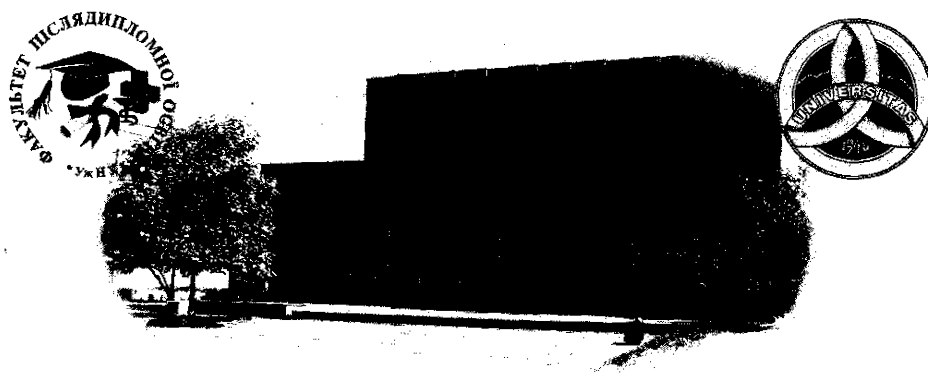


**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ**

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

**Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки**



Ужгород – 2019

РЕАБІЛІТАЦІЯ М'ЗІВ ТАЗОВОГО ДНА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ Пацкань І. І., Корсак В. В.	19
ПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ГОСТРИМ ГЕПАТИТОМ В Мицода Р.М.	20
ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ Ігнатко Л.В., Русановська О.В., Янковська А.О.	21
ОСНОВИ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2- ГО ТИПУ ПРИ СУПУТНЬОМУ ОЖИРІННІ Чубірко К.І., Гечко М.М., Гряділь Т.І., Чопей І.В., Пікіна І.Ю.	22
КОНТРОЛЬ СИМПТОМІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ЙМОВІРНОСТІ ЇЇ ЗАГОСТРЕНЬ ПРОТЯГОМ РОКУ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ СУПУТНЬОМУ ОЖИРІННІ Дебрецені К.О., Гечко М.М., Гряділь Т.І.	23
ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ НА ФОНІ ПРИЙОМУ ТОФАЦІТІНІБУ У ХВОРОЇ НЕСПЕЦИФІЧНИМ ВИРАЗКОВИМ КОЛІТОМ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК Чопей І.В., Варваринець А.В., Чубірко К.І.	25
МОДИФІКАЦІЯ СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЕРИТРОЦИТІВ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ Блага О.С., Товт-Коршинська М.І., Сухан В.С.	26
ВОНОПРАЗАН, ЯК НОВИЙ ЗАСІБ В ЛІКУВАННІ HELICOBACTER PYLORI АСОЦІЙОВАНОЇ ІНФЕКЦІЇ Чубірко К.І., Гнепа Я.Ю., Духович Т.В., Гряділь Т.І., Чопей І.В., Плоскіна В.Ю.	27
НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ Корсак В.В., Пацкань І.І.	28
РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ Пулик О. Р., Гирявець М.В.	29
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДЛЯ ОЦІНКИ ОНКООПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Жеро С.В., Готько Є.С., Ігнатко В.Я., Погорелова Н.Є.	30
НАРКОЗ В АМБУЛАТОРНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ Камлі Ю.Ю., Шитів Т.В.	31

конкурентного зв'язування з іонами K^+ даного ферменту що, в свою чергу, призводить до зниження як базальної, так і стимульованої секреції соляної кислоти і реалізує свій кислотознижуючий ефект.

Основний ефект від призначення вонопрозану:

В результаті ряду проведених досліджень в Японії було встановлено, що при використанні потрібної ерадикаційної терапії першої лінії (з амоксициліном і кларитроміцином) вонопрозан забезпечує кращу частоту ерадикації Н.Р. (близько 98%) ніж лансопрозол (приблизно 76%) у хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки.

Даний препарат доступний на ринку в Японії з грудня 2014 року. В Україні препарат очікується протягом найближчого року.

Висновки: Таким чином, синтезовано новий перспективний препарат з групи P-CABs, що має швидку та сильну інгібіторну дію, оскільки він не потребує активації кислотою і є стабільними в шлунку, що в свою чергу допомагає підвищити рівень ерадикації при лікуванні хелікобактерної інфекції.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ КЕСАРЕВИХ РОЗТИНІВ

Корсак В.В., Пацкань І.І.

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

Ключові слова: кесарський розтин, показання, критерії

Вступ: Кесаревий розтин в нашій країні проводиться по показанням з боку матері і плода, що не завжди дає змогу провести коректний аналіз в плані визначення факторів, які б об'єктивно впливали на частоту його виконання

Мета: Знизити рівень кесаревих розтинів за рахунок окремих груп вагітних на основі кваліфікаційної системи Робсона **Матеріали та методи:** проведено клініко-статистичний аналіз частоти і показань до оперативного розродження шляхом операції кесарського розтину за 2018 рік з позицій традиційної класифікації та системи Робсона. **Результати:** за 2018 рік у УМПБ відбулося 3633 родів, з них кесаревим розтином завершилося 1201 родів, що склало 33%. ВООЗ констатує, що статистично визначити і проаналізувати причини зростання питомої ваги кесаревого розтину практично неможливо. Детермінанти цього явища в кожному регіоні, в кожному акушерському колективі – різні. Значне зростання частоти кесарського розтину абсолютно не вплинуло на показник загальної перинатальної смертності, а захворюваності дітей в три рази вища, ніж у народжених через природні родові шляхи, $P < 0,05$. Аналіз структури показань до кесарського розтину з традиційних позицій показав, що відчутну питому вагу склали такі показання як рубець на матці, тазові передлежання плода, багатоплідні вагітності, аномалії родової діяльності, дистрес плода. Кваліфікаційна система Робсона налічує десять груп і визначає ймовірність потреби в операції конкретній пацієнтці, дає фактичний матеріал для відпрацювання стратегії на зниження частоти кесаревого розтину. Експертна оцінка показала, що до перших чотирьох груп, які формуються з уперше і

повторно народжуючих жінок з одноплідною вагітністю в головному передлежання плода в терміни вагітності ≥ 37 тижнів потрапило 49% вагітних – реальний контингент для роботи по удосконаленню якості рододопомоги і самореалізації фахівця. Перспективою зниження рівня кесаревого розтину є безпосередня зацікавленість як лікаря, так і пацієнтки. **Висновки.** 1. Необхідно враховувати специфіку свого контингенту пацієнтів з меншою увагою до «правильного» рівня кесаревого розтину 2. Зосередитися на найкращих рекомендаціях.

3. Відвідувати актуальні курси та тренінги.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Пулик О. Р., Гирявець М.В.

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

Ключові слова: півкульний ішемічний інсульт, реабілітація, магнітотерапія, СІМТ-терапія, неглект.

Вступ. Однією з найважливіших причин інвалідизації внаслідок інсульту є порушення функції руху. Рухові порушення різного ступеню вираженості спостерігаються у більшості пацієнтів (83%) відразу після інсульту і проявляються переважно у вигляді геміпарезу. Порушення функції руки зустрічається у трьох з чотирьох пацієнтів, які перенесли інсульт і тільки у кожного п'ятого спостерігається її повне відновлення. Важливою проблемою в реабілітації при порушенні руху є синдром однобічного сенсорного ігнорування (неглекту). Реабілітація хворих після церебрального інсульту базується на немедикаментозних методах впливу. Одним з відомих немедикаментозних методів впливу є метод фізіотерапії, зокрема магнітотерапії. Одним з ефективних методів кінезотерапії у хворих з руховими порушеннями після інсульту є СІМТ- терапія (constraint-induced movement therapy – терапія вимушеними руховими обмеженням). Поєднання в період реабілітаційного “вікна” магнітної стимуляції та СІМТ-терапії із метою корекції парезу та неглекту, поки не проводилася. Саме це і спонукало нас до проведення наступного дослідження.

Мета. Покращити відновлення рухового дефіциту у хворих після ішемічного інсульту при допомозі магнітної стимуляції в поєднанні із СІМТ-терапією.

Матеріали і методи. Дане дослідження виконувалось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом шести місяців 2018 року. У нашому дослідженні взяли участь 42 хворих, жителів м Ужгород, що перенесли правобічний півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав $61,1 \pm 1,1$ року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 21 хворих. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційні обстеження, функціональне обстеження із використанням Скандинавської шкали інсульту, шкалу оцінки