іншими факторами ризику підвищенням артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ).

Матеріали і методи: обстежено 72 хворих на ГХ II стадії 2-го та 3-го ступеню віком від 40 до 72 років (жінок – 31%, середній вік 42,5±8,4 роки, чоловіків – 69%, середній вік 44,7±8,1 роки). Тривалість захворювання на ГХ становила ≥ 5 років. ГУ виявлена у 42 хворих (58,3%) – основна група. Контрольну групу склали 30 хворих (41,7%) без ГУ. Всім хворим проведено повне клінічне обстеження, аналіз наявності факторів ризику (ФР) серцево-судинної патології, лабораторних показників (загальний аналіз крові, сечі, креатинін, сечова кислота, холестерин, цукор крові) та інструментальних показників (електрокардіографія, ехокардіоскопія, ультразвукове обстеження сонних артерій); проводився контроль артеріального тиску (АТ) в амбулаторних умовах. Проведена статистична обробка отриманих даних.

Результати: Рівень сечової кислоти (СК) у сироватці крові був пов'язаний практично з усіма основними ФР. Рівні СК достовірно відрізнялись між чоловіками (458,2±8,2 ммоль/л) та жінками (384,3±5,3 ммоль/л). Ожиріння та надмірна маса тіла відмічались у 87,0% хворих на ГХ з наявною ГУ. Виявлені достовірні зв'язки ГУ з підвищеною масою тіла, гіперхолестеринемією, гіперглікемією ($p < 0,01$), у той час як вік, паління, тривалість захворювання не були пов'язані з ГУ, $p < 0,1$. Рівень АТ, як систолічного, так і діастолічного при наявності гіперурикемії у всіх хворих був вищим у порівнянні із контрольною групою, $p < 0,01$. Цільові рівні АТ досягались прийомом не менше як трьох гіпотензивних препаратів.

Висновок. Хворим на гіпертонічну хворобу при наявності 2-3 факторів ризику необхідно визначати рівень сечової кислоти в крові, а за наявності гіперурикемії слід своєчасно її корегувати, змінювати стиль життя, дотримуватись дієтичних рекомендацій.

СИНДРОМ ВЕЛЛЕНСА – ВЕЛИКЕ РОЗПОЧИНАЄТЬСЯ З МАЛОГО

Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: Синдром Велленса, стеноз проксимального відділу передньої низхідної артерії, гострий інфаркт міокарда.

Вступ. Синдром Велленса (СВ) недостатньо висвітлений у вітчизняній медичній літературі, проте цим терміном активно користуються за кордоном для опису випадків нестабільної стенокардії чи гострого коронарного синдрому без підйому сегмента ST зі специфічними змінами на ЕКГ, що виникають після купірування больового синдрому. Ці зміни характерні для критичного стенозу проксимального відділу передньої низхідної артерії (ПНА) – однієї з основних

гілок лівої коронарної артерії (ЛКА). Пацієнти з СВ мають високий ризик розвитку великого переднього гострого інфаркту міокарда (ГІМ) (у 75% випадків протягом перших тижнів після госпіталізації) і смерті (30-денна смертність без коронарної реваскуляризації сягає 5%), тому так важливо правильно оцінювати зміни електрокардіограми (ЕКГ) і своєчасно починати агресивну тактику ведення таких пацієнтів – екстрену коронароангіографію та черездіагностичне коронарне втручання.

Мета. Звернути увагу фахівців на ЕКГ-ознаки синдрому Велленса з метою запобігання розвитку важкого ГІМ з елевацією сегмента ST (STEMI) та зниження смертності.

Матеріали і методи: Дані літературних джерел щодо проблеми.

Результати: Синдром Велленса має й іншу назву - «sign of LAD disease» («симптом ураження лівої ПНА»), а також «гострий коронарний T-зубець синдром» (acute coronary T-wave syndrome). Поширеність СВ у США становить 14-18% від кількості всіх пацієнтів із встановленим діагнозом «нестабільна стенокардія». По суті ми можемо спостерігати СВ у хворих, в яких після початкової гострої оклюзії сталася спонтанна реперфузія ПНА, що дещо «відстрочила» розвиток повноцінного STEMI. Часто такі хворі терплять за грудинний біль, який виник ввечері або вночі, а вже вранці звертаються до сімейного лікаря зі скаргами на минулий епізод, хоча на момент огляду їх нічого не турбує. На ЕКГ мають місце характерні зміни – наявність двофазних або глибоких від’ємних зубців T в V_2 - V_3 (згідно змін на ЕКГ описані 2 типи СВ). ЕКГ-зміни при СВ реєструються після купірування ангінозного нападу (під час больового синдрому як правило відсутні), біохімічні маркери некрозу міокарда зазвичай в межах норми або мінімально підвищені, проте у пацієнтів залишається високий ризик відновлення симптоматики і розвитку ГІМ як наслідок критичного стенозу ПНА. Слід пам’ятати, що швидка нормалізація (позитивізація) зубців T на повторних ЕКГ у таких хворих є ознакою розвитку STEMI, через 20-30 хв. з’явиться виражена елевація ST, а згодом почне формуватися зубець Q (некроз міокарду).

Висновок. Таким чином, малі, часом недооцінені, ЕКГ зміни можуть свідчити про значне ураження проксимального відділу ПНА і високий ризик розвитку переднього STEMI та смерті, якщо своєчасно не застосовуються інтервенційні методи лікування. Завданням лікаря є вчасно розпізнати синдром Велленса і направити пацієнта в спеціалізований кардіологічний стаціонар для проведення ангіографії коронарних артерій та інтервенційного втручання.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ ЧАСТОТИ ВИЯВЛЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ **Фізер Ю.В., Росул М.М.**

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) – найбільш поширені захворювання у цілому світі. При цьому коморбідність АГ та ЦД значно підвищує кардіоваскулярний ризик, що призводить до збільшення смертності у даній категорії пацієнтів.

Мета дослідження. Проаналізувати гендерні відмінності частоти виявлення цукрового діабету та при поєднанні ЦД з АГ.

Матеріали і методи. Дослідження проводились на базі терапевтичного відділення комунального некомерційного підприємства «Центральна міська клінічна лікарня» Ужгородської міської ради. Були проаналізовані 154 медичних карт стаціонарного хворого на ЦД, що знаходились на лікуванні в терапевтичному відділенні протягом 2019 року. Усі пацієнти були поділені на 2 групи. У I-у групу увійшло 59 хворих на ЦД (38%); дана група розділена на 2 підгрупи в залежності від типу ЦД: до Ia підгрупи увійшли 21 хворих на ЦД 1-го типу (14%), до Ib підгрупи – 38 хворих на ЦД 2-го типу, що відповідно склало 24%. У II-у групу хворих увійшли 95 пацієнтів, в яких було зареєстроване поєднання ЦД та АГ, що відповідно склало 62%. Дана група також була поділена на 2 підгрупи в залежності від типу ЦД: до IIa підгрупи увійшли 7 хворих на ЦД 1-го типу та супутньою АГ, що склало 5% від усіх хворих на ЦД, а до IIb підгрупи – 88 хворих на ЦД 2-го типу з супутньою АГ, що відповідно склало 57%.

Результати. Згідно аналізу отриманих даних найчастіше зустрічається поєднання АГ та ЦД (62%). Щодо розподілу за статтю, то було виявлено, що в I групі ЦД зустрічався у 39 пацієнтів чоловічої статі або в 66% випадків, та у 20 пацієнтів жіночої статі (34%); серед них у Ia підгрупі пацієнти чоловічої статі склали 76%, жіночої статі – 24%; а в Ib підгрупі – 61% та 39% відповідно. В II групу увійшло 30 пацієнтів чоловічої статі або 32%, та 65 пацієнтів жіночої статі (68%); серед них у IIa підгрупі – 71% пацієнтів чоловічої статі та 29% – жіночої статі; а в IIb підгрупі – 28% та 72%, відповідно.

Висновки:

1. У місті Ужгород найчастіше зустрічається поєднання АГ та ЦД, рідше реєструється ізольована захворюваність на ЦД.

2. ЦД як 1-го, так і 2-го типу, найчастіше зустрічається в пацієнтів чоловічої статі: на ЦД 1-го типу в 3 рази частіше хворіють чоловіки, ніж жінки; а ЦД 2-го типу в чоловіків спостерігається в 2 рази частіше, ніж у жінок.

3. При коморбідній патології ЦД+АГ відмічається велика розбіжність у показниках: за наявності ЦД 1-го типу в 2 рази переважає захворюваність у чоловіків, ніж у жінок, на відміну від хворих на ЦД 2-го типу, котрий у 2,5 рази частіше спостерігається у жінок, ніж у чоловіків.

ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ВИКОРИСТАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛІКУВАННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В М. УЖГОРОДІ

Іваньо Н.В., Росул М.М., Кошмякова Т.В., Корабельщикова М.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, коронарентрикулографія, стентування.

Вступ. Хронічні неінфекційні захворювання вносять найбільший внесок в тягар хвороб на Європейському рівні та в Україні зокрема. Поширеність ішемічної хвороби серця (ІХС) та інфаркту міокарда (ІМ) в Україні до 2017 року мала тенденцію до збільшення (з 2018 року дані поширеності хвороб і захворюваності населення відсутні у зв'язку із скасуванням Форми №20 (Наказ МОЗ України)). Всі ці зміни спостерігаються на фоні прискорення скорочення населення України.

Мета. Визначити динаміку чисельності дорослого населення м. Ужгорода за 2015 та 2019 рр., проаналізувати тенденції поширеності ІМ та використання сучасних методів реперфузійної терапії за допомогою інвазивних втручань на коронарних артеріях.

Матеріали та методи. Обстежено 54 хворих, які в 2015 році перенесли ІМ та 63 хворих, які в 2019 році також мали нефатальний ІМ. Враховувались хворі ІМ з зубцем Q та без зубця Q. Усім хворим проводилось сучасне лікування ІМ: в гострий період проводилась коронарорентрикулографія (КВГ) та стентування при необхідності відновлення прохідності інфаркт-залежної коронарної артерії.

Результати. В 2015 році в м. Ужгороді зареєстровано 91487 осіб дорослого віку. На кінець 2019 року відбулося скорочення чисельності дорослого населення на 1,3 %. Кількість осіб працездатного віку також зменшилась, однак в значно більшій ступені – на 3,6 %.

В 2015 році захворіло на ІМ 217 хворих. В зв'язку із своєчасним зверненням за медичною допомогою 54 хворим, що склало 24,9 % від усіх зареєстрованих хворих було проведено КВГ, в т. ч. 10 хворим ІМ без зубця Q та 44 хворим ІМ із зубцем Q.

У 2019 році кількість хворих на ІМ зменшилася як в абсолютних цифрах (всього 190 хворих) так і в показнику на 1000 дорослого населення. Було проведено значно більше КВГ в ургентному порядку – 63 хворим, що склало 33,2% від зареєстрованих хвори, в т. ч. 12 хворим ІМ без зубця Q та 52 хворим ІМ з зубцем Q.

Стентування в 2015 році в ургентному порядку було проведено 52 хворим, в т. ч. 10 хворим ІМ без зубця Q та 42 хворим ІМ з зубцем Q.

В 2019 році стентування було проведено значно більшої кількості хворих – 61 особі, в т. ч. 11 хворим ІМ без зубця Q та 50 хворим ІМ із зубцем Q. Таким чином, як в 2015 році так і в 2019 році стентування як метод відновлення прохідності інфаркт-залежної коронарної артерії переважно проводилось більш важким хворим ІМ з зубцем Q.

Основною причиною, яка не дозволяє суттєво збільшити доступність невідкладної реперфузійної терапії хворим ІМ є несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою у зв'язку з легковажним ставленням хворих до свого здоров'я та різноманітністю клінічних проявів ІМ.

Висновки: В м. Ужгороді, як і в цілому в Україні спостерігається неухильне зменшення кількості дорослого населення та його постаріння. Кількість хворих з ІМ за останні 5 років має тенденцію до зменшення. Разом з тим значно збільшилась доступність сучасних технологій лікування ІМ – своєчасна реперфузійна терапія методом інвазивних коронарних втручань. Збільшення цієї

допомоги хворим ІМ обмежується запізнілим в більшості випадків зверненням хворих за медичною допомогою.

WHAT ADVICE CONCERNING SCREENING SHOULD UKRAINIAN PATIENTS FOLLOW: DOCTORS' OR INTERNET?

Kuodza G. E., Mykyta I.V.

SHEI “UzhNU”, Faculty of Postgraduate Education and Pre-University Training, Department of Therapy and Family Medicine.

Keywords: Screening, direct-to-consumer, self-diagnostic, self-screening, self-evaluation, patient information.

Introduction: Primary care is essential for the healthcare system to ensure that family doctors act as “gate-keepers”. Unfortunately, this system is not fully organized in Ukraine. As a result, instead of having doctor’s approval, patients start certain medical investigations that are not based on proper evidence, themselves. The goal of secondary prevention is to detect the disease early and to render treatment were possible to prevent severe complications. Screening is part of secondary prevention and an essential part of any healthcare system. In well-organized healthcare systems mass screening is based on recommended guidelines and it is the job of the physician to ensure that patients are screened based on these guidelines.

Purpose:

-To find out what investigations do Ukrainian patients consider correct to prescribe to themselves as screening?

-Do patients use the internet to evaluate the results of these investigations?

Material and Methods: We plan to conduct our research on 387 patients older than 14 and on those receiving medical care in municipal family medicine clinics of Uzhgorod. We designed a questionnaire which was piloted on 10 patients. The questionnaire includes the demographic data and presents a list of screening investigations that patients would recommend to themselves without doctor’s recommendations. The questionnaire will require patients to choose the screening investigations and to explain why. The semi-quantitative analysis of the survey results based on SPSS software will be presented. The qualitative part of the survey will be analysed accordingly

Results: We plan on analysing the screening methods chosen by the patients for themselves. Besides, we will clarify the reasons why patients order certain screening tests for themselves and understand if the internet is used to help patients understand their results. The research is ongoing, so at the moment the results are not available yet.

Conclusion: The outcome of our study is to realize why patients order certain investigations as a screening tool without doctor’s recommendations and what the role of internet in their decision making is.

КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП АСОЦІЙОВАНИХ З H.pylori

Братасюк А.М.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: Поліпи шлунка та та 12-ти палої кишки, старший вік, H.pylori.

Вступ. Поліпи проксимального відділу шлунково-кишкового тракту (ШКК) дуже широко поширені у загальній популяції, що може призвести до розвитку онкопатології.

Мета. Провести порівняльний аналіз частоти виявлення поліпів шлунка та 12-ти палої кишки (ДПК) у хворих старших вікових груп асоційованих та неасоційованих з H.pylori (Hр).

Матеріали та методи. Ми провели езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) у 1382 хворих похилого та старечого віку за період 2016-2019 рр. Із них 138 (9,99%) пацієнтів виявлено доброякісні поліпи шлунка ДПК. У даних хворих була взята біопсія як для морфологічної дослідження так і для проведення уреазного тесту з біоптатом.

Результати. В результаті проведеного нами аналізу даних обстеження виявлено, що у 93 (35,51%) пацієнтів при обстеження виявлені поліпи були неасоційовані з Hр. Ми провели поліпектомію 34 (24,64%) пацієнтам із від'ємним тестом на Hр та 28 (20,29) – з позитивним тестом на Hр. Також проведена контрольна ЕГДС через 1, 3 та 5 тижнів. Період за живлення раневої поверхні був достовірно ($p \leq 0,01$) коротший у хворих яким проводилась антигелікобактерна терапія.

Висновок. Таким чином, пацієнти старших вікових груп у яких виявлено поліпи проксимальних відділів ШКК частіше неасоційовані з H.pylori. Також хворим яким проведена поліпектомія і не виявлено Hр, було би доцільно провести коротким курсом (7 днів) антигелікобактерну терапію з метою пришвидшення термінів загоєння раневої поверхні після поліпектомії

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ У ДІТЕЙ

Ігнатко Л.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород

Ключові слова: бронхообструктивний синдром, діти, кашель, діагностика БОС.

Вступ: Бронхообструктивний синдром у дітей залишається однією з найбільш актуальних, складних та комплексних медико-соціальних проблем сучасної педіатрії. Захворювання респіраторного тракту супроводжуються бронхообструктивним синдромом (БОС) в 29,2 % випадків. Диференційна

діагностика бронхообструктивного синдрому проводиться із залученням багатьох вузьких спеціалістів різного профілю і проведенням значної кількості інструментальних та лабораторних досліджень.

Мета: Вивчення та аналіз клініко-лабораторної характеристики обструктивного синдрому у дітей раннього віку при різних захворюваннях бронхолегеневої системи.

Матеріали та методи: 111 дітей, віком від 2 місяців до 5-х років, що перебували на лікуванні у відділенні молодшого дитинства, МДКЛ м. Ужгород, яким було проведено: загальноклінічне обстеження, лабораторна діагностика, їх аналіз і статистична обробка.

Результати: завдяки проведенню нами обстежень було виявлено, що у значної частини дітей з БОС (67,9%) виявлена індивідуальна обтяженість за алергією: несприйнятливість харчових алергенів, реакція на запахи, порох, цвітіння рослин у 43,6%, рідше - медикаментозна алергія - 10. 7%), $p < 0,05$. Проведений аналіз виявив, що на грудному вигодовуванні перебувала лише третина обстежених в усіх групах. Профілактичні щеплення згідно з календарем щеплень одержали тільки 52,3% обстежених дітей. Їм не проводилось щеплення як обов'язкові, так і рекомендовані. Практично у всіх дітей медичні протипоказання були тільки тимчасовим або помилковим – 98%

Висновки: Обтяженість сімейної спадковості по захворюваннях органів дихання у дітей достатньо висока. Гострим респіраторним вірусним інфекціям та «простудним» захворюваннями на першому році життя хворіла половина обстежених, БОС не є протипоказом для проведення планових і рекомендованих профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень. Визначення С-реактивного протеїну може служити допоміжним засобом для визначення участі мікробно-запальної ланки в патогенезі бронхообструктивного синдрому, але не може бути вирішальним фактором у з'ясуванні генезу захворювання. Імунологічними маркерами розвитку БОС і можливої трансформації повторного обструктивного бронхіту у бронхіальну астму є дизімуноглобулінемія із зниженням вмісту сироваткового IgA і підвищенням сироваткових IgE та IgG.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ РОДОДОПОМОГИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Пацкань І.І., Корсак В.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород.

Ключові слова: рододопомога в умовах реформування

Вступ: Актуальність проблеми обумовлена демографічною кризою та незадовільним станом здоров'я матерів і дітей на Україні. На тлі зниження народжуваності, рівень материнської та малюкової смертності в 2 рази перевищує середній показник по Євросоюзу. Соціально- економічна ситуація та недосконалість системи охорони здоров'я не дозволяють на сучасному етапі

забезпечити доступність та якість медичних послуг на всіх рівнях надання перинатальної допомоги.

Мета: визначити проблемні питання рододопомоги в області та перспективні напрямки реформування служби щодо покращення ситуації.

Матеріали та методи: дані моніторингу індикаторів якості перинатальної допомоги та безпеки закладів охорони здоров'я в області за 2017 -2019 роки. Аналіз та статистична обробка даних з визначенням проблем та першочергових заходів.

Результати: За статистичними даними акушерсько-гінекологічної служби має місце прогресуюче погіршення загального та репродуктивного здоров'я, що обумовлено як медичними так і соціально-економічними чинниками. Переорієнтація первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики сімейної медицини, не призвела до суттєвих змін у наданні рододопомоги. Диспансеризація вагітних здійснюється сімейними лікарями, акушерами-гінекологами та лікарями приватних закладів, проте совокупна звітність щодо їх соматичного здоров'я і перебігу вагітності відсутня. Щорічно прогресивно зменшується кількість пологів, зростає питома вага невиношування, патологічних пологів на тлі важких гестозів, переважно у вагітних, з несвоєчасно діагностованою, екстрагенітальною патологією. Суттєвим недоліком є несвоєчасність та неадекватність надання ургентної допомоги, що обумовлено особливостями інфраструктури регіона.

Висновки: в умовах реформування та враховуючи виявлені проблеми в регіоні, першочерговими заходами повинні бути: удосконалення територіальної екстреної медичної допомоги; забезпечення наступності між первинною і спеціалізованою службами; оптимізація мережі небезпечних закладів; забезпечення пологових відділень опорних лікарень обладнанням та медичними засобами для надання невідкладної допомоги в ургентних ситуаціях відповідно до сучасних протоколів та настанов; підвищення кваліфікації медперсоналу первинної і спеціалізованої допомоги; залучення професійних Асоціацій до удосконалення та поновлення локальних протоколів з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій

ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ГЕПАТИТОМ В ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Мицода Р.М.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород

Ключові слова: прогнозування, акушерські ускладнення, хронічний гепатит В.

Вступ: кількість інфікованих ГВ має значні географічні коливання – від 0,3-0,5% населення Німеччини носійства HBsAg та до 30% у тропічних країнах. У світі 1 млрд. інфікованих та 350 млн. чоловік носіїв вірусу ГВ.

Мета: простежити перебіг вагітності, пологів, післяродового періоду у вагітних з хронічним гепатитом В і ранній неонатальний період їх новонароджених для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

Матеріали та методи: проведений аналіз перебігу 100 вагітностей, пологів, післяродових періодів у жінок з хронічним гепатитом В протягом вагітності та 100 вагітностей, родів та післяродових періодів у жінок без соматичної патології. Статистична обробка результатів спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5. 0 та Excel 6. 0. Для оцінки достовірності отриманих даних використані – t-критерій Стьюдента в модифікації Амосова Н. М. та співавторів і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 5%. Групи є однорідними за віком, соціальним станом, в певній мірі за спеціальністю, проживають у межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

Результати: Згідно обрахунків, прогнозованими ускладненнями для жінок, що страждали на хронічний ГВ під час вагітності є – преeklampsія (1,77), затримка внутрішньоутробного розвитку (1,63), самовільний викидень (1,44), хронічний аднексит (1,44) та екстрагенітальна патологія (1,31).

Висновки: Жінки з хронічним гепатитом В під час вагітності частіше страждають на преeklampsію, а їхні новонароджені на затримку внутрішньоутробного розвитку на тлі екстрагенітальної патології у матері.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Корсак В.В., Пацкань І.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства і дитинства, м. Ужгород

Ключові слова: вагітність, істміко-цервікальна недостатність, акушерський розвантажувальний пессарій, серкляж.

Вступ: частота істміко-цервікальної недостатності серед усіх вагітних жінок становить 1,8% і обумовлює високі показники перинатальної захворюваності і смертності. На сьогодні переважно проводять хірургічну або консервативну корекцію істміко-цервікальної недостатності

Мета: виявити особливості перебігу вагітності і родів відповідно до методу корекції істміко-цервікальної недостатності.

Матеріали та методи: проведено серкляж 50 вагітним за методом Макдональда (1 група), іншим 50 жінкам ведено акушерський розвантажувальний пессарій (2 група). Діагноз ставився на основі анамнезу, даних об'єктивного клінічного обстеження, ультразвукового дослідження. Клінічний ступінь недостатності внутрішнього вічка шийки матки оцінювали за шкалою Штембера. При цервікометрії трансвагінальним доступом використовували стандартні критерії істміко-цервікальної недостатності. Отримані дані статистично оброблені.

Результати: серкляж проводився при наявності клінічних ознак істміко-цервікальної недостатності за шкалою Штембера в термінах вагітності 18 – 22

тижні. Акушерський розвантажувальний пессарій застосовували при виявленні даної патології при цервікометрії в термінах 14 – 18 тижнів вагітності. Таким чином, корекція істміко-цервікальної недостатності шляхом накладання швів на шийку матки здійснювалася в більш пізні терміни вагітності при короткій шийці матки, $P < 0,05$. Пацієнтки після серкляжу частіше госпіталізувалися з приводу загрози переривання вагітності, ніж після ведення пессарію, $P < 0,05$. В 1 групі своєчасні роди наступили 91,3% вагітних, передчасні роди мали місце у 6,5% вагітних, самовільні аборти у 2,2% вагітних. В 2 групі відповідно 88,4% вагітних розроджено своєчасно, 7% передчасно і в 4,6% вагітність закінчилася самовільним абортom, $P > 0,05$. Розродження шляхом кесаревого розтину проведено у 15,7% вагітних 1 групи і у 32,4% вагітних 2 групи, $P < 0,05$. У рожениць 2 групи в порівнянні з роженицями 1 групи частіше спостерігалися передчасний розрив плодового міхура, аномалії родової діяльності, розриви шийки матки, $P < 0,05$

Висновки: ефективність корекції істміко-цервікальної недостатності в більшій мірі залежить від ступеню вираженості анатомічних змін шийки матки, ніж від строку вагітності при якому ця корекція проводилася. Метод корекції істміко-цервікальної недостатності суттєво не впливає на терміни розродження. При використанні акушерського розвантажувального пессарію розродження частіше проводиться через природні родові шляхи, при серкляжі – шляхом кесаревого розтину.

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ДІАБЕТУ

Бобик Ю.Ю., Леміш Н.Ю.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства; медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології, м. Ужгород

Ключові слова: Гестаційний діабет, вуглеводний обмін, профілактика.

Вступ: Гестаційний діабет (ГД) представляє значну небезпеку для матері і плода. Незважаючи на успіхи сучасної медицини, частота ускладнень гестаційного процесу при цьому захворюванні залишається високою. ГД призводить до підвищення захворюваності жінок у післяпологовому періоді та збільшення частоти перинатальної та постнатальної захворюваності у дітей.

Мета:

- розробити нові профілактично-лікувальні заходи для ведення вагітних із високим ризиком розвитку ГД;
- оцінити їх ефективність.

Матеріали та методи: Досліджено вуглеводний обмін у 2 групах вагітних жінок: I група – 50 пацієнток із верифікованим діагнозом ГД, ведення яких проводилося згідно загальноприйнятих лікувально-профілактичних методів і II група – 50 вагітних із факторами ризику розвитку ГД, у яких, окрім традиційних, було використано запропоновані профілактично-лікувальні заходи. Вагітні обох груп статистично не відрізнялися за віком, структурою факторів ризику розвитку ГД, сімейним станом, соціальним статусом, особливостями репродуктивної

функції, частотою гінекологічних захворювань і урогенітальних інфекцій та соматичної патології.

З метою профілактики розвитку ГД вагітним призначали по 1 таблетці щодня протягом гестації Йодомарин - 200, зважаючи на роль гормонів ЩЗ у регуляції гомеостазу глюкози та збалансований мультивітамінно-мінеральний комплекс (Елевіт пренаталь), до складу якого входить вітамін D, недостатнє надходження якого в організм, згідно останніх досліджень, сприяє розвитку ГД.

Рівень глюкози у плазмі венозної крові визначали гексокіназним методом, а глікозильованого гемоглобіну – імунотурбідиметричним методом за допомогою тест-систем Roche Diagnostics (Швейцарія).

Результати: через 2 тижні проведеної терапії у 30 (60,00%) вагітних 1 групи і 50 (100,00%) 2 групи рівень глюкози в крові натще був $< 5,3$ ммоль/л із середніми значеннями $5,64 \pm 1,09$ ммоль/л і $4,57 \pm 0,32$ ммоль/л ($t_{1-2}=6,66$, $p_{1-2}=1,1 \times 10^{-8}$); через 1 годину – $< 7,8$ ммоль/л у 27 (54,0%) та 50 (100,0%) із середніми значеннями $7,99 \pm 1,14$ ммоль/л і $7,27 \pm 0,45$ ммоль/л ($t_{1-2}=4,16$, $p_{1-2}=9,6 \times 10^{-5}$); а через 2 години – $< 6,7$ ммоль/л відповідно у 27 (54,00%) та 50 (100,00%) із середніми значеннями $6,94 \pm 0,67$ ммоль/л і $6,39 \pm 0,17$ ммоль/л ($t_{1-2}=5,53$, $p_{1-2}=8,8 \times 10^{-7}$). Отримані дані вказують на те, що у 23 (46,00%) вагітних 1 групи не вдалося досягти цільових рівнів глюкози в крові, і тому їм було призначено інсулінотерапію. Вагітні 2 групи не потребували лікування інсуліном.

Важливо відмітити, що середнє значення рівня глікозильованого гемоглобіну у жінок 1 групи на кінець вагітності було статистично значимо вищим і складало $6,00 \pm 0,49\%$ проти $5,42 \pm 0,51\%$ у 2 групі ($t_{1-2}=5,78$, $p_{1-2}=8,7 \times 10^{-8}$). У 17 (34,0%) вагітних 1 групи та 2 (4,0%) 2 групи рівень глікозильованого гемоглобіну на кінець вагітності перевищував норму, що вказує на можливість формування у них ЦД 2 типу під час даної вагітності.

Висновки: Отже, завдяки використанню запропонованої нами профілактично-лікувальної методики, у 14 (28,00%) вагітних, за результатами ПГТТ, діагноз ГД не був встановлений. У всіх вдалося досягти цільових рівнів глікемії, тому вони не потребували лікування інсуліном.

НЕІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ДОСЛІДЖЕННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНІВ ПАНКРЕАТИЧНОЇ СЕКРЕЦІЇ

Чайковська Т.В.², Дичка Л.В.^{1,2}, Ляхова О.Б.²

¹ДВНЗ «УжНУ», ФПОДП, кафедра нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії, м. Ужгород;

²ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»

Ключові слова: функція підшлункової залози, неінвазивна діагностика

Вступ: Діагностика панкреатичної недостатності залишається однією з найбільш складних проблем сучасної функціональної гастроентерології. Особливо це стосується початкових форм дисфункціональних станів підшлункової залози (ПЗ), прогресування яких зумовлює формування панкреатичної гіпосекреції та порушень вуглеводного обміну. Існуючі зондови

методи дослідження складні і мають багато протипоказань, а непрямі беззондові способи (фекальна еластаза I та ін.), як правило, чутливі лише при недостатності ПЗ середнього і важкого ступеню.

Мета: Оцінка зовнішньо- і внутрішньосекреторної функції ПЗ у хворих з хронічною патологією органів травлення та високим ризиком розвитку цукрового діабету (ЦД) із застосуванням авторського беззондового методу.

Матеріали та методи: Обстежено 25 хворих з хронічною патологією органів травлення з високим рівнем ризику розвитку ЦД та у 30 практично здорових осіб. Ризик розвитку ЦД оцінювався бальним методом за опитувальником FINDRISK (FINnish Diabetes Risk Score) і при кількості балів вище 14 ризик виникнення ЦД вважався високим. Середній вік хворих - $54,6 \pm 1,5$ років, 9 чоловіків, 46 жінок. Оцінка функціонального стану ПЗ проводилась неінвазивним авторським методом із застосуванням фракційного дослідження активності і дебітів α -амілази (α -амл) сечі в різні періоди травлення. Рівень глюкози крові визначали натще і протягом 120 хв. після пробного спіданку. Статистична обробка проводилась із застосуванням пакету програм "Excel".

Результати: Високий ризик ЦД супроводжується певними особливостями секреторних порушень ПЗ - у 52,0 % хворих виявлені достовірно вищі, ніж у контролі, рівні дебітів α -амл в міжтравний період за рахунок активації гідрокінезу і зниження екболічної функції ПЗ, що характерно для латентних форм ЦД. У 60,0 % хворих виявлено гальмівний тип секреторної реакції ПЗ на фізіологічний харчовий подразник, як у ранній (30-60 хв.), так і пізній (90-120 хв.) періоди травлення, у 28,0 % діагностувалась панкреатична гіпосекреція у всі періоди травлення. Крім того, при постпрандіальній панкреатичній гіпосекреції на фоні високого ризику ЦД виявлені значно нижчі показники дебіту α -амл сечі в травний період, ніж у контролі (відповідно $168,8 \pm 25,9$ і $625,0 \pm 26,8$ г/год. л, $P < 0,001$). На фоні порушень зовнішньосекреторної функції ПЗ у 72,0 % хворих виявлені підвищені рівні глюкози крові натще - $6,5 \pm 0,41$ ммоль/л, а через 120 хв. після сніданку - $6,7 \pm 0,38$ ммоль/л. Це достовірно вище, ніж у групі контролю, і свідчить не лише про порушення внутрішньосекреторної функції ПЗ, але й можливість формування переддіабетичного стану.

Висновки: Проведені дослідження обґрунтовують доцільність застосування запропонованого способу в плані оцінки ризику розвитку ЦД, особливо у осіб з функціональною панкреатичною гіпосекрецією.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО АЦИДОЗУ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ З ВИСОКИМ РИЗИКОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Дичка Л.В.^{1,2}, Гайсак М.О.²

¹ДВНЗ «УжНУ», ФПОДП, кафедра нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії, м. Ужгород;

²ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»

Ключові слова: латентний метаболічний ацидоз, хронічна патологія органів травлення, переддіабет.

Вступ: Метаболічний ацидоз (МА) при хронічній патології органів травлення має тривалий безсимптомний перебіг і виявляється лише лабораторними дослідженнями, в першу чергу - на рівні змін головних механізмів його компенсації. Ці механізми реалізуються, головним чином, нирками, за участю буферних систем кісткової тканини, печінки і шлунку через активацію амоніогенезу, ацидогенезу та екскрецію кальцію. Завдяки цим механізмам МА може бути компенсований протягом тривалого часу. Водночас прогресування латентного МА може бути одним із ранніх проявів формування переддіабетичних станів та вторинного ЦД, що зумовлює доцільність раннього проведення превентивних заходів при гастроентерологічній патології хронічного перебігу.

Мета: Оцінка порушень ниркових механізмів компенсації МА у хворих з поєднаною патологією органів травлення на фоні підвищеного ризику ЦД.

Матеріали та методи: Обстежено 30 пацієнтів (віком від 32 до 68 років, середній вік $52,1 \pm 2,6$ років, 17 жінок, 13 чоловіків) з коморбідною гастроентерологічною патологією та різним рівнем ризику ЦД, який визначався за опитувальником FINDRISC. Досліджені рівні сечової екскреції амонію, рН та титраційної кислотності сечі (ТКС). Статистична обробка одержаних результатів проводилась за допомогою стандартних методів варіаційної статистики із застосуванням пакету програм «Excel».

Результати: За результатами опитування у 7 пацієнтів виявлено відсутність ризику або низький ризик ЦД, середній – у 13, високий та дуже високий – у 10 пацієнтів. Більш високі показники екскреції титрованих кислот за величиною ТКС ($0,62 \pm 0,09$ мл Na_2CO_3) та екскреції амонію ($51,01 \pm 6,12$ ммоль/л) спостерігалися у хворих з більш високим ризиком ЦД, достовірно менші - у групі з низьким ризиком захворювання ($0,39 \pm 0,12$ мл Na_2CO_3 та $42,47 \pm 7,89$ ммоль/л відповідно). Кореляційний аналіз виявив сильну ступінь кореляції ($\rho = -0,85$) між рівнем рН та екскрецією амонію, кореляцію середнього ступеня ($\rho = +0,55$) - між рівнем екскреції амонію та ТКС, при цьому кореляція між рівнем рН і екскрецією титрованих кислот не спостерігалась.

Висновки: Проведені дослідження свідчать про наявність субклінічних форм МА у вигляді лабораторних проявів порушень ниркових механізмів його компенсації у хворих з патологією органів травлення на фоні підвищеного ризику ЦД. Виявлені зміни не супроводжуються клінічною маніфестацією, водночас вже на цьому етапі визначають доцільність проведення ранньої корекції цих порушень, зокрема, проведення сервісної неінтенсивної олузнюючої терапії.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ ПИТНОГО ПРИЙОМУ ПРИРОДНИХ МІНЕРАЛЬНИХ ВОД НА ПАРЦІАЛЬНІ ФУНКЦІЇ НИРОК

Дичка Л.В.^{1,2}, Кудик В.Г.^{2,3}, Гайсак М.О.², Чайковська Т.В.², Ляхова О.Б.²

¹ДВНЗ «УжНУ», ФПОДП, кафедра кафедра нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії, м. Ужгород;

²ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»;

³санаторій «Термал Стар»

Ключові слова: цукровий діабет, коморбідна ниркова патологія, природні мінеральні води.

Вступ: Ураження нирок при цукровому діабеті (ЦД) належить до його пізніх ускладнень, що розвивається при обох типах ЦД в 20-43 % випадків. Тяжкість метаболічних наслідків перенесених запальних процесів нирок на фоні ЦД та складність їх лікування зумовлює необхідність пошуку методів ранньої корекції порушень парціальних функцій нирок. З цією метою можуть застосовуватись природні мінеральні води (МВ) різного складу і мінералізації (М).

Мета: Оцінка впливу питного застосування природних МВ на порушення парціальних функцій нирок при поєднаній гастроурологічній патології.

Матеріали та методи: Досліджені діуретичні та олужнюючі ефекти 21-денного курсу питного прийому МВ різного складу та мінералізації у 75 пацієнтів з поєднаною гастроурологічною патологією: гідрокарбонатної натрієвої середньої М (Поляна Квасова - *Поляно-Квасівського типу*); гідрокарбонатної натрієвої малої М (Лужанська-4 - *Боржомського типу*); слабомінералізованої висококремнистої (Деренівська - *Кульдурсько-Піренейського типу*).

Результати: Порівняльна оцінка впливу питного застосування досліджуваних МВ виявила однаправленість їх діуретичних і олужнюючих ефектів, виразність яких і механізми реалізації дещо різнилися. Під впливом МВ Поляна-Квасова спостерігалось лише незначне збільшення (на 8 %) добового діурезу, яке досягало максимальної величини на 10-12-й день лікування. Дещо більше, на 20 % посилювався діурез під впливом МВ Лужанська, при цьому показники діурезу суттєво зростали вже на 6-й день лікування із збереженням цієї тенденції до кінця лікування. МВ Деренівська збільшує добовий діурез на 30 % вже починаючи з 3-го дня, а найвищі показники (до 2 л на добу) спостерігаються в кінці лікування. За впливом МВ на рН сечі найбільш виражене олужнення сечі, на фоні збільшення його фізіологічних коливань (з 5,27-6,92 до 6,15-7,84) та достовірного зсуву мінімального рН в лужний бік, спостерігалось під впливом МВ Поляна Купіль, яке проявлялось вже з перших двох тижнів лікування, найменш виражена динаміка рН і практична відсутність олужнення сечі характерна для слабомінералізованої МВ.

Висновки: Різні за складом природні МВ мають сприятливий вплив на функціональний стан сечовидільної системи, водночас мають певні особливості впливу, що слід враховувати при розробці тактики відновлювального лікування хворих на ЦД. Поєднане застосування МВ різного складу дозволяє здійснювати одночасний вплив на різні механізми формування і прогресування віддалених метаболічних та дисфункціональних наслідків патології нирок на фоні ЦД.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Пулик О.Р., Гирявець М.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра нейрореабілітації з курсом медичної психології, пульмонології, фтизіатрії, курс неврології

Ключові слова: півкульний ішемічний інсульт, реабілітація, магніто терапія

Вступ. В Україні та світі судинно-мозкові захворювання є найбільш актуальними серед медичних та соціальних проблем (Міщенко Т. С., 2017; Norrving B., 2018). Крім порушення моторних функцій у хворих, що перенесли інсульт, виникають порушення психоемоційної сфери (Гриб В. А, 2015; Бачинська Н. Ю., 2018). Частота післяінсультної депресії становить 30–42 % протягом першого року після перенесеного інсульту (Bloomfield N. M., 2014). Порушення психоемоційної сфери ускладнюють процес реабілітації. Одним із методів немедикаментозної терапії, що застосовується в реабілітації післяінсультних порушень є магнітотерапія (Wójtowicz S, 2017)

Мета. Проаналізувати вплив магнітотерапії на відновлення психоемоційних порушень після півкульного ішемічного інсульту

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом 2015-2017 рр. У дослідженні взяли участь 82 хворих, жителів м Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав $61,1 \pm 1,1$ року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи – 50 пацієнтів в основну та 32 пацієнти в контрольну групу. Всім хворим проведено нейровізуалізаційне обстеження, функціональне обстеження із використанням шкали тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США (NIHSS), шкалу тривоги та депресії – HADS для визначення психоемоційного стану.

Пацієнти обох груп отримували лікування на основі Уніфікованого клінічного протоколу лікування ішемічного інсульту Для магнітотерапії пацієнтам основної групи використано апарат Viofor JPS із змінним магнітним полем низької частоти за програмою M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів двічі з місячною перервою у ранньому відновному періоді.

Результати. Показник тривожності (по шкалі HADS) у всіх групах відповідав субклінічним симптомам тривоги і складав для пацієнтів контрольної групи $6,6 \pm 2,1$ бала, а пацієнтів основної групи $5,7 \pm 1,5$ бали. Показники депресії у пацієнтів основної групи відповідали $8,1 \pm 1,4$ бали, а контрольної групи – $7,5 \pm 2,1$ бала. За шкалою тяжкості інсульту Національних інститутів здоров'я США – NIHSS пацієнти в групах мали середній бал $7,6 \pm 3,2$ бали, що відповідає інсульту середньої важкості. По завершенні терапії покращення спостерігалось у пацієнтів в обидвох групах, в основній групі середній бал склав по шкалі HADS(тривога) – $3,7 \pm 1,6$ бали, в контрольній – $5,8 \pm 2,1$ бали. Показник депресії знизився до $6,5 \pm 1,6$ бала в основній та $6,7 \pm 2,1$ бали в контрольній групі.

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що при додатковому застосуванні магнітотерапії спостерігалось зменшення показників тривоги та

депресії (обидва $p < 0,05$), оцінених при допомозі Шкали тривоги та депресії (HADS) у пацієнтів після перенесеного півкульного ішемічного інсульту у ранньому відновному періоді.

КОМОРБІДНІ СТАНИ В РОЗРОБЦІ БАЛЬНЕОЛОГІЧНИХ ПРОГРАМ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХРОНІЧНИХ ХВОРИХ НА ФОНІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Лемко І.С.², Дичка Л.В.^{1,2}, Гайсак М.О.²

¹ДВНЗ «УжНУ», ФПОДП, кафедра кафедра нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фтизіатрії, м. Ужгород; ²ДУ «НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України»

Ключові слова: коморбідні стани, хронічні захворювання, бальнеологічне лікування.

Вступ: Системний підхід до вивчення коморбідної патології відповідає умовам позанозологічного підходу до оцінки функцій організму, що дозволяє розвивати і вдосконалювати системний реабілітаційний напрямок в медицині. Персоналізованого підходу потребує і тактика лікування, зокрема, на етапі реабілітації, в період поза загостренням. Особливе значення коморбідність має при такому системному захворюванні, як цукровий діабет (ЦД).

Мета: Провести оцінку частоти виявлення та особливостей нозологічної стратифікації коморбідної патології у хворих на ЦД в період поза загостренням на етапі реабілітаційного лікування.

Матеріали та методи: Дослідження частоти та особливостей коморбідної патології проводилось на основі аналізу результатів обстеження пацієнтів при їх поступленні на лікування з використанням індексу коморбідності (ІК) Чарлсона, який являє собою бальну систему поєднаної оцінки наявності певних супутніх захворювань та віку хворого. ІК обчислений у 47 хворих на ЦД 2 типу віком від 37 до 74 років в період поза загостренням.

Результати: Проведений аналіз показав, що вік пацієнтів з ЦД старше 60 років є суттєвим фактором ризику несприятливого перебігу захворювання. Високий ІК (>5 балів) спостерігається у більшості пацієнтів (79,2 %) старшого віку, однак навіть у працездатному віці (51-60 років) цей відсоток виявився досить високим (47,3 %). Слід зауважити, що у жодного пацієнта не спостерігалось низького ІК (0-2 бали). За нозологічним спектром коморбідних патологічних станів – це переважно захворювання органів травлення, сечовидільної системи, а у віці понад 60 років – кардіоваскулярна патологія. Слід зазначити, що в загальному, у 85,1 % обстежених діагностувались одночасно всі три групи захворювань.

Встановлено також, що з урахуванням поліморбідності, комплексне лікування хворих на ЦД, окрім гіпоглікемічних засобів, передбачає додаткове призначення ліків, всього їх добова кількість перевищує 5 різних груп медикаментів, більшість з яких мають численні побічні ефекти.

Висновки: Проведений аналіз є підставою для застосування в лікуванні хворих на ЦД в період поза загостренням немедикаментозних методів, зокрема природних мінеральних вод з багатofункціональними ефектами дії. Їх

застосування в якості доповнюючої терапії сприятиме посиленню гіполіпідемічного ефекту лікування, корекції та компенсації порушень органів травлення та сечовидільної системи, зменшенню частоти та інтенсивності проявів побічних ефектів ліків, а також скороченню обсягів медикаментозної терапії. Перевагою методичного підходу є а також доступність фасованих мінеральних вод різного складу та бальнеологічної належності.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНІ ДИСФУНКЦІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Дрюченко М.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізотерапії, Ужгород

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція, тривога, діагностика.

Вступ: Відповідно до сучасних епідеміологічних оцінок соматоформна вегетативна дисфункція органів травлення складає близько третини усіх соматоформних розладів. Характерною рисою гастроентерологічної патології є психосоматична обумовленість при зростанні питомої ваги у структурі загальної соматичної захворюваності. Соматичні прояви тривоги можуть маскувати наявність соматичної хвороби, що утруднює її ранню діагностику. Основою вегетативної дисфункції виступають процеси соматизації, тобто переносу психічних феноменів у соматичну площину. Тривога – психологічний та/чи фізіологічний стан, який включає емоційну, поведінкову, соматичну та когнітивну складову.

Мета: оцінити рівень тривожності у пацієнтів з соматоформною вегетативною дисфункцією.

Матеріали і методи: Обстежено 60 пацієнтів (34 жінок та 26 чоловіків), працездатного віку з середньою тривалістю спостереження у гастроентеролога від 3-5 років. Визначення проводили за допомогою шкали тривоги Гамільтона (HAM-A).

Результати: Обстежувані нами пацієнти були розділені на 2 групи. До 1 групи (30 пацієнтів) ми віднесли пацієнтів від 20-55 років, серед яких було 16 жінок та 14 чоловіків, з середньою тривалістю спостереження у гастроентеролога від 3-5 років, які чітко відмічали наявність тривожного компоненту. До 2 групи (30 пацієнтів) ми віднесли пацієнтів від 25-55 років, серед яких було 18 жінок та 12 чоловіків, з середньою тривалістю спостереження у гастроентеролога від 3-5 років, які заперечували наявність тривожного компоненту. Відповідно до оцінки у 1 групі: у 8 пацієнтів відмічався важкий ступінь тривоги, у 14 – середньо виражена (симптоматична) тривога, 8 – легка тривожність. У 2 групі: у 2 пацієнтів – відсутні симптоми тривоги, 3-є – перебувають у зоні ризику можливої наявності тривожності, 14 – мають легку тривогу, 10 – симптоматична тривога, 1- важкий ступінь тривоги.

Висновки: Соматичні прояви тривоги маскують наявність соматичної хвороби, що утруднює її ранню діагностику. Клінічні прояви соматичних порушень можуть бути подібними до соматичних симптомів тривоги, погіршуючи загальний перебіг хворобливого стану. Подальше вивчення даної проблематики необхідно проводити шляхом аналізу зв'язків психопатологічних синдромів із соматичними проявами, перебігом та прогнозом захворювання.

РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Турянниця С.М.¹, Пікіна І.Ю.¹, Ворохта С.Ю.¹, Турянниця Ю.Є.¹, Гряділь Т.І.²

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізіотерії.

²ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.

Ключові слова: ротавірусна інфекційна хвороба, мікст-інфекція, діти.

Вступ: Майже кожна дитина у світі, досягнувши п'яти років, заражається ротавірусом принаймні один раз. Проте з кожним наступним епізодом реінфекції даним збудником, імунітет посилює відповідь, і саме тому наступні випадки мають менш тяжкий характер перебігу. Цікаво, що в дорослого населення рідко виявляють даний тип збудника, а відтак ротавірусну інфекцію (РВІ) виявляють не часто. Нині відомо п'ять видів цього вірусу, які називають А, В, С, D та Е. Найбільш поширеним є ротавірус А — він є причиною понад 90 % випадків заражень людини.

Мета дослідження: Провести ретроспективний аналіз епідеміологічних даних РВІ в Закарпатській області, проаналізувати їх структуру, за даними стаціонарного лікування Обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ).

Матеріали та методи: В процесі дослідження було опрацьовано 185 хворих. Дослідження проводилося, використовуючи статистичні дані показників історій хвороб пацієнтів ОКІЛ м. Ужгород з діагнозом "Ротавірусна інфекція" за період з 2015 по 2017 рр. для дослідження прогностичного та діагностичного значення деяких клінічних факторів у процесі розвитку РВІ у дітей віком від 1 місяця до 7 років (n=185, частка чоловічої статі – 50,3%, жіночої статі – 49,7%, середній вік – 2,52±0,26 років). В процесі дослідження ми оцінювали наступні показники: вираженість дегідратаційного синдрому, діарею, блювання, показники температурної реакції, наявність катаральних явищ, ступінь інтоксикаційного синдрому та сезонність. Статистичний аналіз проводили за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistic 13.0.

Результати. Для оцінки взаємозв'язку частоти клінічних симптомів від віку пацієнтів, їх було розподілено на наступні вікові групи: 0-6 місяців – 6,5%, 7-12 місяців – 10,8%, 1-2 роки – 48,1%, 2-7 років – 34,6%. Частота дегідратації I ступеню в загальній вибірці становила 87,6%, II ступеню – 12,4%. Знайдено

достовірний взаємозв'язок між вираженістю дегідратації та віком досліджуваних пацієнтів ($p=0,012$). Щодо інших симптомів такого зв'язку не виявлено. I ступінь дегідратації у віці 0-6 місяців становив - 4,3%, у 7-12 місяців - 11,7%, у 1-2 років - 49,4%, більше 2 років - 34,6%, натомість II ступінь: у віці 0-6 місяців - 21,7%, 7-12 місяців - 4,3%, 1-2 роки - 39,1%, більше 2 років - 34,8%. Розподіл частоти клінічних симптомів серед пацієнтів був наступним: знайдено достовірний зв'язок між частотою блювання та діареєю, та ступенем дегідратації ($p=0,028$ і $p=0,002$ відповідно). При I ступені дегідратації блювання спостерігалось у 84,7% хворих та 69,8% діареї відповідно. При II ступені дегідратації блювання спостерігалось у 95,7% хворих та 100% діареї відповідно. Середнє перебування пацієнтів у стаціонарі становило $5,29 \pm 0,25$ днів. Частка міських жителів – 68,1%, сільських – 31,9%. Частота ускладнень, в тому числі реактивного панкреатиту – 35,7%. Антибіотикотерапію потребували 42,2% пацієнтів. 18,9% хворих були доставлені для лікування та дообстеження - ургентно. 61,6% - звернулись в лікувальний заклад самостійно. 19,5% – були направлені сімейними лікарями, лікарями різних спеціальностей та поліклінічним закладом, з метою планового стаціонарного лікування. Максимальний ризик розвитку РВІ у дітей припадав на зимовий період року - з грудня по січень, а також весняний - з квітня по травень. Мінімальний ризик — на літній період.

Висновки. 1. У дітей із гострим гастроентеритом ранніми діагностичними клінічними ознаками, що вказують на ротавірусну інфекцію - є вираженість інтоксикації, дегідратаційний синдром, діарея, блювання, показники температурної реакції. 2. Середня тривалість захворювання з моменту госпіталізації до одужання становила $5,29 \pm 0,25$ днів. 3. До факторів ризику розвитку гострих кишкових інфекцій ротавірусної етіології, що потребують лікування пацієнтів в стаціонарних умовах, належать: вік дитини від 1 до 2 років, зимово-весняний період року.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ SF-36

Блага О.С., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра нейрореабілітації із курсами медичної психології, пульмонології та фізіотрії, м. Ужгород

Ключові слова: якість життя, хронічне обструктивне захворювання легень, ожиріння, опитувальник SF-36.

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я на даний час. За рахунок дихального дискомфорту, який супроводжує дане захворювання, у поєднанні з коморбідною патологією, ожирінням (ОЖ) зокрема, якість життя (ЯЖ) таких пацієнтів знижується. Дослідження показників ЯЖ дає змогу визначити вплив захворювання на пацієнта, а саме фізичний, психологічний, емоційний компоненти та окремі домени сприйняття стану свого здоров'я.

Мета: оцінити якість життя хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ожирінням за допомогою опитувальника SF-36.

Матеріали та методи. Обстежено 96 хворих на ХОЗЛ групи А і В з легким та помірним ступенями бронхообструкції (GOLD 1-2), з них 44 пацієнти з ХОЗЛ у поєднанні з ОЖ та 52 пацієнти з ХОЗЛ без ОЖ. Проведено загальноприйняте обстеження, визначення функції зовнішнього дихання, індексу маси тіла. Показники якості життя досліджувалися за допомогою опитувальника SF-36.

Результати. У результаті проведеного дослідження показників ЯЖ виявлено вірогідне зниження показника фізичного функціонування (PF) у пацієнтів ХОЗЛ із ОЖ ($41,67 \pm 7,82$) у порівнянні з групою пацієнтів ХОЗЛ з нормальною масою ($73,0 \pm 2,58$) та порівняно з контролем ($96,54 \pm 1,19$) ($p < 0,001$), зумовлене обмеженням можливостей виконувати повсякденні фізичні навантаження, що вело до зниження показників ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. Спостерігалось вірогідне зниження показника рольового функціонування (RP) у пацієнтів ХОЗЛ із ОЖ ($4,17 \pm 4,17$) у порівнянні з групою ХОЗЛ з нормальною масою тіла ($39 \pm 9,80$), та вірогідне зниження показника в порівнянні з контрольною групою ($94,23 \pm 4,15$) ($p < 0,001$). Виявлене вірогідне підвищення больового показника (P) у пацієнтів обох груп ХОЗЛ з ожирінням ($48,33 \pm 7,49$) та ХОЗЛ з нормальною масою ($66 \pm 6,78$) в порівнянні з контролем ($4,62 \pm 1,44$) ($p < 0,001$). При порівнянні груп ХОЗЛ з ОЖ ($47,83 \pm 5,93$) та ХОЗЛ з нормальною масою ($52,5 \pm 2,5$) з контрольною групою ($66,35 \pm 5,55$), показник соціального функціонування (SF) виявився вірогідно зниженим ($p < 0,001$). Також виявлено вірогідне зниження показника емоційного функціонування (RE) у пацієнтів ХОЗЛ з ОЖ ($11,11 \pm 7,03$) в порівнянні з групою ХОЗЛ з нормальною масою тіла ($56,67 \pm 19,44$). Показник психологічного здоров'я (MH) у пацієнтів ХОЗЛ з ОЖ ($41,33 \pm 10,77$) вірогідно не відрізнявся в порівнянні з ХОЗЛ з нормальною масою тіла ($55,6 \pm 5,81$), але в порівнянні з контролем ($80,38 \pm 3,38$) показник в обох групах був вірогідно зниженим ($p < 0,001$).

Висновки. У хворих на ХОЗЛ виявлено вірогідне зниження фізичного та психічного компонентів ЯЖ порівняно з контролем, більш виражені за наявності супутнього ОЖ, яке підсилює негативний вплив захворювання на обмеження фізичної активності, поглиблює психологічні та соціальні проблеми та погіршує загальний показник ЯЖ.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ПІДЛІТКІВ (15-17 РОКІВ) М. УЖГОРОДА ТА ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ В ДИНАМІЦІ УПРОДОВЖ 2014-2018 РОКІВ

Микита Х.І.¹, Рогач І.М.^{1,2}, Палко А.І.¹

¹ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни

²ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти, кафедра громадського здоров'я,

Ключові слова: здоров'я, підлітки, захворюваність, профілактичні заходи.

Вступ: серед найважливіших цінностей всіх народів особливе місце відводиться здоров'ю людей. Спостерігається зростання серед дітей та підлітків

усіх захворювань, але перші місця займають хвороби системи дихання, травлення, кістково-м'язової та сечостатевої системи, а також хвороби ока та придаткового апарату і нервово-психічні розлади.

Мета: вивчити стан здоров'я підлітків м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014-2018 років.

Матеріали та методи: проаналізований статистичний матеріал Інформаційно-аналітичного центру Закарпатської області щодо захворюваності підлітків м. Ужгорода та Закарпатської області в динаміці упродовж 2014-2018 років. Отримані матеріали оброблені статистичним методом за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel.

Результати: на основі аналізу статистичного матеріалу щодо захворюваності підлітків м. Ужгорода в динаміці 2014-2018 років встановлено, що найвища захворюваність спостерігається у 2017 році і складає 116,7‰; по області – 1448,9‰; найнижча – у 2014 році (83,2‰); по області – 1357,3‰. У структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода й області у динаміці упродовж 2014-2018 років найбільшу питому вагу складають хвороби шкіри та підшкірної клітковини (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% і 41,01% відповідно), у той же час як по області ці захворювання упродовж досліджуваних років займають значно нижчий відсоток (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% і 6,07% відповідно), а найнижчу в м. Ужгород – хвороби крові та кровотворних органів (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% і 2,68% відповідно; по області – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% і 2,35% відповідно).

Висновки: 1. Найвища захворюваність серед підлітків м. Ужгорода відмічається у 2017 році (116,73‰), по області у 2018 році (1466,02‰), а найнижча – у 2014 році як у м. Ужгород, так і по області (83,21‰ і 1357,29‰ відповідно).

2. У структурі захворюваності серед підлітків м. Ужгорода й області у динаміці упродовж 2014-2018 років найбільшу питому вагу складають хвороби шкіри та підшкірної клітковини (25,32%; 23,58%, 25,86%, 39,71% і 41,01% відповідно), у той же час як по області ці захворювання упродовж досліджуваних років займають значно нижчий відсоток (4,11%; 4,89%; 4,95%; 5,94% і 6,07% відповідно), а найнижчу в м. Ужгород – хвороби крові та кровотворних органів (1,63%; 1,99%; 1,85%; 1,95% і 2,68% відповідно; по області – 2,19%; 2,21%; 2,17%; 2,23% і 2,35% відповідно).

3. Для покращення стану здоров'я підлітків необхідно широко пропагувати здоровий спосіб життя, організацію і проведення спортивно-оздоровчих і корекційних заходів, відновлення у загальноосвітніх школах оборонно-фізкультурної допризовної підготовки юнаків, які спрямовані на тренуванні спеціальних якостей, розвитку фізичної і психоемоційної витривалості та впровадження нових оздоровчих технологій, підвищення рівня медичних знань тощо.

СУЧАСНА ЦИФРОВА ТЕХНОЛОГІЯ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

Палко А.І.¹, Рогач І.М.^{1,2}, Феєр О.В.³, Микита Х.І.¹, Пішковці А-М.М.³

¹ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни

²ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти, кафедра громадського здоров'я

³ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет №2, кафедра громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін

Ключові слова: підлітки, цифрова технологія, стан здоров'я.

Вступ: смартфони, планшети, комп'ютери, телевізори є невід'ємною частиною нашого сучасного життя. Інтернет-технології стали природною складовою життя дітей і сучасної молоді. Комп'ютер є не тільки розвагою, але й засобом спілкування, самовираження та розвитку особистості. Вплив цифрових технологій на стан здоров'я підлітків не можна ігнорувати. Діти, в основному у цьому віці, багато часу проводять в Інтернеті, що має як позитивний, так і негативний вплив на їх фізичний і психологічний розвиток та здоров'я.

Мета: вивчити вплив цифрових технологій на стан здоров'я підлітків м. Ужгорода та розробити профілактичні практичні рекомендації.

Матеріали і методи: протягом 2019 року з використанням анкетно-опитувального методу була вивчена частота використання підлітками сучасної цифрової технології та стан їхнього здоров'я. Статистична обробка даних досліджень проводилась з використанням статистичної програми Microsoft Excel.

Результати: завдяки проведенню нами опитування підлітків м. Ужгорода було виявлено, що вони незалежно від статі, декількох годин у день приділяють цифровій технології. Встановлено, що у вихідні дні підлітки більше часу користуються планшетами, телефонами, комп'ютером, ніж у будні дні. Значна частина хлопців захоплюється віртуальними іграми, а дівчатка більше переглядають соціальні сторінки. Більше, ніж 50% опитуваних не знайомі з негативними наслідками дії цифрової технології на стан здоров'я.

Аналізуючи отримані результати, вдалося встановити, що в загальному в 13,5% опитаних спостерігається явище гіперметропії, у 33,9% - міопія, а в решти – 52,5% - зір нормальний; з них: у 87,3% опитуваних з вадами зору спадковий анамнез не обтяжений, у 15,7% респондентів у родичів наявні вроджені вади зору, з чого можна зробити висновок – спадкова схильність щодо вад зору спостерігається, проте вирішальним є користування цифровою технологією.

Відмічається зниження живого спілкування у 43% опитаних за рахунок збільшення тривалості користування цифровими технологіями до 6-8 годин на день, що негативно проявляється на самооцінці та адаптації в колективі – 75% вище вказаних відчувають себе дискомфортно при живому спілкуванні і страждають низькою самооцінкою. Було виявлено підвищення маси тіла та порушення з боку опорно-рухового апарату у вигляді болю в спині, що пояснюється використанням цифрових технологій переважно у сидячому положенні (72,35%).

Висновки: 1. Підлітки занадто багато часу приділяють цифровий технології не замислюючись про негативні наслідки.

2. У значній частині респондентів вже відмічаються патологічні зміни у стані фізичного здоров'я.

3. Широке використання цифрової технології потребує розробки ефективних профілактичних заходів.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ІРОМ ГЕРНІОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ КИЛ БІЛОЇ ЛІНІЇ ЖИВОТА

Варга Л.Л., Лавер О.П.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: Вентральна кила, ІРОМ, лапароскопічна герніопластика, кила білої лінії.

Вступ: Кила білої лінії живота – поширена патологія серед усіх вікових та гендерних категорій населення. Вони бувають як вроджені, так і набуті. Серед набутих переважна кількість – післяопераційні, що по різних даних є післяопераційним ускладненням 10-15% від усіх серединних лапаротомних доступів. Єдиний можливий метод лікування даної патології – хірургічний. Малоінвазивні методики лікування даного ускладнення набувають все більшої популярності на противагу стандарним відкритим методикам.

Мета: Вивчити безпосередні та віддалені результати лапароскопічної ІРОМ герніопластики при лікуванні кил білої лінії живота на матеріалах Ужгородської Центральної Міської Клінічної Лікарні.

Матеріали та методи: з березня по вересень 2019 року виконано 10 лапароскопічних ІРОМ герніопластик з приводу кили білої лінії живота. З 10 пацієнтів 3 звернулися з набутою пупковою килою діаметром від 3 до 5 см, 7 пацієнтів звернулися з післяопераційними вентральними килами з аналогічними параметрами. 2 операції виконані симультанно з лапароскопічною холецистектомією. Всім хворим проведено лапароскопічну ІРОМ герніопластику, з використанням двошарового інтраабдомінального сітчастого імплантата з фіксацією 4-ма трансфасціальними швами та лапароскопічними фіксаторами повільного розсмоктування. В трьох випадках первинний дефект зашитий екстракорпоральними швами. Середній термін перебування пацієнта в стаціонарі – 3 дні.

Результати: За час спостереження(від 6 до 11 місяців) інтраопераційних, ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень не спостерігалось. Рецидивів на момент останнього огляду в жодного пацієнта не виявлено. Післяопераційного хронічного болю в жодному з 10 випадків не виявлено. Кожен прооперований пацієнт відмітив значне покращення якості життя внаслідок ліквідації килового дефекту.

Висновки: Лапароскопічна ІРОМ герніопластика є достовірно ефективним методом хірургічного лікування кил білої лінії живота. Цей метод є малоінвазивним, а отже – менш травматичним за традиційні методи

герніопластики. Також відмічається значне покращення якості життя пацієнтів та їх середній термін перебування в стаціонарі.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ МАКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Беляєв В.Д., Фальбуш О.О., Сабадош К.Ю., Беляєв Д.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, ТзОВ «Закарпатський центр мікрохірургії ока», м. Ужгород

Ключові слова: діабетична ретинопатія, оптична когерентна томографія, макулярний набряк сітківки, лазерна коагуляція сітківки, анти-VEGF терапія, вітректомія.

Вступ. За даними ВООЗ цукровий діабет займає третє місце по частоті після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Враховуючи, що кількість пацієнтів з цукровим діабетом у світі до 2025 року збільшиться на 72%, слід очікувати збільшення кількості діабетичної ретинопатії та макулярного набряку сітківки. А це означає, що в майбутньому кількість пацієнтів з ризиком втратити центральний зір внаслідок діабету збільшиться. Тому розробка сучасних методів ранньої діагностики макулярної патології та оптимізація тактики лікування є актуальною для збереження працездатності пацієнтів з цукровим діабетом.

Мета. Провести аналіз результатів лікування пацієнтів з патологією макулярної ділянки сітківки у пацієнтів з цукровим діабетом на основі оцінки даних сучасних морфометричних методів діагностики.

Матеріал та методи. Проведено обстеження 27 пацієнтів (54 ока) з патологією макулярної ділянки на фоні цукрового діабету, які звернулись в «Закарпатський центр мікрохірургії ока» (ТОВ «ЗЦМО»). Серед них було 14 жінок (51,9 %), 13 чоловіків (48,1 %), в віці від 46 до 80 років. Хворим проводилось стандартне офтальмологічне обстеження до та після лікування (візометрія, біомікроскопія, тонометрія, офтальмоскопія), рефрактометрія (TOPCON KR-800, Japan), фундусграфія (TOPCON 3D OCT-2000, Japan), УЗД обстеження (TOMEY UD-800, Japan), OCT сітківки (TOPCON 3D OCT-2000, Japan). Діагноз встановлювався згідно класифікації Kohner E. і Porta M., 1991 р. Враховуючи вихідні дані топографії змін сітківки, вироблена оптимальна тактика лікування: лазерна коагуляція сітківки, яка проводилась на апараті Alcon, Purepoint, USA, анти-VEGF терапія або вітректомія. Критеріями ефективності лікування рахували стабілізацію процесу, зменшення товщини сітківки в макулярній ділянці і стан зорових функцій.

Результати. Всі пацієнти скаржились на зниження зору. Серед них непроліферативна стадія діабетичної ретинопатії діагностована у 5 (18,5 %) пацієнтів, препроліферативна стадія діабетичної ретинопатії у 14 (51,9 %) пацієнтів, проліферативна стадія діабетичної ретинопатії у 7 (25,9 %) пацієнтів. У 17 пацієнтів (32 ока, 62,9%) проведено лазерне лікування: панретинальна лазерна коагуляція стківки по стандартній методиці, у 11 пацієнтів (20 очей) виконана анти-VEGF терапія (інтравітреальне введення препарату EYLEA), та 2 пацієнтам (2 ока, 7,4%) по показах проведено оперативне лікування —

вітрекомія. В групі пацієнтів, яким по показам (за даними ОКТ сітківки) виконувалась панретинальна лазерна коагуляція сітківки у 7 пацієнтів відмічалось покращення гостроти зору, у 3- погіршення, у решти пацієнтів без змін. В групі пацієнтів, яким проведена анти-VEGF терапія у 2 пацієнтів відмічалось покращення зорових функцій, решти без змін. У пацієнтів після вітрекомії в обох випадках відмічалось покращення зору та стабілізація морфологічних показників на сітківці. Оптична когерентна томографія після лікування проведена всім пацієнта, у 3 пацієнтів після лазерної коагуляції сітківки відмічалось потовщення сітківки в макулярній ділянці, у решти пацієнтів - стабілізація процесу.

Висновки. Сучасні методи діагностики (оптична когерентна томографія) патології сітківки дозволяють виявити топографію змін і виробити оптимальну тактику лікування, а саме виконання лазерної коагуляції, анти-VEGF терапії та вітрекомії.

Лазерна коагуляція сітківки є ефективним методом стабілізації змін сітківки. Анти-VEGF терапія ефективна для корекції дифузного макулярного набряку у пацієнтів з діабетичною ретинопатією. Вітрекомія призводить до покращення та стабілізації анатомічного результату.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПЕЛЮЦИДНОЇ КРАЄВОЇ ДЕГЕНЕРАЦІЇ РОГІВКИ

Каньовська К.Я., Фальбуш О.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.

Ключові слова: пелюцидна краєва дегенерація рогівки, кросслінкінг.

Вступ: Пелюцидна краєва дегенерація рогівки (ПКДР) - рідкісне дегенеративне захворювання, що характеризується витонченням вузької полоси рогівки по її краю, в зоні від 4 до 8 год на відстані 1 мм від лімба. Уражається, як правило, 80% строми, що призводить до протрузії. Захворювання супроводжується зміною заломлюючої сили рогівки, зміною рефракції з появою неправильного астигматизму, виникає спорадично, етіологія не вяснена. При цьому відбувається виражене зниження гостроти зору, особливо у старшому віці, розвиток аметропій високого ступеню, що є причиною зорової та соціальної дезадаптації пацієнтів. В літературі не так багато повідомлень по проблемі ПКДР, тому дане дослідження актуально.

Мета: Описати клінічний випадок пелюцидної краєвої дегенерації рогівки та визначити ефективність кросслінкінгу рогівкового колагену в лікуванні пацієнтів з пелюцидною краєвою дегенерацією рогівки.

Матеріал та методи: Ми спостерігали 2 пацієнтів з діагнозом ПКДР, з них 1 чоловік (2 ока) і 1 жінка (2 ока), вік яких складав 52 і 55 років. Їм проводились: візометрія, рефрактомерія, кератометрія, пахіметрія, лазерна біометрія, кератотопографія, біомікроскопія, діагноз підтверджений. Прооперовано в обидвох пацієнтів ліве око методом кросслінкінгу рогівкового колагену.

Динаміка показників після оперативного втручання оцінювалась у чоловіка протягом 21 місяця та 15 місяців у жінки.

Результати обстеження: Після кросслінкінгу рогівкового колагену по кератотопографічних картах відмічалось зменшення площі ПКДР, зменшення сили астигматизму, заломлююча сила рогівки на лівому оці зменшилася по слабкому меридіану на 2.5 Д, по сильному - на 1.7 Д за 21 місяць у чоловіка, на 4.5 Д по слабкому меридіану та на 1.5 Д по сильному меридіану за 15 місяців у жінки.

Висновки: Аналіз результатів лікування показав високу ефективність застосування кросслінкінгу при ПКДР - рідкісній патології рогівки. Це мінімально інвазивна операція, яка сприяє стабілізації протікання пелюцидної краювої дегенерації рогівки.

СТАН ОРГАНА ЗОРУ У ВАГІТНИХ (НА МАТЕРІАЛІ УЖГОРОДСЬКОГО МІСЬКОГО ПОЛОГОВОГО БУДИНКУ)

Костур К. П.¹, Фальбуш О.О.¹, Корчинська О.О.²

¹ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород;

²ДВНЗ «УжНУ» Медичний факультет, кафедра акушерства і гінекології, м. Ужгород

Ключові слова: вагітність, офтальмологічні захворювання, міопія

Вступ. Офтальмологічні захворювання і вагітність взаємопов'язують перебіг і результат один одного. Виявлені офтальмологом захворювання можуть вимагати зміни тактики ведення вагітності і пологів. Згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27. 12. 2011 №977 «Клінічний протокол акушерської допомоги «кесарів розтин» показанням до планової операції кесаревого розтину у жінок з офтальмологічною патологією є такі стани: геморагічна форма ретинопатії, перфоративна виразка рогівки, поранення очного яблука з проникненням, «свіжий» опік. Але в практиці зустрічаються випадки, коли офтальмологи рекомендують кесарів розтин при дегенеративних змінах сітківки або після деяких оперативних втручань.

Мета: виявити найбільш поширені офтальмологічні захворювання та ускладнення, які пов'язані з вагітністю та пологами, проаналізувати тактику ведення пологів на матеріалі Ужгородського міського пологового будинку.

Матеріали та методи. Обмінні карти вагітних та історії пологів породіль, відібрані з архіву Ужгородського міського пологового будинку за період 2016-2018 років. Статистичний аналіз проведено з використанням табличного процесора Microsoft Office Excel 7. 0.

Результати дослідження. Проаналізовано 8545 історій пологів, серед яких було 291 (3,4%) з супутньою офтальмологічною патологією, а саме: короткозорість слабкого, середнього, високого ступеню, з вираженими дегенеративними змінами, периферична дегенерація сітківки, стан після панретинальної лазерної коагуляції (ПРЛК) сітківки, астигматизм: простий та складний міопічний, складний гіперметропічний та змішаний, гіперметропія

слабкого та середнього ступеню, гіпертонічна ангіопатія сітківки, діабетична ретинопатія.

Кесарів розтин був проведений у 85 жінок (29,2%), з яких у 4 (1,4%) – в зв'язку із хворобами очей. Показанням у 2 випадках була короткозорість високого ступеню з вираженими дегенеративними змінами на очному дні, у 1 – периферична дегенерація сітківки, у 1 – стан після ПРЛК сітківки на обох очах. Рішення про ведення пологів в кожній ситуації приймав акушер-гінеколог.

Висновки. 1. Серед екстрагенітальної патології у породіль Ужгородського міського пологового будинку за період 2016-2018 років хвороби очей склали 3,4%.

2. Найбільш часто зустрічались аномалії рефракції – 99,3 %, серед яких міопія слабкого ступеню – 41,6%, а міопія високого ступеню – 25,7%.

3. Більшість вагітних з офтальмологічною патологією народжували фізіологічним шляхом (70,8%), при чому навіть при міопії високого ступеню (48%).

4. У 1,4% породіль проводився кесарський розтин із-за очної патології: короткозорість високого ступеню з вираженими дегенеративними змінами на очному дні, периферична дегенерація сітківки, стан після ПРЛК сітківки на обох очах.

5. Тактику розродження у кожному випадку визначав акушер-гінеколог, але варто пам'ятати про важливість міждисциплінарного підходу до вирішення складних питань.

ОПЕРАЦІЯ LIFT ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПАРАРЕКТАЛЬНИХ НОРИЦЬ

Росул М.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: параректальна нориця, операція LIFT (міжсфінктерне лігування)

Вступ: Параректальна нориця (ПН) займає особливе місце в структурі захворювань прямої кишки розповсюдженістю від 8 до 23 випадків на 100 тис. населення. Найбільш проблемну групу для хірургічного лікування складають пацієнти з складними (екстрасфінктерними і високими транссфінктерними) ПН. У кожному конкретному випадку перед колопроктологами стоїть завдання вибору оптимального способу хірургічного лікування з метою уникнення високого (до 40%) відсотку розвитку анальної інконтиненції та рецидиву, який при лікуванні складних параректальних нориць складає від 9 до 50%.

Мета: Покращити результати лікування складних ПН шляхом перетину норицевого ходу в міжсфінктерному просторі (LIFT).

Матеріали і методи: Методику LIFT використано у 7 пацієнтів (5 чоловіків, 2 жінки) з складними ПН. Середній вік - $46 \pm 0,7$ років. Тривалість захворювання від 6 міс. до 7 років. Недостатності анального сфінктера до операції не відзначено. Використана методика, запропонована А. Rojanasakul в 2007 році,

полягає в виділенні нориці, її перев'язки і перетином на рівні внутрішнього анального сфінктеру. Всі операції виконувались під спинномозковою анестезією.

Результати: В післяопераційному періоді який тривав від 3 до 5 діб, ранніх ускладнень не відзначено. Больовий синдром був виражений незначно внаслідок малотравматичності методики. Терміни реабілітації склали менше 12 днів. Віддалені наслідки простежено в терміни від 3 до 8 місяців. У всіх пацієнтів, які перенесли LIFT, ознак нетримання анального сфінктера не відзначено. Рецидив захворювання виявлено у 1 (14,3%) пацієнта.

Висновки: Лігування норицевого ходу в міжсфінктерному просторі є ефективною сфінктерозберігаючою операцією, яка повинна застосовуватися при складних анатомічних варіантах ПН, не потребує використання додаткового обладнання і дорогих витратних матеріалів, характеризується мінімальним пошкодженням анального сфінктера і високим відсотком закриття ПС 85,7%. Рівень рецидиву не перевищує 14,3%.

СИНДРОМ СУХОГО ОКА ПІСЛЯ ЕКСІМЕРЛАЗЕРНИХ ВТРУЧАНЬ НА РОГІВЦІ

Каньовська К.Я., Фальбуш О.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.

Ключові слова: синдром сухого ока, ексимерлазерна корекція зору

Вступ: В сучасні дні кількість пацієнтів, які хочуть позбавитися аномалій рефракції за допомогою ексимерлазерної корекції, стає все більше. Проведення таких втручань на рогівці пов'язане з можливим розвитком певних ускладнень, в тому числі і з розвитком синдрому сухого ока. Синдром сухого ока (ССО) – поширений патологічний стан в офтальмології, який характеризується зменшенням кількості та/або якості слізної рідини, яка формує на поверхні ока слізну плівку, внаслідок цього недостатньо зволожується кон'юнктива та рогівка з подальшим наростанням симптомів ксероза.

Мета: Оцінити наявність ССО та ступені його вираженості у пацієнтів після ексимерлазерної корекції зору, що важливо враховувати в практиці офтальмолога для діагностики і призначення оптимального лікування.

Матеріал та методи: Обстежено 32 пацієнти (64 ока) віком від 18 до 39 років, з них 19 (59. 4%) жінок та 13 (40. 6%) чоловіків. До уваги не брались пацієнти з факторами, які могли б впливати на виникнення ССО (носіння МКЛ, аутоімунні захворювання, ендокринні захворювання та ін.) Періодичність оглядів становила: за тиждень до операції та через тиждень після операції. Ексимерлазерне втручання на рогівці виконувалось по стандартній методиці LASIK з мікрокератомом (Moria M2 Evolution) на ексимерному лазері (Allegretto WAVE Eye-Q). При обстеженні проводилось анкетування, візометрія, біомікроскопія, тест Ширмера, проба Норна, пахіметрія, кератотопографія.

Результати обстеження: До операції виражені симптоми ССО виявлялись у 12. 5 % пацієнтів, легкі прояви - у 31. 2%. Після оперативного втручання виражені прояви ССО діагностувались у 18. 7 %, легкі прояви у 43. 7%,

Порівняння показників проби Норна до та після оперативного втручання свідчить про збільшення кількості пацієнтів з 31. 2% до 46. 9 % з часом розриву слізної плівки до 10 сек. Зменшення кількості сльозопродукції спостерігалось у 24. 9 % пацієнтів до операції і у 34. 4 % після.

Висновки: Ексімерлазерні методи корекції аметропій призводять до посилення синдрому сухого ока. Це потрібно враховувати у післяопераційному веденні таких пацієнтів та призначати вчасно лікування (любриканти).

ОЦІНКА СЛЬОЗОПРОДУКЦІЇ У ХВОРИХ З ГЛАУКОМОЮ

Хлипяч Т.М.¹, Фальбуш О.О.¹, Бора К.В.²

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

²ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, м. Ужгород

Ключові слова: глаукома, сльозопродукція, слізна плівка, хвороба сухого ока (ХСО).

Вступ. Глаукома є однією з найбільш актуальних та важливих проблем в офтальмології, оскільки є поширеним захворюванням, що за відсутності лікування призводить до незворотної сліпоті. З одного боку, з метою збереження зорових функцій, пацієнт повинен лікуватися постійно упродовж життя, проте з іншого – часті інстиляції очних крапель, що, як правило, містять консерванти, негативно впливають на слізну плівку та сльозопродукцію.

Мета. Проаналізувати зміни сльозопродукції та стану слізної плівки у пацієнтів з глаукомою, які постійно застосовують гіпотензивні краплі.

Матеріали та методи. Обстежено 50 пацієнтів (100 очей) з первинною відкритокутовою глаукомою, які знаходяться на диспансерному нагляді на базі Мукачівської поліклініки. Тривалість глаукоми становила від декількох місяців до 20 років. Серед пацієнтів було 27 чоловіків та 23 жінки віком від 52 до 87 років (середній вік $56 \pm 7,4$ років). 52 % пацієнтів лікувались офтимолом; 44% - азаргою та ланотаном; 4% - траватаном або косоптом, або розаліном. У ході дослідження проводилось опитування за анкетною (McMonnies, OSDI), що включала питання для виявлення хвороби сухого ока (ХСО). Всім пацієнтам виконувалось стандартне офтальмологічне обстеження, включаючи пневмотонометрію, а також комплексне обстеження сльозопродукції та стану слізної плівки – тест Ширмера II та Норна. Критеріями виключення вважали наявність в анамнезі травм, лазерної корекції зору, а також пацієнти з супутніми захворюваннями аутоімунної та ендокринної природи.

Результати обстеження. У 50% осіб (50 очей) виявлено порушення сльозопродукції.

Серед них у 3 (6 очей) встановлено ХСО легкого ступеня важкості (тест Ширмера - $7,6 \pm 1,5$ мм, проби Норна - $8 \pm 1,4$ сек.). 6 осіб (12 очей) за даними опитувальників мали ХСО легкого ступеня і зниження сльозопродукції за даними тесту Ширмера - $6,5 \pm 2,6$ мм, проте час розриву слізної плівки за даними проби Норна був нормальним – $28,5 \pm 7,4$ сек. 7 осіб (14 очей) мали скорочений час розриву слізної плівки (проба Норна - $9 \pm 2,4$ сек.) і в них виявлялись скарги,

характерні для ХСО, тест Ширмера був нормальним - $23,7 \pm 6,6$ мм. У 9 осіб (18 очей) об'єктивно ХСО не виявлено (тест Ширмера – $22,3 \pm 9,5$ мм, проба Норна – $26,7 \pm 6,7$ сек.), проте кожен з цих пацієнтів мав скарги, які характерні для ХСО. У 50 % (50 очей) не виявлено ХСО (тест Ширмера – $23,8 \pm 8,1$ мм, проба Норна – $29,4 \pm 11$ сек.). Зв'язку між тривалістю глаукоми і даними результатів тесту Ширмера та проби Норна шляхом визначення коефіцієнта кореляції не виявлено, що підтверджується іншими авторами.

Висновки. Дослідження сльозопродукції та стабільності слізної плівки у пацієнтів з глаукомою займає вагоме місце у рутинній практиці лікаря. Адже, незалежно від тривалості глаукоми, багато пацієнтів страждають ХСО. Оскільки лікування глаукоми є позитивним, а досягнення комплайенсу між лікарем та пацієнтом визначає якість лікування, потрібно зважати не тільки на об'єктивні дані, а й на суб'єктивні відчуття хворих та призначати безконсервантні антиглаукомні краплі з мінімальною частотою інстиляцій, а в разі виявлення ознак ХСО доповнювати лікування сльозозамінниками.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ВАГІТНИХ ОФТАЛЬМОЛОГОМ

Костур К.П.¹, Фальбуш О.О.¹, Корчинська О.О.²

¹ ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород;

² ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра акушерства та гінекології м. Ужгород.

Ключові слова: офтальмологічний статус, захворювання очей, вагітність, екстрагенітальні ускладнення, міопія, вітреохоріоретинальна дистрофія.

Вступ. За даними літератури, у 49% жінок репродуктивного віку зустрічається патологія органу зору, тому при обстеженні вагітних особлива роль надається офтальмологу. Інтерес до стану очей обумовлений не лише тим, що виявлені офтальмологом захворювання можуть вимагати зміни тактики ведення вагітності і пологів, але і тим, що деякі очні симптоми допоможуть в постановці терапевтичного, акушерського діагнозу і визначенні динаміки хвороби.

Мета: визначити клінічні особливості обстеження органу зору вагітних, виявити найбільш поширені захворювання очей та ускладнення, які пов'язані з вагітністю та пологами, проаналізувати тактику ведення вагітності і пологів.

Матеріали та методи: авторами вивчені дані наукової медичної літератури у медичній бібліотеці Закарпатського обласного медичного інформаційно-аналітичного центру та інформація з джерел Інтернету.

Результати. До особливостей офтальмологічного огляду належать його етапи і форми з врахуванням терміну вагітності, а також клінічні особливості, що дозволяють диференціювати фізіологічні прояви вагітності від патологічних. При цьому виділяються: I група – фізіологічна вагітність без патології органу зору; II група – фізіологічна вагітність з патологією органу зору в анамнезі (міопія, периферична вітреохоріоретинальна дистрофія, відшарування сітківки,

скловидного тіла, судинної оболонки та інше); III група – патологічно перебігаюча вагітність з патологією органа зору, яка виникла внаслідок ускладнення вагітності (пreekлампсія, еклампсія, анемія, гестаційний цукровий діабет тощо).

Головним завданням офтальмолога в I клінічній групі є необхідність виключити офтальмопатологію при огляді вже на ранніх термінах вагітності (12-14 тиждів) та при контролі на третьому триместрі вагітності (30-32 тиждів). В II групі особлива увага надається жінкам з міопією, яка складає 18-20% серед захворювань очей у вагітних і ставить питання тактики розродження. Одним з найбільш небезпечних ускладнень при цьому є відшарування сітківки, причиною якого часто є периферична вітреохоріоретинальна дистрофія (ПВХРД). Але своєчасно проведена лазерна коагуляція сітківки дозволяє звести до мінімуму небезпеку виникнення відшарування сітківки. Ступінь міопії не пов'язаний з ризиком і тяжкістю ПВХРД і тому лише на його основі не оцінюється ризик виникнення ускладнень під час пологів.

Висновки. Вагітні, що мають морфофункціональні порушення з боку органа зору, потребують особливої уваги і обстеження. Необхідно диференціювати фізіологічні прояви вагітності від патологічних. Важливим аспектом є виявлення відшарування сітківки, дистрофічних змін не пізніше 34-го тижня вагітності для збереження можливості проведення лазеркоагуляції сітківки. Рішення про ведення пологів в кожній конкретній ситуації остаточно приймає акушер-гінеколог, але в неординарних випадках важливим є міждисциплінарний підхід.

ГОСТРИЙ НЕКРОЗ СІТКІВКИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Фальбуш О.О.¹, Бора К.В.², Стойка А.В.²

¹ ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород;

² ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб з курсом офтальмології, м. Ужгород

Ключові слова: некроз сітківки, увеїт герпетичної етіології.

Вступ. Гострий ретинальний некроз – важке і рідкісне ураження сітківки вірусної етіології. Захворювання вперше описано А. Ігуата і співавторами в 1971 році. Етіологічна роль вірусів групи герпесу (герпес зостер, вірус простого герпесу, цитомегаловірус, рідше – Епштейн-Барра) в розвитку гострого некрозу сітківки доведена багатьма численними дослідженнями. Враховуючи важкість і рідкість захворювання, оцінка і аналіз проведеного лікування представляє практичну значимість для визначення алгоритму ведення пацієнтів і покращення функціональних результатів лікування.

Мета: вивчити на основі клінічного випадку особливості перебігу та ефективності лікування і визначити алгоритм ведення пацієнтів з гострим некрозом сітківки.

Матеріали і методи. Ми спостерігали хворого Б. В., 1975 року народження, в зв'язку з погіршенням стану після проведення курсу протизапальної терапії з приводу гострого увеїту на правому оці. Проводилось стандартне загально-

клінічне (загальний аналіз крові, сечі, аналіз на TORCH-інфекції, рентгенографія ОГК) та офтальмологічне обстеження (візометрія, тонометрія, біомікроскопія, бінокулярна офтальмоскопія, УЗД заднього відрізка).

Результати. Хворий Б. В. скаржився на почервоніння, помірні болі та зниження зору на правому оці. При динамічному спостереженні встановлено діагноз: гострий некроз сітківки, увеїт герпетичної етіології на правому оці. Проводилась противірусна та протизапальна терапія, на фоні якої відмічався регрес запальних явищ, але на 6-й день у хворого значно знизився зір до 0,04 і при бінокулярній офтальмоскопії діагностовано відшарування сітківки з «гігантським» розривом. На фоні противірусної терапії 16. 10. 19 проведено оперативне лікування – закрита вітректомія, видалення задньої гіалоїдної мембрани (ЗГМ), релаксуюча ретинотомія, розправлення сітківки ПДФ, лазер коагуляція сітківки, тампонада вітреальної порожнини силіконовою олією 570 сСТ. Операція пройшла без ускладнень. Після операції на 3-й день гострота зору на правому оці становила 0,1. При біомікроскопії праве око спокійне, роївка прозора, передня камера середньої глибини, вміст прозорий, кришталик прозорий, в вітреальній порожнині силіконова олія, на очному дні кругова ретинотомія, сітківка прилежить, лазеркоагуляти, ДЗН рожевий, межі чіткі. Такий же стан спостерігався через 2 і 6 тижнів, а гострота зору на правому оці підвищилась до 0,2 не корегує і 0,5 не корегує відповідно.

Висновки. Даний клінічний випадок демонструє рідкісну патологію. Комбінована противірусна і протизапальна терапія дозволила досягти ремісії захворювання, на фоні якої в подальшому виникло відшарування сітківки. В результаті вітректомії з ендолазеркоагуляцією, ретинотомією та тампонадою силіконовою олією було досягнуто повного прилягання сітківки та збереження зорових функцій.

Вчасна діагностика, сучасні медикаментозні та хірургічні засоби лікування дають змогу досягти повної ремісії захворювання та зберегти зорові функції.

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ АУГМЕНТАЦІЇ КЛИНКА ЦЕФАЛОМЕДУЛЯРНОГО ЦВЯХА PFNA В ЛІКУВАННІ ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИХ ПЕРЕЛОМІВ НА ФОНІ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Василинець М.М., Шманько О.П., Мельник І.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

Ключові слова: Аугментація, клинок, PFNA, Cut-out, остеопороз.

Вступ: Черезвертлюгові переломи стегнової кістки (31-А за класифікацією АО) виникають зазвичай як низькоенергетична травма у людей похилого та старечого віку, що виникає на фоні системного остеопорозу. Лікування таких пацієнтів є важливою медико-соціальною проблемою, так як дана травма приковує пацієнта до ліжка, а враховуючи коморбідний фон, без якнайшвидшої вертикалізації може привести до летальних наслідків. На сьогоднішній день остеосинтез проводиться сучасними цефаломедулярними цвяхами, але на жаль,

більшість з них в умовах вираженого остеопорозу та нестабільного характеру перелому (A2-A3) не можуть міцно фіксуватися в шийці і голівці стегна, що приводить до прорізання цвяху або клинка, що приводить до так званого Cut-out ефекту, або прорізування клинка через кортикальний шар, що в подальшому приводить до варусної деформації, незрощень, вираженого больового синдрому, порушення функції опори та ходи. Спіральний клинок цвяху PFNA має перфоровані отвори, через які можна ввести низькотемпературний цемент (PMMA) для підвищення якості фіксації, якості клинка в голівці стегнової кістки, і як наслідок попередження ротаційної нестабільності та Cut-out ефекту.

Мета: Провести аналіз результатів лікування хворих похилого та старечого віку з черезвертлюговими переломами стегнової кістки у ранньому та пізньому післяопераційному періоді, яким виконувалась фіксація перелому цефаломедулярним цвяхом PFNA з використанням аугментації клинка і без неї.

Матеріали та методи: Було проаналізовано результати лікування хворих за 2019 рік на базі травматологічного відділення Ужгородської ЦМКЛ з використанням аугментації клинка цефаломедулярного цвяха і без аугментації.

Результати: В загальному було прооперовано 39 хворих, з яких у 22 було виконано остеосинтез цефаломедулярним цвяхом PFNA без використання аугментації клинка, та 17 хворих з використанням аугментації. Проводилася оцінка результатів лікування в ранньому післяопераційному періоді, а також рентген-контроль через 1 та 2 місяці після операції. До уваги бралися клінічні результати, а саме опорна функція кінцівки, а також рентгенологічно ротаційна стабільність головки стегнової кістки та зв'язане з цим виникнення Cut-out ефекту. У групі хворих без використання аугментації у 3-х пацієнтів через 2 місяці виник Cut-out ефект, що в свою чергу унеможливило осьові навантаження на хвору кінцівку. У групі хворих з використанням аугментації – жодного випадку Cut-out та ротаційної нестабільності.

Висновки: Методика аугментації клинка цефаломедулярного цвяха показала себе як надійний спосіб запобігання виникнення ротаційної нестабільності клинка в шийці та голівці стегнової кістки та пов'язаного з цим виникнення Cut-out ефекту у пацієнтів з системним остеопорозом.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АМБЛІОПІЇ

Химич М.В.¹, Супік М.С.³, Фальбуш О.О.¹, Бора К.В.²

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород

²ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, м. Ужгород

³ ТзОВ «Закарпатський центр зору», м. Ужгород

Ключові слова: амбліопія, рефракція, гіперметропія, міопія.

Вступ. Амбліопія (від гр. *amblyos* – тупий, *opsis* – зір) – один з поширених та складних станів зорової патології у дітей. За даними різних джерел цією патологією страждають від 1 до 10% дітей. Незважаючи на велику кількість методик лікування амбліопії для практичного лікаря залишається актуальною проблема пошуку найбільш доступного та ефективного методу.

Серед всіх методів особливу цікавість викликає метод функціонального біоуправління (ФБУ) зі зворотним зв'язком по параметрам електроенцефалограми - комплекс «Реамед-А», спрямований на мобілізацію резервних можливостей зорової системи людини через її центральні механізми (сітківка ока- кортикальні зорові центри – відео - комп'ютерна система) з врахуванням індивідуальних частотних характеристик біоелектричної активності мозку.

Мета: оцінка ефективності методу функціонального біоуправління (ФБУ) у пацієнтів з рефракційною амбліопією.

Матеріали і методи: був проведений аналіз лікування 36 дітей (72 ока) віком від 4 до 13 років. Виконане стандартне обстеження офтальмологічних пацієнтів (візометрія, рефрактометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія). В групі з гіперметропічною рефракцією (21) діагностувалась амбліопія високого ступеню в 4-х дітей, середнього ступеню – у 5 та слабого – у 12. В групі з міопією та міопічним астигматизмом (15) амбліопія середньої ступеню була у 7-х та слабого ступеню у 8 пацієнтів. Всім проводилось 20 сеансів лікування по 20 хвилин. Сеанс для пацієнта складався індивідуально в залежності від гостроти зору, виду амбліопії та виду рефракції.

Результати: В результаті лікування гострота зору підвищилась у всіх пацієнтів: при гіперметропії – на 0,2 дптр – 0,3 дптр, а при міопії – на 0,1 дптр – 0,2 дптр. Відмічено, що чим кращий зір був до лікування, тим кращий результат отримувався.

Висновки: використання програмно - апаратного комплексу «Реамед-А» для лікування амбліопії у дітей було ефективним: гострота зору підвищилась, зменшились ознаки зорової втоми. Метод не вимагав від пацієнта вольових зусиль, так як використані умовно-рефлекторні способи впливу не пов'язані з свідомим процесом і викликають тільки позитивні емоції.

СТРАХУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Анталовці О.В.

ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.

Ключові слова: страхування медичної відповідальності медичних працівників, страхування на користь третьої особи.

Вступ: Страхування професійної відповідальності медичних працівників звичайне явище у країнах Європи та США. Таке страхування слугує інтересам як лікарів і закладів охорони здоров'я, так і пацієнтів. Його суть полягає у тому, що застрахована особа (лікар) сплачує грошові внески, а страхова компанія, у свою чергу, їх накопичує і у разі страхового випадку виплачує потерпілому (пацієнту) страхове відшкодування.

Мета: окреслити необхідність страхування професійної діяльності медичних працівників.

Матеріали та методи: 1) Конституція України; 2) Цивільний кодекс України; 3) Закону України «Про страхування». **Результати:** Відповідно до проведеного аналізу законодавчих актів, які регулюють процес страхування професійної діяльності медичних працівників даний вид страхування є нічим іншим, як страхуванням на користь третьої особи. Тобто, при настанні страхового випадку, матеріальний еквівалент відшкодовується не застрахованій особі, яка сплачувала страхові внески, а пацієнту якому у ході надання медичних послуг було завдано шкоди.

Страхування професійної діяльності медичних працівників є обов'язковою передумовою для медичної практики у США, де професійний страховий поліс оформляється одночасно з отриманням диплому лікаря. Ця вимога закріплена на законодавчому рівні, що значно полегшує та пришвидшує вирішення конфліктів у медичній сфері. Для прикладу, одна з найбільших страхових компаній США The Doctors Company, що займається саме страхуванням професійної діяльності медичних працівників, з часу свого заснування 1976 року, виплатила 184 мільйонів доларів відшкодування.

Висновки: Отже, по результатам даного дослідження, можна констатувати, що на даний момент в Україні страхування професійної діяльності лікарів лише починає розвиватися. На жаль, поки що відсутні будь-які регулятори цього питання на законодавчому рівні, проте на ринку приватного страхування наявних широкий спектр страхових послуг, в тому числі і на користь третіх осіб.

Загалом, автор вважає, що при сучасних умовах реформування, та розвитку приватної медичної практики, страхування професійної діяльності лікарів отримає свій розвиток найближчим часом.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИМ З РІЗНИМ ФЕНОТИПОМ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Сухан В.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: бронхіальна астма, якість медичних послуг, фенотип, показник клінічного ефекту.

Вступ. Новітнє реформування закладів охорони здоров'я в Україні оголило проблему якості надання медичних послуг. Рівень якості надання медичних послуг відображає рівень взаємодії між лікарем і пацієнтом. Складовими цієї взаємодії можуть слугувати такі показники якості надання медичних послуг як: 1) профілактична спрямованість; 2) доступність; 3) адекватність і результативність; 4) міжособові відносини; 5) ефективність і дієвість; 6) наступність і безперервність; 7) зручність і орієнтованість на пацієнта; 8) безпека процесу лікування; 9) науково-технічний рівень. Необхідність оцінки якості медичних послуг стало поштовхом до створення стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів.

Мета. Проаналізувати показники якості надання медичних послуг на етапі реабілітаційного лікування хворим з різним фенотипом бронхіальної астми.

Матеріали та методи. Було обстежено 80 хворих з різним фенотипом бронхіальної астми (БА), які проходили реабілітаційний курс лікування в ДУ НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України. Хворі були поділені на 6 груп. До першої групи увійшло 14 хворих на atopічну БА, до другої – 15 хворих на інфекційну БА, до третьої – 13 хворих на БА пізнього початку, до четвертої – 12 хворих на БА з супутнім ожирінням, до п'ятої – 15 хворих на БА з ХОЗЛ перехрест і до шостої групи – 11 хворих з тяжким перебігом БА. Всі хворі пройшли стандартний курс реабілітаційного лікування. Після курсу лікування всі хворі пройшли анкетування за 9 критеріями якості надання медичних послуг та визначалась показник клінічного ефекту (ПКЕ).

Результати. Після реабілітаційного лікування за клінічними показниками перебігу БА вираховувався ПКЕ для кожного фенотипу БА. Для першої групи хворих ПКЕ становив 45,9%, для другої – 38,8%, для третьої – 35,5%, для четвертої – 34,9%, для п'ятої – 59,1% і для шостої групи – 37,7%. У всіх групах ПКЕ було нижчим за 50%. Анкетування хворих за 9 основними критеріями якості медичних послуг вказало на такі показники: на питання 1) позитивно відповіли 90,3% пацієнтів; на питання 2) – 95,8%; на питання 3) – 69,1%; на питання 4) – 75,8%; на питання 5) – 94,5%; на питання 6) – 56,2%; на питання 7) – 90,3%; на питання 8) – 92,4% і на питання 9) – 74,4%. В групах з різними фенотипами БА показники суттєво не відрізнялись. Низький рівень ПКЕ в кожній із груп свідчить про необхідність створення спеціального комплексу реабілітаційних заходів для кожного фенотипу БА.

Висновки. Для підвищення якості надання реабілітаційних медичних послуг хворим на бронхіальну астму необхідно враховувати фенотип астми.

ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ КЕРІВНИКІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ФПОДП УЖНУ

Сухан В.С., Анталовці О.В., Козодасв С.П.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: інтерактивні методи навчання, курсанти, «ділова гра».

Вступ. В умовах реформування закладів охорони здоров'я постала нагальна необхідність у пошуку інтерактивних методів викладання циклу спеціалізації «Організація і управління охорони здоров'я». Класичні методи навчання дають не тільки можливість для збільшення об'єму теоретичних знань, які не завжди вказують на їх практичне застосування. Теоретичні знання, які відірвані від практики позбавлені будь якого сенсу. Професійна підготовка керівників охорони здоров'я під час навчання на курсах спеціалізації спрямована не тільки на засвоєння теоретичного матеріалу, а й на формування критичного мислення та прийняття миттєвих професійних рішень, що в свою чергу, підвищить їх компетентність на ринку медичних послуг.

Мета: розробка та впровадження нових іноваційних методів навчання курсантів спеціалізації «Організація і управління охорони здоров'я».

Матеріали та методи. В дослідженні взяло участь 12 курсантів циклу спеціалізація Організація і управління охорони здоров'я, що проходили навчання на ФПОДП «УжНУ». Об'єктом дослідження стала тема семінарського заняття: «Конфліктна ситуація в медичному колективі та шляхи виходу із неї».

Результати. На початку семінарського заняття із 12 курсантів тільки 4 змогли мотивовано намітити шляхи виходу з конфліктної ситуації. Після чого курсантам була запропонована одна із форм інтерактивного навчання – «ділова гра». Для кожного спеціаліста була визначена роль, яку він повинен був відтворити в ході гри. Самим головним при постановці гри це правильно вибрати ролі для учасників, враховуючи їх психотип, темперамент, ментальність. На етапі проведення гри мають також дотримуватись правила деонтології, правові норми між керівником, підлеглим та пацієнтом. Під час «ділової гри» була поставлена мета відтворення спільного (колективного) вирішення конфліктної ситуації.

Модельовання професійної ситуації за допомогою «ділової гри» не тільки вказує на напрямки вирішення проблеми, але й допомагає відпрацювати конкретну ситуацію з якою доведеться стикатися спеціалістам у повсякденному житті.

Висновки. Впровадження в навчальний процес курсантів спеціалізації «Організація і управління охорони здоров'я» «ділової гри» як одного із методів інтерактивного навчання дозволяє відпрацювати конкретну ситуацію в реальному житті.

ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ ВИКЛАДАННЯ ЦИКЛІВ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ НА КАФЕДРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Сухан В.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: інтерактивні методи викладання, робота в малих групах, дискусії, мозковий штурм, «запитання - відповідь», рольові ігри, аналіз історій і ситуацій, «кейс» - метод, дебати.

Вступ. Рух до Європи диктує необхідність перегляду методів викладання у вищій школі згідно європейських стандартів. Перший крок до цього переходу був зроблений ще у 2005 році, коли вищі навчальні заклади України перейшли на Болонський процес з кредитно – модульною системою. Щодо методів викладання у вищих навчальних закладах ми в багатьох питаннях залишились на старих позиціях. Для того, щоб йти в ногу з Європою необхідно інтегрувати у наші навчальні заклади вищої медичної освіти всі здобутки та напрацювання закордонних колег. До сьогодні вища освіта України орієнтується на дидактичні методи викладання, але ще Конфуцій сказав: «... я слухаю і я забуваю! Я бачу і я запам'ятовую! Я роблю і я розумію!».

Мета: розробити та впровадити в практику викладання курсів тематичного удосконалення управлінців охорони здоров'я.

Матеріали та методи. В дослідженні взяли участь 58 курсантів планових курсів тематичного удосконалення, що проходили на кафедрі громадського здоров'я.

Результат. На семінарських заняттях курсів тематичного удосконалення управлінців охорони здоров'я широко застосовувались різні види інтерактивного навчання. Застосовувались методи які були направлені на комунікацію між викладачем і курсантами з однієї сторони і між самими курсантами з іншої. Ці методи дозволили підвищити компетентність спеціалістів у галузі охорони здоров'я. Найчастіше застосовувались такі методи як: робота в малих групах, дискусії, мозковий штурм, «запитання – відповідь», рольові ігри, аналіз історій і ситуацій, «кейс»-метод, дебати та ін. Усі ці методи проходили етап відпрацювання. Він включав: пояснення алгоритму дій, демонстрація прикладу, відпрацювання послідовності дій, констатація успіху учасників, закріплення досягнутого.

Робота в малих групах дає змогу більше дізнатись про колег, стимулювати обмін думками, розвивати навички слухати співбесідника, зважувати на іншу позицію.

Дискусії пропонувалась на неоднозначну ситуацію.

Мозковий штурм – метод опитування де приймаються будь які відповіді та судження.

«Запитання - відповідь» - метод за яким викладач уникає поставлення запитань на які можна відповісти «так» чи «ні».

Рольові ігри – це моделювання ситуації з реального життя де курсанти грають певну для себе роль.

Аналіз історій і ситуацій – докладний розбір певної ситуації та її обговорення.

«Кейс»метод – це, не що інше, як ситуаційна задача.

Дебати – формування та захист своєї позиції між двома курсантами.

Висновки. Інтерактивні методи навчання допомагають курсантам обговорити проблемні питання, намітити шляхи вирішення ситуації та відпрацювання навичок на практиці для застосування їх в реальному житті.

НЕБЕЗПЕКА СХОДУ СЕЛЕВИХ ПОТОКІВ ТА СНІГОВИХ ЛАВИН

Шевчук А.С.

ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.

Ключові слова: селеві потоки, снігові лавини.

Вступ: За останній рік збільшилась загроза сходу селевих потоків та снігових лавин, про що свідчить ситуація в гірських селах та туристичних базах Закарпаття. Періодично проводяться пошукові роботи загублених туристів, тому дотримання правил поведінки в гірській місцевості є дуже важливим.

Мета: Зменшення втрат людських та матеріальних ресурсів під час сходу селевих потоків та снігових лавин.

Матеріали та методи: «Цивільний захист», Чеботарьов О. В., 2013 р., Кодекс цивільного захисту України 2013-07-01.

Результати: Селеві потоки та снігові лавини небезпечні безпосередньо ударною дією на людей, споруди, будівлі, інженерні мережі.

Небезпека селів та лавин:

- великі людські втрати та травмування
- руйнація будинків та споруд, завали снігом та гірськими породами систем життєзабезпечення, доріг, мостів
- значні збитки лісовому та сільському господарству.

Поведінка населення при загрозі сходження селевих потоків та снігових лавин:

- аналізувати інформацію про обстановку із радіо та телебачення
- не впадати в паніку, повідомте людей, надати допомогу старшим людям та дітям
- основний порятунок від селів та лавин тільки евакуація людей.

Висновки: Захист людей від селевих потоків та снігових лавин проводити згідно погодних умов та ситуації в окремому регіоні.

СУЧАСНІ ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА АСОРТИМЕНТНИЙ ПРОЦЕС В АПТЕЧНИХ УСТАНОВАХ

Глушко Н.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, Ужгород

Ключові слова: етапи формування асортиментного процесу, позиціонування, товарна політика

Вступ. Основною метою для України, згідно резолюції ВООЗ - є забезпечення населення і лікувально-профілактичних закладів України доступними, якісними ліками. В сучасних умовах ринку, аптечні підприємства забов'язані підтримувати постійний асортимент лікарських засобів. Існують фактори, що напряму впливають на прибутковість, ефективність і конкурентність аптечних підприємств. Існуючи, як підприємства роздрібної торгівлі, аптеки напряму залежать від правильно сформованого асортименту.

Мета. Визначити основні концепції та загальні і специфічні фактори, що впливають на формування асортименту.

Матеріали та методи. Стандарти якості аптечних послуг (Спільна настанова МФФ/ВООЗ з НАП 897_009, від 01. 01. 2011). Мазаракі А. А. Економіка торговельного підприємства: підручник/Мазаракі А. А., Лігоненко Л. О., Ушакова Н. М. – К.: Хрещатик, 1999. О. Ф. Оснач. Промисловий маркетинг//Навч. посібник/ II-е видання/Київ- 2011.

Результати. Враховуючи кількість пропозицій від дистриб'юторів, виділяються два фактори впливу - це асортиментний процес і спеціалізація. Тільки правильно сформований асортиментний процес може вплинути на

задоволення попиту. Він включає три етапи: **концентрування** - формування товарних запасів різноманітних ЛЗ різних виробників, для своєчасного і повного задоволення потреб аптек і лікувальних установ; **змішування** — відбір і формування ЛЗ в певну партію, згідно замовлення; **розподіл** - поставка окремих партій ЛЗ у певне місце і час. Спеціалізація, як частина збутової політики, має декілька напрямків, це: - за характеристикою постачальників (вел. /мал.; відч. /заруб.); - за специфікою збуту певних груп ЛЗ (онко / антибіот. / протитуб. і т. д. і т. п.); - за специфікою покупців (аптеки / ЛПЗ) враховуючи специфіку ЛПЗ (кардіологія, психіатричний стаціонар...) для забезпечення певного профільного напрямку; - за методами замовлення (телефонія / інтернет) як фактор швидкості визначення широти асортименту постачальника і мобільності оформлення замовлень.

Висновки. В умовах широкого асортименту питання ефективного формування товарної політики є актуальним, оскільки саме товар є результатом діяльності підприємства, джерелом його прибутків, основою подальшого функціонування та розвитку.

ЯК ПОЧУВАЄ СЕБЕ ПАЦІЄНТ НА ПРИЙОМІ У СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПРИСУТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ?

Микита І.В., Дж.Куодза, Колесник П.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: комфортність пацієнтів, студенти-медики, студент-орієнтованість, пацієнт-орієнтованість, професійна медична освіта.

Вступ: практичне вивчення курсу «Сімейна медицина» студентами-медиками 6 курсу проводиться на базі амбулаторії ЗПСМ №7 під час прийому пацієнтів викладачем – досвідченим сімейним лікарем. В рамках курсу, студентам для засвоєння практичних навичок, необхідно навчитися основам комунікації з пацієнтами, алгоритму проведення обстеження, огляду при найчастіших синдромах в амбулаторній практиці, опанувати принципи клінічного мислення, встановлення діагнозу, менеджменту, діагностики і лікування. Це можливо лише в процесі реальної роботи з пацієнтом в умовах амбулаторного прийому. Проте, очевидно, що пацієнт на прийомі у сімейного лікаря сподівається отримати максимум уваги до його проблеми і, можливо, забезпечення приватності під час візиту.

На жаль, в умовах вітчизняної системи до- та післядипломної медичної освіти, за нестачі викладацьких кадрів – сімейних лікарів, що працюють в амбулаторіях, принципів «пацієнт-орієнтованості» і «студент-орієнтованості», рекомендованих європейськими асоціаціями, практично неможливо дотриматися.

Чи готові пацієнти до того, що їх скарги і фізикальні дані будуть коментуватися лікарем-викладачем для групи студентів, наскільки комфортно почувають себе пацієнти при спілкуванні зі студентами-медиками, або коли

розмова з лікарем відбувається в їх присутності, чи впливає на комфортність відчуття пацієнтів той факт, що студенти є іноземцями?

Мета: аналіз впливу присутності іноземних студентів-медиків та їх походження та кількості у групі на відчуття комфортності пацієнтів під час прийому у сімейного лікаря,

Матеріали та методи: для вивчення поставленої мети, нами була розроблена спеціальна анкета, яку, в рамках пілотного дослідження, було апробовано на 35 пацієнтах, які приходили на прийом сімейного лікаря під час занять з іноземними студентами-медиками 6 курсу медичного факультету № 2. У кожного пацієнта було отримано згоду на проведення консультування в присутності студентів. Після консультації проводилося опитування кожного пацієнта за відповідною анкетною. Анкета складалася з питань щодо комфортності пацієнта, які оцінювалися за 5 – бальною шкалою Лікерта, питання щодо національності студентів та враховувалося побажання пацієнта про кількість студентів, з якими йому було б комфортно спілкуватися. Середня кількість студентів-медиків у групі становила 10 осіб. Фіксувалися також вік пацієнтів і причини звернення до лікаря.

Результати: 2 з 35 пацієнтів відмовилися від прийому сімейного лікаря разом зі студентами. За результатами аналізу пілотного дослідження, 33 із 35 пацієнтів відповіли, що вони почувалися комфортно на прийомі у сімейного лікаря в присутності студентів-медиків. Причинами відмови від огляду разом зі студентами або дискомфорт при сумісному огляді були звернення пацієнтів з приводу: порушення статевої функції, захворювань простати, випорожнень з кров'ю, розладів психіки. Натомість пацієнти зі скаргами на високий артеріальний тиск, розлади травлення, висип на шкірі тощо охоче спілкувалися із студентами-медиками та відмітили у анкеті, що почувалися на прийомі цілком комфортно. Негативний вплив походження студентів на комфортність під час прийому відмітило лише 2 з 35 пацієнтів, натомість 2 інших зазначили, що для них присутність іноземних студентів є навіть більш бажаною, ніж вітчизняних, а для решти пацієнтів, за результатами анкетування, присутність студентів-іноземців 6 курсу, не спричиняла дискомфорту.

Висновки: Отже, за результатами пілотування, ми визначили, що присутність студентів, у більшості пацієнтів, не викликала дискомфорту, не зважаючи на їх значну кількість в групі. Походження студентів не мало значного впливу. Відмова від спільного огляду зі студентами пов'язана зі скаргами інтимного та психологічного характеру. Ми плануємо залучити до дослідження більшу кількість пацієнтів та детальніше вивчити комфортність пацієнтів.

ЩОДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЯ ПОСЛУГАМИ З ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї

Слабкий Г.О., Щербинська О.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: планування сім'ї, населення, послуги, забезпечення, первинна ланка, медичні працівники.

Вступ. В Україні, незважаючи на скорочення, залишається високим рівень абортів. В 2018 році він складав 8,15 На 1000 жінок фертильного віку з найвищими показниками в Вінницькій (12,38) та Дніпропетровській (12,13) областях. Подальше скорочення рівня абортів можна досягти завдяки ефективній діяльності первинної ланки медичної допомоги в напрямку надання послуг з планування сім'ї та профілактики небажаної вагітності.

Мета: запропонувати компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів по забезпеченню населення послугами з планування сім'ї та шляхи інтеграції даних послуг на первинний рівень надання медичної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи: описового моделювання, структурно-логічного аналізу з використанням існуючого міжнародного досвіду.

Результати. З метою інтеграції на первинний рівень послуг з планування сім'ї та профілактики небажаної вагітності лікарі загальної практики-сімейні лікарі та сімейні медичні сестри мають набути відповідних теоретичних та практичних компетенцій.

Форми проведення даної роботи можуть бути наступними:

- проведення комунікацій на тему утримання від початку раннього статевого життя та безпечних сексуальних контактів серед учнівської та студентської молоді; навчання батьків проводити роз'яснювальну роботу серед підлітків на тему безпечних сексуальних стосунків; проведення індивідуальних консультацій щодо використання засобів профілактики небажаної вагітності; проведення консультацій молодих подружніх пар з питань планування сім'ї.

Інтеграцію послуг з планування сім'ї і профілактики небажаної вагітності на первинний рівень надання медичної допомоги можна забезпечити шляхом проведення для сімейних лікарів і сімейних медичних сестер курсів тематичного удосконалення, короткотривалих тренінгів, проведення їх стажування на робочому місці в обласних центрах планування сім'ї та забезпечення медичних працівників первинної ланки необхідними методичними матеріалами. З метою мотивування медичних працівників до ефективного проведення даного виду роботи необхідним є запровадження системи місцевих економічних та моральних стимулів.

Висновки. Інтеграція послуг з планування сім'ї і профілактики небажаної вагітності на первинний рівень надання медичної допомоги забезпечить подальше зниження рівня абортів у жінок репродуктивного віку в Україні.

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Пішківці А-М.М., Слабкий Г.О., Рогач І.М.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: стоматологічне здоров'я, діти, збереження, громадське здоров'я.

Вступ. Стан стоматологічного здоров'я дітей є незадовільним і відмічається динаміка до його погіршення. При цьому в ході реформування системи охорони здоров'я знижується доступність населення до стоматологічної допомоги та втрачається її профілактична скерованість. Забезпечити збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я у дітей можливо за рахунок ефективної діяльності системи громадського здоров'я (СГЗ), яка прививається в країні.

Мета. Розробити основні напрямки збереження стоматологічного здоров'я дітей в системі громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Аналіз основних оперативних функцій громадського здоров'я з точки зору моніторингу стану стоматологічного здоров'я у дітей та забезпечення його зміцнення та збереження. Методами дослідження стали методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу.

Результати. Розробка основних напрямків збереження стоматологічного здоров'я у дітей в системі громадського здоров'я проводилася нами на основі аналізу змісту основних оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ), які рекомендовані ВООЗ.

Відповідно до першої ОФГЗ «Епіднагляд і оцінка стану здоров'я та благополуччя населення» працівники СГЗ сумісно з працівниками первинної ланки та стоматологічної служби (при їх наявності) проводять моніторинг та аналіз даних про стоматологічне здоров'я дітей і здійснюють підготовку і подання інформації про потребу дітей в стоматологічній допомозі.

Відповідно до дев'ятої ОФГЗ «Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я» працівники СГЗ використовують сучасні методи комунікації та технології з метою адвокації питань залучення та розширення можливостей громадськості в забезпеченні дітей профілактичною стоматологічною допомогою. Працівники СГЗ сумісно з медичними працівниками мають забезпечити широкі комунікації з батьками дітей, дітьми та працівниками освіти з питань підвищення їх медичної грамотності в питаннях збереження стоматологічного здоров'я та формування їх прихильності до регулярного здійснення профілактичних заходів та навчання правилам гігієнічного догляду за порожниною рота і зубами.

Висновки. Збереження стоматологічного здоров'я дітей повинно стати одним із пріоритетних напрямків діяльності системи громадського здоров'я, який має бути забезпеченим шляхом розробки та впровадження комплексних цільових регіональних та місцевих профілактичних програм.

ПРОБЛЕМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЛІКАРЯМИ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЇХ РІШЕНЬ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ

Керецман А.О., Слабкий Г.О., Рогач І.М., Качала Л.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: охорона здоров'я, лікарські кадри, забезпечення, проблеми, рішення.

Вступ. Ефективність діяльності системи охорони здоров'я та доступність і якість медичної допомоги визначається в першу чергу рівнем забезпеченості лікарськими кадрами, їх структурою та кваліфікацією. Особливо це важливо в умовах структурної перебудови системи, зміни кадрової політики галузі та впровадження принципово нової системи фінансування закладів охорони здоров'я.

Мета. Представити сучасні проблеми кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України та можливі шляхи їх рішень в умовах реформування галузі.

Матеріали та методи. Під час виконання дослідження було використано наступні методи дослідження: статистичний, структурно-логічного аналізу, описового моделювання. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності та законодавчі акти з питань реформування системи охорони здоров'я України.

Результати. В ході дослідження встановлено, що рівень укомплектованості штатних посад лікарів фізичними особами спеціалістів в закладах охорони здоров'я України становила 78,6% (обласних закладах — 84%, міських закладах — 79%, центральних районних лікарнях — 76%, сільських сімейних амбулаторіях — 69%). Встановлено, що різниця між штатними посадами лікарів і фізичними особами спеціалістів становила біля 35 тис. осіб. При цьому в системі охорони здоров'я біля 13 тис. посад лікарів обіймають сумісники. Самий низький рівень укомплектованості штатних посад лікарів зареєстровано у Луганській — 58%, Донецькій — 64%, Миколаївській — 69% та Київській — 75%, а також Запорізькій області.

Відповідно до доказового менеджменту не можна забезпечити організацію надання доступної та якісної медичної допомоги при рівні укомплектованості штатних посад лікарів нижче 75%, який є навіть в обласних клінічних лікарнях: Миколаївської області — 56% та обласній дитячій лікарні Миколаївської області — 57%, у Київській клінічній обласній лікарні — 60%. Критичним зареєстровано рівень укомплектованості штатних лікарських посад за такими спеціальностями як лікарі-лаборанти — 28%, лікарі-бактеріологи — біля 45%, лікарі-патологоанатоми — майже 54%, лікарі судові психіатри-експерти — біля 55%, лікарі-імунологи — 60% тощо.

Висновки. В умовах реформування системи охорони здоров'я та формування об'єднаних громад з децентралізацією управлінських та фінансових механізмів необхідно запровадити місцеві соціально-економічні стимули залучення та утримання лікарських кадрів.

РОЛЬ ІНТЕРНЕТ-КОМУНІКАЦІЙ У ФОРМУВАННІ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ ДО ОСОБИСТОГО ЗДОРОВ'Я

Жданова О.В., Слабкий Г.О., Качала Л.О., Качала Т.В., Йовбак М.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: студенти, здоров'я, відповідальне ставлення, формування, інтернет-комунікації.

Вступ. Відповідальне ставлення студентської молоді до особистого здоров'я відіграє важливу роль в процесі збереження та зміцнення ними здоров'я та є запорукою їх особистої соціальної та економічної активності.

Мета: дослідити роль інтернет-комунікацій у формуванні відповідального ставлення студентів до особистого здоров'я.

Матеріали та методи. При проведенні дослідження використано соціологічний метод. За допомогою спеціально розробленої анкети опитано 273 студенти різних факультетів та курсів навчання класичного університету. Конфіденційність даних про респондентів збережено. Отримані результати опрацьовано з використанням загальноприйнятих статистичних методів.

Результати. За результатами опитування студентів встановлено, що із опитаних студентів 70,69% щоденно користується інтернетом, а всі опитані студенти користуються інтернетом не рідше як один раз на три дні.

Інформацію з питань забезпечення здоров'я отримують 58,24% опитаних студентів, при цьому 56,21% із них відшукують вказану інформацію постійно і цілеспрямовано. Встановлено, що студенти, які навчають не на медичному факультеті такою інформацією цікавляться в 1,32 рази частіше, ніж студенти медичних факультетів.

Інформація, яка найбільше цікавить студентів: безпечний секс та профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом і профілактика небажаної вагітності – 32,60%, шкідливий вплив на здоров'я та профілактика формування залежностей внаслідок вживання психоактивних речовин – 22,71%, раціональне харчування в тому числі способи похудіння – 15,02%, застосування різних форм фізичної активності – 21,25%. Студентів цікавить інформація щодо сутності таких захворювань як ВІЛ/СНІД – 12,45%, туберкульоз – 14,29%, парентеральні гепатити – 11,72% та інші інфекційні захворювання.

Інформацією з питань збереження здоров'я в інтернеті в 1,27 частіше цікавляться студенти-дівчата ніж студенти-юнаки, в 1,44 рази частіше студенти старших, ніж молодших курсів, в 1,36 разів частіше студенти із сільської місцевості ніж студенти, які до початку навчання проживали в містах.

Висновки. Інтернет-комунікації відіграють важливу роль у процесі формування у студентської молоді відповідального ставлення до особистого здоров'я. З метою забезпечення інтернет-користувачів достовірною інформацією з питань формування здорового способу життя та використання здоров'яформуючих технологій рекомендується створення та поширення спеціальних, орієнтованих на студентську молодь, сайтів та інтернетпрограми.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНЦІЙ СПЕЦІАЛІСТІВ ПО ЗАБЕЗПЕЧЕННЮ ПОСЛУГ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Білак-Лук'яничук В.Й., Слабкий Г.О., МIRONЮК І.С., Брич В.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: громадське здоров'я, основні оперативні функції, послуги, компетенції, рамка.

Вступ. В країні активно розвивається система громадського здоров'я. ВООЗ визначені основні оперативні функції громадського здоров'я, які передбачають комплекс послуг по збереженню та зміцненню здоров'я населення. В жовтні 2019 року ВООЗ розроблено проект рамок компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні.

Мета. Провести аналіз рамки компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні для впровадження в навчальний процес при підготовці магістрів громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження служив проект рамки компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні. Методи дослідження: контент-аналізу, структурно-логічного аналізу, системного підходу.

Результати. ВООЗ створила Рамки компетенцій для кадрів громадського здоров'я з метою підтримки організацій громадського здоров'я у Європейському регіоні. Вказані компетенції представляють поєднання індивідуальних характеристик (знань, умінь, особистих та професіональних поглядів), які необхідні спеціалісту для виконання зазначеної функції. Компетенції громадського здоров'я охоплюють традиційні межі конкретної дисципліни і дають змогу спеціалістам виконувати основні оперативні функції громадського здоров'я та застосовувати комплексний підхід до вирішення проблем громадського здоров'я, який необхідно застосувати для виконання покладених на них функцій.

Рамка компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я використовує всеохоплюючий та комплексний підхід, який спрямований на задоволення потреб та попиту населення. Це забезпечується шляхом зосередження та трьох наступних основних категоріях: зміст та контекст, відносини та взаємодії, ефективність та досягнення. Вказаний підхід допомагає вийти за рамки класичних форм професійного розвитку, що засновані на стратегіях, які орієнтовані на інтереси конкретної професійної групи, та обрати більш широку перспективу в плані задоволення потреб населення та створення послуг, які орієнтовані на потреби людей.

Вказані категорії розділені на десять розділів (відповідно основним оперативним функціям) та містять 84 компетенції.

Висновки. Рамку компетенцій WHO-ASPHER для кадрів громадського здоров'я в Європейському регіоні рекомендується використати при розробці освітніх програм підготовки магістрів громадського здоров'я в Україні та забезпечити їх набуття в процесі їх теоретичної та практичної підготовки.

ГЕОПОЛІТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК СТРУКТУРНОЇ ПЕРЕБУДОВИ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ РЕГІОНУ

Рогач І.М., Данко Д.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: Закарпатська область, геополітичні особливості, система охорони здоров'я, реформування, врахування.

Вступ. В країні проводиться реформування системи охорони здоров'я яке передбачає пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та структурну перебудову спеціалізованої медичної допомоги з формуванням лікарень інтенсивного лікування першого та другого рівня. Структурна перебудова системи надання медичної допомоги відбувається на фоні впровадження пакету державних гарантій безоплатної медичної допомоги, що передбачає відповідність закладу охорони здоров'я умовам закупівлі медичних послуг за відповідним напрямом надання медичної допомоги, які затверджені МОЗ України. В Закарпатській області КМУ затвердив в якості лікарень інтенсивного лікування наступні комунальні некомерційні підприємства: Берегівська центральна районна лікарня імені Бертолона Ліннера, Виноградівська районна лікарня, Воловецька центральна районна лікарня, Мукачівська центральна районна лікарня, Рахівська районна лікарня, Тячівська районна лікарня, Хустська центральна районна лікарня імені Віцинського Остапа Петровича, Центральна міська клінічна лікарня Ужгородської міської ради. Методичні підходи з формування мережі закладів охорони здоров'я не враховують геополітичні особливості регіонів.

Мета: показати необхідність врахування геополітичних особливостей Закарпатської області при проведенні структурної перебудови системи надання медичної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали дані Головного управління статистики в Закарпатській області. Методами дослідження були, статистичний, структурно-логічний аналізу та системного підходу.

Результати. Область займає територію площею 12,8 тис. км² із яких майже 80% займають гори. На території 13 адміністративних територій, 5 міст обласного значення, 11 міських, 19 селищних та 293 сільських рад області на кінець 2018 року проживало 1254 тис. осіб близько ста національностей.

В економіці основну частину займають такі види господарської діяльності як машинобудування, сільськогосподарське виробництво, харчова промисловість, вироблення одягу і виробів із шкіри, лісозаготівля та переробка деревини. 37,1% населення проживає в містах та 62,9% в сільській місцевості. Частка жінок в статевій структурі населення області в 1,72 разу більша ніж частка чоловіків.

Висновки. Геополітичні особливості Закарпатської області мають бути враховані при проведенні структурної перебудови системи надання медичної допомоги з метою забезпечення доступності спеціалізованої екстреної та інтенсивної медичної допомоги в межах терапевтичного вікна.

ДО ПРИЧИН НЕСВОЄЧАСНОГО ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

Кошеля І.І., Слабкий Г.О., Качала Л.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, медична допомога, звернення, несвоєчасність, причини.

Вступ: інфаркт міокарда призводить до тяжкого стану при якому хворі потребують екстреної та інтенсивної медичної допомоги. Інфаркт міокарда є однією із частих причин смертності та інвалідизації населення в працездатному віці. Ефективність медичної допомоги та терміни лікування залежать від своєчасності звернення за медичною допомогою.

Мета: вивчити рівень несвоєчасного звернення хворих на інфаркт міокарду за медичною допомогою та дослідити причини несвоєчасного звернення хворих на інфаркт міокарду за медичною допомогою.

Матеріали та методи. При виконанні роботи використано метко-статистичний та соціологічний методи, метод експертних оцінки. Проаналізовані дані галузевої статистичної галузевої звітності за 2014-2018 рр. Проведено експертну оцінку 200 карт стаціонарного хворого пацієнтів які проходили стаціонарне лікування з приводу гострого інфаркту міокарда. Опитано 82 пацієнта з метою вивчення причин несвоєчасного звернення за медичною допомогою.

Результати: рівень захворюваності дорослого населення Закарпатської області на гострий трансмуральний інфаркт міокарда за період 2014-2018 роки зріс на 8,7% і склав 750 осіб або 77,9 на 10 тис населення. Із загальної кількості осіб, що перенесли гострий трансмуральний інфаркт міокарда під диспансерним наглядом перебуває 16,0%. В 2018 році в області було зареєстровано 1052 випадків захворюваності дорослого населення Закарпатської області на гострий інфаркт міокарда, що склало 109,2 випадки на 10 тис дорослого населення.

Методом експертної оцінки встановлено, що 20,5% звернулися за медичною допомогою в перші 2 години появи симптомів інфаркту міокарда, 34,0% в перші чотири години захворювання, 11,0% в перші шість годин появи гострих симптомів, 9,5% більше ніж через добу.

Під час соціологічного опитування було встановлено, що 36,6% респондентів хотіли самостійно купувати приступ, 25,6% не змогли критично оцінити особистий стан здоров'я, 23,2% чекали появи вдома інших членів сім'ї для виклику бригади екстреної медичної допомоги, 14,6% обґрунтовували свої дії економічним станом сім'ї.

Висновки. Встановлено, що головною причиною несвоєчасного звернення за медичною допомогою при появі симптомів гострого інфаркту міокарду є низький рівень санітарної грамотності населення (62,62%) та відповідального ставлення до особистого здоров'я (37,8%), що потребує від лікарів загальної практики-сімейних лікарів та системи громадського здоров'я проведення комплексних заходів з інформування населення про загрози для здоров'я стани та навчання тактиці дій при них.

ОПІКУНЬСКА РАДА – ІНСТРУМЕНТ УПРАВЛІНСЬКОЇ СИСТЕМИ Козодаєв С.П.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, курс «медичне право».

Ключові слова: опікунська, рада, колективний, договір, автономізація, акредитація, ліцензування, трудове, законодавство, медичне, право, охорона здоров'я, ЛПЗ, ЗОЗ, статут

Вступ: Реалії сьогодення часу реформування галузі охорони здоров'я України окреслюють нові проблеми в різних секторах діяльності автономізованого медичного закладу, в тому разі і управлінського. В зв'язку з цим в процесі автономізації медичних закладів виникає вкрай важливе питання – організація та здійснення громадського контролю за діяльністю ЛПЗ.

Мета. Довести значення опікунської ради в управлінському процесі лікувально-профілактичного закладу.

Матеріали та методи: Конституція України, Закони України, Постанови КМУ з питань трудового законодавства, нормативно-правові акти МОЗ України, автономізовані лікувально-профілактичні заклади.

Результати. В сьогоденних умовах медичні заклади корелятивні політичним запитам та залежні від ряду певних місцевих факторів.

Користуючись відносною управлінською свободою керівник автономізованого лікувально-профілактичного закладу стає більш залежним в своїх діях. Пропорційно зростає юридична відповідальність за кожне окреме рішення, яке він вимушений прийняти і за яке він несе персональну відповідальність.

Опікунська рада – це колегіальний орган з поєднанням таких функцій, як: наглядова, представницька, консультативна. В межах повноважень, прийнятим територіальним власником медичного закладу, опікунська рада виконує чітко визначені контрольні функції. Оскільки у опікунської ради відсутнє право вето і у неї нема права імперативного голосу, її висновки, як і винесені рішення, мають виключно характер порад та рекомендацій. Значною перевагою в діяльності опікунської ради є обов'язкова функція представництва перед колом третіх осіб та їх залучення до співпраці – меценатів, донорів, місцевої громади. Мета цієї співпраці здебільшого буде стосуватися поліпшення матеріальної бази медичного закладу.

Опікунська рада більше дорадчий орган, який при належному виконанні своїх функцій, сприяє стійкій підтримці та розвитку конкретного медичного закладу з метою ефективних змін в сфері охорони здоров'я на території громади. Створивши опікунську раду, керівництво лікувально-профілактичного закладу зробить свою діяльність більш відкритою для суспільства, що буде сприяти не тільки практичним позитивним змінам в роботі закладу, але і створенню гарантованих умов для успішного реформування галузі в цілому.

Структура опікунської ради більш доцільна на відміну від спостережних рад, які проіснували всього два роки (2017-2019 рр.), не забезпечивши виконання своїх функцій та повноважень.

Керівник медичного закладу, обравши вектор взаємодії з представниками громадськості шляхом створення опікунської ради, в значній мірі гарантований від ризиків в системі управління, отримує більший ступінь підтримки як в колективі, так і від місцевої влади, що сприяє стабільності діяльності на перехідному періоді реорганізації закладу та реформування медичної галузі.

Проте значна кількість керівників медичних закладів свідомо ігнорують створення опікунських рад, вважаючи їх «незручними» для керівника закладу та прийняття певних управлінських рішень, які не завжди доцільні в інтересах колективу.

Висновки. В процесі реорганізації лікувально-профілактичних закладів та перетворення їх в комунальні неприбуткові підприємства в умовах реформування галузі охорони здоров'я одним із важливих моментів є громадський контроль за діяльністю медичних установ.

Вимоги демократичного суспільства визначають значення громадського контролю в усіх сферах діяльності держави, в тому разі і в галузі охорони здоров'я. Опікунська рада медичного закладу є одним із структурних елементів громадського контролю та інструментом управлінської системи. Діяльність опікунської ради спрямована на підвищення ефективності роботи медичного закладу шляхом регулювання управлінських рішень уповноваженого керівника, власника установи, місцевої територіальної громади, що сприяє регулюванню виробничих, трудових і соціально-економічних відносин та поліпшення якості медичних послуг в цілому.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДЕМЕТІОНІНУ, АРГІНІНУ ГЛУТАМАТУ, ТА ЇХ КОМБІНАЦІЇ У ХВОРИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Капустей Н.А., Михалко Я.О., Курах А.В., Няша Е.Гомо

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: алкогольна хвороба печінки, гепатопротектори, адеметіонін, аргініну глутамат.

Вступ. За даними багатьох досліджень останніх років все більшого значення набуває поширеність алкогольної залежності у світі і, зокрема, в Україні.

Одним з наслідків хронічного зловживання алкоголем є алкогольна хвороба печінки (АХП). Це клініко-гістологічний комплекс, що включає жирову дистрофію печінки, алкогольний гепатит, цироз та його ускладнення. Лікування АХП має бути комплексне та включає обов'язкову повну абстиненцію, висококалорійну збалансовану дієту, медикаментозну корекцію. Згідно положення чинного протоколу, серед препаратів для лікування АХП показані й гепатопротектори, а саме: s-аденозилметіонін (адеметіонін) та урсодезоксихолева кислота. Проте, на ринку України існує більший вибір даної групи.

Мета. Порівняти вплив адеметіоніну та аргініну глутамату на лабораторні показники у хворих на АХП.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 74 пацієнтів, що лікувалися в КЗ «Ужгородська районна лікарня» з приводу алкогольної хвороби печінки у 2019 році. В складі комплексної терапії пацієнти отримували гепатопротектори. Хворих було поділено на три групи: перша група отримувала адеметіонін 400 мг/добу (26 пацієнтів), друга група – аргініну глутамат 2 г/добу (30 хворих), третя група (18 пацієнтів) отримувала комбінацію адеметіоніну з аргініну глутаматом в тих же дозах. Біохімічні дослідження крові проводили до початку лікування та після його завершення. Також оцінювали ризик несприятливого прогнозу за допомогою індексу MELD.

Результати. На початку лікування не спостерігалось статистично вірогідної різниці між досліджуваними лабораторними показниками у групах, крім рівнів AST та ALT. Так, у пацієнтів I та II груп дані показники були вірогідно нижчими ніж у третій групі. ($89,2 \pm 15,9$ ОД/л і $90,0 \pm 12,4$ ОД/л проти $167,1 \pm 91,0$ ОД/л та $41,6 \pm 7,9$ ОД/л, $48,4 \pm 8,1$ ОД/л проти $104,7 \pm 27,6$ ОД/л відповідно, $p < 0,05$). Після лікування також не спостерігалось статистично вірогідної різниці лабораторних показників в досліджуваних групах, крім ALT, альбуміну та загального холестерину. Так, у пацієнтів I та II груп показник ALT був вірогідно нижчим порівняно з пацієнтами III групи ($40,5 \pm 7,2$ ОД/л, $48,4 \pm 8,2$ ОД/л та $64,6 \pm 15,0$ ОД/л відповідно, $p < 0,05$). Рівень альбуміну у хворих II групи був вірогідно нижчим порівняно з пацієнтами I та III груп ($27,4 \pm 1,6$ г/л, $33,7 \pm 1,4$ г/л; та $30,8 \pm 1,8$ г/л відповідно, $p < 0,05$). Показники загального холестерину також були нижчими у пацієнтів II групи ($3,9 \pm 0,5$ ммоль/л, $4,5 \pm 0,4$ ммоль/л та $4,7 \pm 0,4$ ммоль/л відповідно, $p < 0,05$).

При порівнянні динаміки зміни лабораторних показників до та після лікування в досліджуваних групах було встановлено, що в пацієнтів I та II груп мало місце статистично вірогідне зниження загального білірубіну (з $63,4 \pm 9,2$ до $51,3 \pm 8,9$ мкмоль/л та з $79,5 \pm 20,0$ до $75,7 \pm 20,0$ мкмоль/л відповідно, $p < 0,05$), яке, однак, не мало клінічного значення. У III групи пацієнтів спостерігалось статистично вірогідне зниження AST (з $167,1 \pm 32,6$ до $91,0 \pm 15,5$ ОД/л, $p < 0,05$), загального білірубіну (з $114,1 \pm 21,7$ до $89,5 \pm 22,2$ мкмоль/л, $p < 0,05$) та показника MELD (з $18,0 \pm 0,8$ до $16,2 \pm 1,3$ балу, $p < 0,05$), що також клінічного значення не мало.

Висновки. Застосування адеметіоніну, аргініну глутамату, а також їх комбінацій вело до певного статистично вірогідного покращення окремих біохімічних показників проте, але не було клінічно значимим. Тільки у пацієнтів, що отримували комбіновану гепатопротекторну терапію мало місце статистично та клінічно значиме зниження рівнів AST.

ОЦІНКА РОЗУМІННЯ СТУДЕНТАМИ 6 КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ 2 КОМПЕТЕНЦІЙ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ДО ТА ПІСЛЯ ЦИКЛУ «СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»

Ільков О.В.¹, Колесник П.О.^{1,2}.

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини

²ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет №2, кафедра внутрішніх хвороб

Ключові слова: дефініції, компетенції сімейного лікаря, WONCA, інтерактивне навчання, амбулаторна практика

Вступ За даними досліджень вітчизняних вчених в Україні методика вивчення сімейної медицини студентами медиками на до дипломному етапі потребує докорінних змін змін. Згідно Європейських критеріїв, вивчення даного предмету має проводитися сімейними лікарями - тренерами на базах амбулаторій. На базі сімейної амбулаторії N7 міста Ужгорода робляться спроби щодо вдосконалення навчання під час курсу сімейної медицини викладачами, які є практикуючими сімейними лікарями шляхом застосування нових інтерактивних педагогічних методик і рекомендованих Європейською Академією викладачів сімейної медицини EURACT. Цікаво, чи практично орієнтовані методики навчання допоможуть покращити розуміння компетенцій сімейного лікаря з позиції WONCA?

Мета. Оцінка розуміння студентами-медиками компетенцій сімейного лікаря з позиції WONCA до та після проведення курсу Сімейної медицини з інтерактивного методиками навчання.

Матеріали і методи В рамках дослідження брали участь 60 студентів 6 курсу медичного факультету 2 віком 25 ± 3 років, чоловічої та жіночої статі, різних національностей. В процесі дослідження було відібрано 30 студентів, чій анкети до та після 2-х тижневого циклу «Загальна практика сімейна медицина» було проаналізовано. Розроблена нами анонімна анкета включала питання щодо розуміння кожної з 6 компетенцій, представлених WONCA. Студентам також пропонувалося оцінити впевненість у розумінні кожної з компетенцій за 5 бальною шкалою Лікерта. Серед інтерактивних методик, які використовувалися у курсі були наступні: принцип «Криголаму», відеодемонстрації навчальних матеріалів, розбір клінічних випадків, як реальних пацієнтів, так і стандартизованих, відеотренінг інтегрованого ІВХДВ, відпрацювання практичних навичок, навичок комунікації та клінічного мислення, тощо.

Результати: Самооцінка розуміння студентами-медиками компетенцій сімейного лікаря з позиції WONCA вірогідно зросла після проведення курсу Сімейної медицини з інтерактивними методиками навчання Найбільші зміни самооцінки розуміння студенти показали щодо наступних компетенцій сімейного лікаря: холістичний підхід та пацієнт-орієнтованість.

Висновки: Розуміння студентами-медиками компетенцій сімейного лікаря з позиції WONCA вірогідно покращилося після проведення курсу Сімейної медицини з інтерактивними методиками навчання.

СТРУКТУРА ЗУБДНИКІВ ОРОФАРИНГІАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ У 2019 РОЦІ

Курах А.В.¹, Михалко Я.О.¹, Кіш П.П.², Карнафель М.П.³, Сідорова І.М.⁴

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини

²ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології з курсом інфекційних хвороб

³КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня» Закарпатської обласної ради»

⁴КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Ужгородської міської ради

Ключові слова: Str. pneumoniae, тонзиліт, фарингіт, інфекція

Вступ. Інфекції дихальних шляхів посідають перше місце за частотою призначення антибактеріальних препаратів. Лікування даних захворювань здебільшого починається з емпіричного призначення препаратів, що, згідно новітніх протоколів, залежить від локальної резистентності збудників до антибіотиків. Тому, для дотримання принципів раціональної антибіотикотерапії та покращення ефективності лікування, необхідно знати структуру збудників найпоширеніших інфекцій дихальних шляхів та їх резистентність.

Мета. Дослідити локальну структурну збудників інфекцій верхніх дихальних шляхів у дітей та дорослих за 2019 рік.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів мікробіологічного дослідження 551 мазку, отриманих із зіву пацієнтів (296 дітей та 255 дорослих), що лікувалися з приводу фарингітів та тонзилітів у медичних закладах м. Ужгород у 2019 році. Статистичну обробку проводили з використанням пакету прикладних програм Statistica 10.0 (StatSoft, США). Різнити вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати. Аналіз отриманих результатів показав, що найчастішим збудником при фарингітах та тонзилітах був Str. pneumoniae – 68,78% (95% ДІ: 64,79-72,51). Даний збудник практично з однаковою частотою виявляли як у дорослих так і у дітей (72,55% [95% ДІ: 66,76-77,67] та 65,54% [95% ДІ: 59,96-70,73] відповідно). Значно рідше причиною захворювання був S. aureus (25,04% [95% ДІ: 21,60-28,83]). При цьому, у дітей даний збудник траплявся статистично вірогідно частіше, порівняно з дорослими (28,04% [95% ДІ: 23,22-33,42] та 21,57% [95% ДІ: 16,94-27,04] відповідно, $p < 0,05$). Частка інших збудників (Str. agalactiae та Str. pyogenes) була найменшою (2.2% [95% ДІ: 1,21-3,81] та 3,8% [95% ДІ: 2,48-5,79] відповідно).

Висновки: найчастішим збудником тонзилітів та фарингітів у 2019 році був Str. pneumoniae. Даний факт необхідно враховувати при емпіричному призначенні антибіотикотерапії. Визначення локальних патернів антибіотикорезистентності є надзвичайно важливим при вирішенні питання доцільності використання тих чи інших антибіотиків.

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ГОМІЛКИ

Вайда В.М. Староста Д.І. Пригара Б.О.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін.

Вступ: пошкодження проксимального метаепіфізу гомілки або переломи плато є важкими внутрішньо суглобовими пошкодженнями які складають 1,2% від всіх переломів, до 4,5% переломів кісток гомілки і 10% всіх внутрішньо суглобових переломів. В віці до 20 років ці переломи зустрічаються, переважно

у чоловіків, в середній віковій групі – однаково часто як в чоловіків так і в жінок, а в старшій віковій групі переважають жінки. В молодому віці такі переломи, як правило, є наслідком високоенергетичної травми, а у пацієнтів похилого віку виникають при порівняно не високої дії енергетичної сили і на фоні зниження щільності кісткової тканини.

Мета дослідження: порівняння результатів оперативного лікування у хворих з пошкодженням проксимального метаепіфізу гомілки.

Матеріал та методи: у продовж 2015–2019 років у нашій лікарні проліковано 39 хворих з пошкодження проксимального метаепіфізу гомілки з яких 45% переломів були типу С за класифікацією АО/ASIF. Вікова категорія пацієнтів була у межах від 23 до 68 років з яких, 24 пацієнти — чоловіки та 15 — жінки. У своєму дослідженні ми класифікували переломи проксимального відділу гомілки за класифікаціями Шацкера та АО/ASIF.

Перед оперативним втручання звертали увагу на оцінку стану м'яких тканин, рентгенологічне обстеження у двох проекціях, МСКТ для встановлення типу перелому й вибору методу фіксації. Надкістковий остеосинтез був виконаний у 25 пацієнтів (16 чоловіків та 9 жінок) на 9-13-ту добу після травми, у зв'язку з вираженим набряком, 9 пацієнтам (5 чоловіків та 4 жінок) у випадках наявності обширних ран було використано ПВОС (3 чоловіки і 1 жінка).

Висновки: при переломах даної локалізації оперативне втручання рекомендовано проводити в залежності від стану хворого, при відкритих переломах в першу добу, якщо лікар компетентний в хірургічному лікуванні даної патології. По даних літератури та нашого дослідження відмічається що багато ускладнень в після хірургічного втручання, на нашу думку та думку вчених, використання малоінвазивних методик набагато зменшить кількість післяопераційні ускладнення та покращить післяопераційні результати лікування, а також необхідність заміщення кісткових дефектів.

СИНДРОМ ДАРЬЄ- ГРЕНБЛАД- СТРАНБЕРГА (ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ)

Бондарено Н. В., Беляєв В.Д., Фальбуш О.О.

ДЗНЗ УжНУ, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, м. Ужгород.

Ключові слова: синдром, псевдоксантома, ангіодні смуги сітківки, субретинальна неоваскулярна мембрана.

Вступ: Синдром Дарьє-Гренблад-Страндберга – спадкове захворювання, що характеризується ураженням еластичних волокон шкіри, кровоносних судин та очей. Тип спадкування – аутосомно- рецесивний. Зустрічається в популяції з частотою 1:40000 до 1:100000. В 1884 р. F. Balzer вперше описав шкірні прояви даного захворювання. В 1929р. шведський офтальмолог E. Groenbled та норвежський дерматолог J. Strandberg описали поєднання псевдоксантоми з ангіодними смугами сітківки. В сучасній літературі зустрічаються лише поодинокі повідомлення (2014, 2016), тому практичні офтальмологи, а тим більше сімейні лікарі, мало знайомі з даною проблемою

Мета: розглянути на клінічному прикладі особливості діагностики, протікання та лікування синдрому Дарье- Гренблад- Странберга.

Матеріали і методи: під нашим спостереженням знаходилася пацієнтка Л. 39 років з діагнозом Синдром Дарье-Гренблад-Страндберга. Проводилися загально-прийняті клінічні обстеження: визначення гостроти зору, тонометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія, оптична когерентна томографія, фотореєстрація.

Результати: пацієнтка звернулася з скаргами на метаморфозії, випадіння в полі зору лівого ока, а також на зміни шкіри. При обстеженні звернула на себе увагу ділянка морщинистої, дряблої шкіри на шиї з жовтуватим відтінком (псевдоксантома). Гострота зору правого ока 0,9; лівого ока 0,7; з корекцією сф.-1,0Д=1,0 на обох очах. При повторному зверненні гострота зору лівого ока 0,1 н/к. Внутріочний тиск 18/19 мм.рт.ст. При біомікроскопії очі спокійні, оптичні середовища прозорі. При офтальмоскопії- інтраретинальні крововиливи біля диску зорового нерву, а також ангіодні смуги сітківки, що підтверджено на фотореєстрації та оптичній когерентній томографії. Було проведено лікування: курс розсмоктуючої судинно-поширюючої метаболічної терапії в поєднанні з оперативним втручанням- пневмодислокацією крововиливу, ендовітреальним введенням фібринолітиків та анти- VEGF препаратів. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Гострота зору лівого ока 0,6 з корекцією -1,0Д=0,8.

Висновки: уважно зібраний анамнез дозволив запідозрити рідкісне захворювання. Важливим є застосовування сучасних методів діагностики-оптична когерентна томографія, що дала можливість уточнити діагноз. Поєднання консервативних та хірургічних методів лікування (пневмодислокація крововиливу, ендовітреальне введення фібринолітиків та анти- VEGF препаратів) дозволило стабілізувати процес та зберегти зір в короткий термін.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОРЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРШОГО КОНТАКТУ

Гнепа Я.Ю., Чубірко К.І., Чопей І.В., Дебрецені К.О., Гечко М.М., Ілько А.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород.

Ключові слова: гастроезофагальнорефлюксна хвороба, клінічні прояви, опитувальник, езофагогастроуденоскопія.

Вступ: Гастроезофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) - одна з найпоширеніших та актуальних хвороб, що трапляються у практиці лікарів первинної ланки. Слід відзначити, що в структурі патології переважають особи працездатного віку. Тому, саме рання діагностика та лікування, сприятимуть зменшенню частоти нових випадків ГЕРХ та проведення доказового лікування вже існуючих. Ускладнює діагностику ГЕРХ те, що вона проявляється наявністю як типових, так і нетипових симптомів, котрі призводить до прогресування та погіршення перебігу захворювання з розвитком небажаних ускладнень, внаслідок маскування перебігу захворювання та пізнього встановлення діагнозу

ГЕРХ. Несвоєчасна діагностика даного захворювання та відстрочене лікування може призводити до таких тяжких ускладнень, як пептичні виразки, перфорації, кровотечі, стенози і стриктури стравоходу, формування стравоходу Барретта, що підвищує ризик виникнення онкопатології. Езофагогастроуденоскопія (ЕГДС) на сьогоднішній день широко доступний метод, що використовується як скринінговий метод діагностики ГЕРХ. Однак, критерії діагностики не завжди до кінця зрозумілі для сімейних лікарів.

Мета. Проаналізувати кращі практики методу анкетування хворих з підозрою на ГЕРХ та підготувати інформаційне забезпечення лікарів первинної ланки з даного приводу.

Встановити доцільність лабораторно-інструментальних методів діагностики для верифікації діагнозу ГЕРХ на противагу існуючих та доступних для лікарів первинної ланки анкет діагностики ГЕРХ.

Матеріали та методи. для реалізації поставленої мети було опрацьовано та проаналізовано публікації вітчизняних та зарубіжних видань за ключовими словами теми роботи «ГЕРХ», «езофагогастроуденоскопія», «анкетування» в базах даних United European Gastroenterology (UEG) Journal, PubMed, MEDLINE, Web of Science. Додатково нами було проаналізовано останні міжнародні протоколи лікування та діагностики ГЕРХ.

Результати. згідно з Монреальським консенсусом (МК), ГЕРХ — це стан, що розвивається, коли гастроєзофагеальний рефлюкс шлункового вмісту викликає симптоми, які турбують хворого, та/або ускладнення. МК запропоновано розділити клінічні прояви ГЕРХ на типові й атипові. До типових симптомів ГЕРХ, що найчастіше турбують хворих належать печія та/або відрижка кислим. Дані прояви захворювання планомірно наштовхують на думку щодо наявності ГЕРХ у хворого. За даними нашого літературного огляду, різними авторами запропоновано близько 20 шкал оцінки симптомів ГЕРХ, декілька для оцінки якості життя хворих та шкали-гібриди. Окремо заслуговують увагу: шкала найбільш частих симптомів ГЕРХ (Frequency Scale for Symptoms of GERD, FSSG), анкета опитувальник при ГЕРХ - GERD- Q та шкала Likert, які широко доступні і з легкістю можуть використовуватися при первинному контакті з хворим та в гастроентерологічній практиці.

В останні роки спостерігається тенденція до зростання позастравохідних проявів ГЕРХ (близько 20%), особливо у людей похилого віку. Така тенденція спостерігається через непоінформованість лікарів первинного контакту про перебіг даного захворювання під "маскою" кардіальної (біль за грудиною, аритмії) або легеневої (хронічний кашель, бронхіальна астма) патології.

Частота печії, як основного прояву ГЕРХ, зменшується, але відсутність скарг на печію не виключає діагноз ГЕРХ, а тільки збільшує частоту випадків тяжкого езофагіту. (за Лос-Анджельською класифікацією ГЕРХ клас С, D).

Найбільш доступним методом, який може виявити ураження стравоходу в практиці сімейного лікаря є ЕГДС. При ендоскопічному дослідженні проксимальних відділів ШКТ фіксують наявність функціональних (недостатність нижнього стравохідного сфінктера, шлунково-стравохідний та дуодено-гастральний рефлюкси, шлунково-стравохідний пролапс) та структурних змін слизової оболонки стравоходу. Проте, ЕГДС не може бути

стандартом діагностики ГЕРХ, оскільки чутливість даного методу складає всього 30-40%.

Висновки. Використання методів анкетування надасть можливість своєчасно призначити необхідні інструментально-лабораторні методи діагностики, що в подальшому призведе до адекватного лікування, швидшого одужання чи стійкої ремісії та знизить розвиток ускладнень та покращить якість життя пацієнтів.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ В ПОРІВНЯННІ ЗІ СТАНДАРТНОЮ СХЕМОЮ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ ПОЄДНАНОГО З ОЖИРІННЯМ

Гряділь Т.І., Чопей І.В., Чубірко К.І., Коваль Т.М., Пікіна І.Ю.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Мета. Проаналізувати переваги та недоліки використання дапагліфлозину в порівнянні зі стандартною схемою лікування цукрового діабету 2-го типу поєднаного з ожирінням.

Матеріали і методи. Підбір пацієнтів проводився на базі терапевтичного відділення Комунальному некомерційному підприємстві «Ужгородська районна клінічна лікарня Ужгородської районної ради Закарпатської області», в період з листопада 2016 року по січень 2020 року. Було обстежено 73 осіб з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу та супутніми ожирінням, що ввійшли до I-ої групи та ретроспективно проаналізовано 104 медичні карти стаціонарного хворого з діагнозом ЦД 2-го типу, що увійшли до II-ої групи. Період лікування в пацієнтів I-ої групи тривав 1 рік, та включав використання метформіну 850 мг 2 рази на добу та дапагліфлозин 10 мг 1 раз на добу, натомість пацієнти II-ої групи приймати тільки монотерапію метформіну в дозі 850 мг 2 рази на добу. Всім обстеженим проведено: загальноклінічне обстеження, антропометричні вимірювання, розрахунок індексу маси тіла (ІМТ), глікозильований гемоглобін (HbA1c), ліпідний профіль, збір медичного та соціального анамнезу. Всіх пацієнтів I-ої групи в процесі дослідження було додатково проанкетовано щодо правильності виконання дієтичних та лікувальних рекомендацій. Всі отримані дані були проаналізовані та статистично оброблені за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics.

Додатково, з метою пошуку потенційного ризику для пацієнтів з ЦД 2-го типу, було здійснено бібліографічний пошук за ключовими словами «лікування цукрового діабету 2-го типу», «цукровий діабет 2-го типу», «дапагліфлозин», «метформін» у наступних базах даних PubMed, MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library.

Результати та обговорення. Антропометричні показники в I пацієнтів I-ої групи до лікування та після лікування наступні: ІМТ до лікування становив $33,21 \pm 0,16$ кг/м² проти $31,12 \pm 0,25$ кг/м² після лікування ($p < 0,05$). Натомість в пацієнтів II-ої групи до лікування та після лікування наступні: ІМТ до лікування становив $28,45 \pm 0,19$ кг/м² проти $27,69 \pm 0,21$ кг/м² після лікування ($p > 0,05$).

Результати біохімічних показників в I-ій групі до та після проведеного лікування виявили рівень глюкози (РГ) - $7,43 \pm 0,14$ ммоль/л проти $5,29 \pm 0,11$ ммоль/л відповідно ($p < 0,05$), HbA1c $7,34 \pm 0,19\%$ проти $6,42 \pm 0,16\%$ ($p < 0,05$). Натомість в пацієнтів II-ої групи спостерігались наступні зміни до та після проведеного лікування: РГ - $6,62 \pm 0,09$ ммоль/л проти $5,7 \pm 0,13$ ммоль/л відповідно ($p < 0,05$), HbA1c $6,21 \pm 0,12\%$ проти $6,12 \pm 0,16\%$ ($p < 0,05$).

При порівнянні показників I та II групи були статистично достовірні зміни показників, які характеризують вуглеводний профіль (рівень глюкози, HbA1c, індексу НОМА) ($p < 0,05$), та ліпідний обмін (ЗХ, ЛПНЩ) ($p < 0,05$). Натомість не знайдено статистично достовірних змін показників ІМТ та ЛПВЩ ($p > 0,05$).

Побічної дії при застосуванні дапагліфлозину в поєднанні з метформіном не виявлено.

Проте за даними ряду клінічних досліджень та їх мета-аналізу виділяють наступні побічні реакції при застосуванні дапагліфлозину: а) гіпоглікемія (у разі застосування у комбінації із сульфонілсечовиною або інсуліном) - ($\geq 1/10$ – дуже часто), б) вульвовагініт, баланіт і супутні інфекції статевих органів чи / та інфекція сечовивідних шляхів, висипи, біль у спині, дизурія, поліурія, підвищений гематокрит, знижений нирковий кліренс креатиніну (КК) протягом початкового лікування, дисліпідемія (від $\geq 1/100$ до $< 1/100$ - часто), в) грибова інфекція, зменшення об'єму позаклітинної рідини, спрага, запор, сухість у роті, ніктурія, свербіж у ділянці вульви та піхви, свербіж у ділянці статевих органів, підвищений рівень креатиніну крові протягом початкового лікування, б, підвищений рівень сечовини крові, зменшення маси тіла (від $\geq 1/1000$ до $< 1/1000$ – не часто), г) діабетичний кетоацидоз (ДКА) (від $\geq 1/10\ 000$ до $< 1/1000$ - рідко).

Висновки. Проведене лікування в пацієнтів з ЦД 2-го типу, підтверджує ефективність при використанні комбінації метформіну та дапагліфлозину, шляхом статистично достовірного зменшення ваги та ІМТ ($p < 0,05$) та впливу на вуглеводний обмін. Відсутність побічних реакцій при отриманні даного типу лікування в пацієнтів I-ої групи, ймовірно можна припустити шляхом дотримання частоти та кратності прийому медичних препаратів, результати на достовірність яких були проаналізовані після пройдених пацієнтами етапів анкетування.

РЕКОМЕНДАЦІ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ З ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ 2019 РОКУ, ЩО НОВОГО?

Гряділь Т.І., Чопей І.В., Чубірко К.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Вступ. Ожиріння – це не інфекційне захворювання, що набуло пандемічного поширення та при тривалому перебігу може спричиняти розвиток низки захворювань, таких як - цукровий діабет 2-го типу, гіпертонічної хвороби, дисліпідемії а також навіть бути причиною злоякісних новоутворень.

Мета. Проаналізувати та перейняти в практику кращі рекомендації Європейського товариства ендокринології (European Society of Endocrinology) 2019 року щодо менеджменту пацієнтів, в яких встановлений діагноз ожиріння.

Матеріали і методи. Матеріалом слугували рекомендації Європейського товариства ендокринології з ведення пацієнтів з ожирінням за 2019 рік. Якість доказів класифікується: як дуже низька (ДНД), низька якість доказів (НЯД), помірна якість доказів (ПЯД) та сильна якість (СЯД). Рекомендації, засновані на належній клінічній практиці та / або досвіді експертів, не оцінювались.

Результати та обговорення.

Антропометричні показники такі як: індекс маси тіла (ІМТ) та додаткове вимірювання окружності талії (ОТ) й надалі залишаються актуальними.

Рекомендації відводять особливу увагу дослідженні гормонального рівня в осіб з ожирінням. Пропонується знижувати вагу в осіб з ожирінням з метою нормалізації гормонального балансу. При цьому норми рівнів гормонів осіб з ожирінням такі як цілком здорових людей, що не мають ожиріння (ДНД).

Визначення рівнів гормонів щитовидної залози не обов'язковий у всіх осіб з ожирінням (ПЯД).

У випадку підвищеного рівня тиреотропного гормону (ТТГ), додатково пропонується визначити рівень вільного тироксину (Т4) та антитіла до тиреопероксидази (НЯД). Проте нема необхідності у базовому визначенні тиреотропіну (Т3) у випадку підвищеного рівня ТТГ.

У випадку поєднання гіпотиреозу (діагностичні критерії діагнозу: ↑ТТГ і вільний ↓Т4) з ожирінням необхідно здійснити комплексне лікування, не дивлячись на рівні антитіл (НЯД).

При умові діагнозу гіпертиреотропіємії (↑ТТГ і нормальний рівень вільного Т4), не бажано здійснювати лікування, що має на меті знизити масу тіла (НЯД).

Перед початком лікування в осіб з ожирінням слід звертати увагу на рівень ТТГ, тиреоїдних антитіл та вік пацієнта. При цьому немає доцільності в для кожного пацієнта з ожирінням оцінювати методом ультразвукової діагностики структуру щитовидної залози.

Відсутня необхідність в пацієнтів з ожирінням проводити комплекс аналізів на гіперкортицизм, проте у разі його виявлення слід здійснити біохімічне дослідження крові (НЯД).

У випадку біаріатричної операції необхідно в плановому порядку обстежити пацієнта на випадок гіперкортицизму.

Якщо пацієнт отримує лікування, що включає кортикостероїди, то їм не рекомендується виконувати діагностичне обстеження на гіперкортицизм. З метою діагностики гіперкортицизму рекомендації пропонують використовувати нічний супресивний тест із застосуванням 1 мг дексаметазону. У випадку позитивного результату, необхідне біохімічне дослідження сечі із визначенням рівня кортизолу протягом 24-годин чи визначення кортизолу в слині. В подальшому при умові верифікованого гіперкортицизму необхідно для всіх пацієнтів визначити рівні адренкортикотропного гормону (АКТГ) та використати подальші додаткові інструментальні методи дослідження, щоб ідентифікувати його причину та джерело. Проте лікування верифікованого ендогенного гіперкортицизму в більшості випадків не нормалізує ІМТ.

В чоловіків з ожирінням не доцільно здійснювати біохімічний аналіз з метою підтвердження гіпогонадізму, тому пропонується визначення та враховування клінічних проявів гіпогонадізму (НЯД). Лабораторно потрібно визначати рівень гормонів: тестостерону (загального та вільного); фолікулостимулюючого та лютеїнізуючого та глобуліну (що зв'язує статеві гормони). Пропонують використовувати високоспецифічні референтні значення тестостерону (ДНД).

При не досягненні цільового зменшення маси тіла та при збереженні клінічних симптомів та біохімічних показників гіпогонадізму, доцільно за показом розглянути в персоніфікованому порядку лікування тестостероном (ДНД). При відсутності клінічного покращення протягом 6–12 міс, слід зупинити лікування тестостероном (ДНД).

Не рекомендується лікування тестостероном в якості першої терапевтичної лінії у випадку гіпогонадізму у чоловіків із ожирінням, що прагнуть повернути фертильність (ДНД).

Необхідно досліджувати гормональний рівень у жінок з ожирінням та проблемами в менструальному циклі та ановуляцією чи безпліддям. Тому цій когорті жінок необхідно досліджувати рівні гормонів: фолікулостимулюючого, лютеїнізуючого, загального тестостерону; глобуліну (зв'язуючого статевих гормонів), пролактину; а також деяких попередників гормонів: андростендіону, естрадіолу, 17-гідропрогестерону. При поєднанні синдрому полікістозних яєчників та метаболічним синдромом слід почати терапію метформіном (НЯД). Відсутня доцільність назначення метформіну тільки з ціллю зменшити масу тіла в пацієнта (ДНД).

Відсутня доцільність у визначенні рівнів інсуліноподібний фактор росту-1 та соматотропний гормон в осіб з ожирінням (ДНД).

У випадку гіпопітуїтаризму необхідно дослідити рівні гормонів інсуліноподібний фактор росту-1 та соматотропного (ДНД).

Відсутня скринінгова необхідність у визначенні рівнів вітаміну D та рівнів греліну та лептину в пацієнтів з ожирінням (ДНД).

Пропонується розглянути вторинні причини гіпертонії в контексті стійкої до терапії гіпертонії при ожирінні.

Висновки. Рекомендації European Society of Endocrinology 2019 року будуть в нагоді практикуючим лікарям, використання яких значно покращить якість та доказовість надання медичної допомоги.

Формат 60x84/16. Папір офс.
Гарнітура Times New Roman Друк офс.
Ум.-друк. арк. 4.53. Обл.вид. арк. 5,02
Тираж 100 шт. Замовлення № 16

Видавництво «ФОП Сабов А.М.».
м. Ужгород, вул. Університетська, 21/220.
Тел./факс: (0321) 64-37-22.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4815 від 25.02.2015 р.
Друк «ФОП Сабов А.М.»,
тел. +38-050-43-22-437