

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

Матеріали

77-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу «УжНУ»

**Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки**



Ужгород – 2023

Збірник матеріалів 77-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. Міцода Р.М.
- к. мед. н. Сухан В.С.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст та ілюстративний матеріал.

Рекомендовано до друку Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол №3 від 23 березня 2023 р.).

ЗМІСТ

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК ЗАКАРПАТТЯ Мицода Р. М., Калій В. В.	7
ЧИ ВПЛИНУЛА ПАНДЕМІЯ COVID-19 НА СТРУКТУРУ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ? Михалко Я.О., Кіш П.П., Карнафель М.П.	7
РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЖОВТЯНИЦІ Ілько А.В.	8
МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТУ «АНОТАЦІЇ» ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ BLENDER ДЛЯ СИМУЛЯЦІЇ ВІРТУАЛЬНОЇ ДОШКИ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ Михалко Я.О., Михалко А.Я., Михалко Г.Я.	10
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ПРЕДІАБЕТОМ Івачевська В.В., Івачевський М.М., Варваринець А.В.	11
ВИКОРИСТАННЯ ДИХАЛЬНОГО ХЕЛІК-ТЕСТУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI Фейса С.В., Рудакова С.В.	12
МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ У МЕДИЦИНІ Фейса І.І., Фейса Б.І.	13
НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ КЕРАТОПЛАСТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ КЕРАТОБІОІМПЛАНТУ Беляєв В.Д., Бондаренко Н.В., Коцан Ю.І., Гаврилів В.М., Довбиш М.С., Беляєв Д.В.	15
ГЕСТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС У ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ Бобик Ю.Ю.	16
ЧАТ-БОТИ: ДОПОМІЖНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЛІКАРЯ ЧИ КОНКУРЕНТ? Гряділь Т.І.	17
КВЕРЦЕТИН: НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ В КЛІНІЧНИЙ ПРАКТИЦІ Росул М.М., Корабельщикова М.О., Шерегій М.О., Іваньо Н.В.	19
РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПОЛІПЕКТОМІЇ ПОЛІПІВ РІЗНИХ РОЗМІРІВ ОБОДОВОЇ КИШКИ Братасюк А.М.	20
ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПРОТЯГОМ І ПІВРІЧЧЯ 2022 РОКУ В	

М. УЖГОРОДІ	
Іваньо Н.В., Росул М.М., Кошмякова Т.В., Корабельщикова М.О.	21
КОРОНАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ, 2023 РІК, ШТАМ КРАКЕН. ЩО ДАЛІ?	
Пікіна І.Ю., Курах А.В., Голуб О.Є., Гряділь Т.І.	22
РІДКІСНЕ УСКЛАДНЕННЯ КАШЛЮ: ДАНІ ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	
Рудакова С.О., Фейса С.В.	24
ЕЛАСТОМЕТРІЯ ТА СТЕАТОМЕТРІЯ ПЕЧІНКИ	
Фейса С.В., Пушкаренко О.А.	25
ПСИХОСОМАТИКА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА	
Сухан В.С.	26
ВИКОРИСТАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ПОЛЯНА КВАСОВА У ХВОРИХ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ	
Сухан В.С.	27
ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	
Сухан В.С.	28
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
Сухан В.С., Козодаєв С.П., Анталовці О.В., Менджул В.В., Марушка Я.І., Гедеш Ю.П.	29
ВСТАНОВЛЕННЯ СФЕРИ ДІЇ РЕЄСТРІВ ОПТОВО-ВІДПУСКНИХ ЦІН	
Гедеш Ю.П.	30
ПРАВОВІ ПІДСТАВИ ВІДМОВИ ВІД НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ	
Анталовці О.В.	32
ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРОС-ЛІНКІНГУ У ПАЦІЄНТІВ З КЕРАТОКОНУСОМ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
Беляєв В.Д., Бондаренко Н.В., Довбиш М.С., Беляєв Д.В., Лень М.В., Сабов В.В.	33
10-РІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДИФУЗНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ «ІНВЕРСІЙНОЮ» ТЕРАПІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Чубірко К.І., Чопей І.В.	34
МОДИФІКАЦІЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ДОГЛЯДУ ПРИ ПЛАНОВІЙ КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ: ПОКРАЩЕНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ (ERAS)	
Росул М.В.	38
ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЇ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПОСЕКРЕЦІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРИРОДНОЇ ГІДРОКАРБОНАТНОЇ НАТРІСВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ	
Дичка Л.В.	40

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРИ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ Гирявець М.В., Пулик О.Р., Блага О.С.....	41
ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ Фатула Ю.М., Купар В.В.	42
ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ Росул М.В., Фашинбавер І.О.....	43
МОЖЛИВОСТІ ІНТЕРВАЛЬНОГО ГОЛОДУВАННЯ В ЛІКУВАННІ ПРЕДІАБЕТУ ТА ОЖИРІННЯ Чубірко К.І., Гечко М.М., Чопей І.В., Гряділь Т.І.....	44
МРТ ЯК ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ОБСТЕЖЕННЯ ГРУДНИХ ЗАЛОЗ З ІМПЛАНТАМИ Стефанцова У.В., Лигирда В.В., Молнар А.Й., Ігнатко В.Я.....	45
МРТ В ДІАГНОСТИЦІ ІМПІДЖМЕНТ СИНДРОМУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА Лигирда В.В., Стефанцова У.В., Молнар А.Й., Ігнатко В.Я., Готько Є.С.	46
ПАРОНІХІЙ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ЛЕГЕНЬ EGFR ІНГІБИТОРАМИ Пригара Д.В., Готько Є.С., Жеро С.В., Ігнатко В.Я., Погорелова Н.Є., Молнар А.Й., Мельник М.І.	47
ОБГРУНТУВАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ПУХЛИН (GIST) Готько Є.С., Жеро С.В., Варга Л.Л., Росул М.В.....	48
ПЕРЕВАГИ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ Пацкань І. І., Корсак В. В.	50
ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГІПОВІТАМІНОЗУ Д Ігнатко Л.В., Ігнатко В.Я.....	52
ПРОФІЛАКТИКА ПАХОВОГО БОЛЮ ТА РЕЦИДИВУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ТАРР ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПАХОВОЇ КИЛИ Пацкань Б.М., Лавер О.П.	53
МЕНЕДЖМЕНТ В РОБОТІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ Рогач І.М., Керецман А.О., Рого О.Ю., Михалко Я.О.	54
ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Слабкий Г.О., Рогач І.М., Качала Л.О., Качала Т.В.....	56

ВПЛИВ ВІЙНИ З РФ НА ЧИННИКИ ПОВЕДІНКОВО-БІОЛОГІЧНОГО ХАРАКТЕРУ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Слабкий Г.О., Рогач І.М., Качала Л.О., Качала Т.В.....	57
МОТИВАЦІЯ ЯК АСПЕКТ МЕДИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ Керецман А.О., Рогач І.М., Качала Л.О., Михалко Я.О.	58
ЕТИКО-ЕСТЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРІВ Качала Л.О., Рогач І.М., Керецман А.О., Качала Т.В.	60
ПИТАННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ Слабкий Г.О., Рогач І.М., Качала Л.О., Качала Т.В. ·Фейса І.І.	62

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК ЗАКАРПАТТЯ

Міцода Р. М., Калій В. В.

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

Ключові слова: пологи, гнійно-запальні ускладнення, особливості.

Вступ: Незважаючи на стрімкий розвиток медичної науки, гнійно-запальні післяпологові ускладнення посідають чільне місце у структурі акушерської патології. США щорічно реєструється 750000 випадків сепсису. За даними Американського центру з контролю захворювань (Center for disease control – CDC), інфекційно-токсичний шок займає 13-тє місце серед причин смертності у країні.

Мета: провести аналіз гнійно-запальних післяпологових ускладнень протягом року на базі гінекологічного відділення КНП ЗОКЛ імені А. Новака.

Матеріали та методи: проведений аналіз випадків гнійно-запальних післяпологових ускладнень протягом року на базі гінекологічного відділення КНП ЗОКЛ імені А. Новака ЗОР. Статистична обробка результатів спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 6.0. Для оцінки достовірності даних використані – t-критерій Стьюдента в модифікації Амосова Н.М. та співавторів і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 5%.

Результати: Згідно аналізу, з даною патологією на стаціонарному лікуванні протягом року знаходилася 21 породілля. У 5 жінок (23,8%) проведена екстирпація матки з трубами з приводу розлитого перитоніту, сепсису, неспроможності післяопераційного шва та гематом тазу; у 14 (66,7%) лікування обмежалося корекцією антибактеріальної терапії та у 2 (9,5%) проведена евакуація залишків плідних оболонок.

Висновки: у лікарів регіону є недостатньою настороженість стосовно гнійно-запальних післяпологових ускладнень, що призводить до високого відсотку гістеректомій, що призводить до інвалідизації молодих жінок.

ЧИ ВПЛИНУЛА ПАНДЕМІЯ COVID-19 НА СТРУКТУРУ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ?

Михалко Я.О.¹, Кіш П.П.², Карнафель М.П.³

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

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

³КНП «Обласна клінічна інфекційна лікарня» Закарпатської обласної ради, м. Ужгород

Ключові слова: інфекції сечовивідних шляхів, COVID-19, E. coli

Вступ. Інфекція сечовивідних шляхів (ІСШ) є одним з найчастіших бактеріально-зумовлених захворювань, що трапляються в практиці лікарів

первинної ланки. Успішне лікування передбачає застосування антибактеріальних препаратів широкого спектру дії. Нажаль, досить часто має місце нераціональне застосування антибіотиків, що веде до зростання антибіотикорезистентності мікроорганізмів та зміни загальної структури збудників. Пандемія COVID-19, яка триває вже понад чотири роки призвела до суттєвого підвищення частоти призначень антибактеріальних препаратів, зокрема фторхінолонів та беталактамів, які використовуються при лікуванні ІСШ. З іншого боку, серед хворих на COVID-19 досить часто трапляються симптоми з боку сечовивідних шляхів. Таким чином, актуальним є питання аналізу зміни структури збудників ІСШ під час пандемії COVID-19.

Мета. Вивчення змін локальної структури збудників ІСШ під впливом пандемії COVID-19.

Матеріали та методи. В дослідження включено результати 129 та 173 зразків бактеріологічного дослідження сечі пацієнтів, які лікувалися з приводу позагоспітальної ІСШ в лікувальних закладах м. Ужгород у 2018 та 2021 рр. відповідно.

Результати. Як у 2018 так і у 2021 рр. основним збудником ІСШ серед дорослих та дітей була *E. coli*. Однак, у 2021 р. частота цього збудника була майже на 10% нижчою, порівняно з такою у 2018 р. (53,2% [95% довірчий інтервал (ДІ): 45,8-60,5] та 62,8% [95% ДІ: 53,7-70,2%] відповідно, $p > 0,05$). Водночас, частоти трапляння *E. faecalis*, *S. epidermidis* та *K. pneumoniae* майже не змінилися і становили 14,7% (95% ДІ: 9,5-21,8), 7,8% (95% ДІ: 4,1-13,7) та 5,4% (95% ДІ: 3,0-11,9) проти 16,2% (95% ДІ: 9,1-20,6), 11,0% (95% ДІ: 6,4-16,4) та 6,4% (95% ДІ: 2,8-10,5) у 2018 та 2021 рр. відповідно. При цьому, достовірної різниці між вказаними показниками виявлено не було ($p > 0,05$). Однак, серед дітей мало місце суттєве статистично вірогідне зниження частоти трапляння *E. coli* з 62,5%, (95% ДІ: 47,0-75,8) у 2018 р. до 25,0%, (95% ДІ: 12,7-43,4) у 2021 р. відповідно ($p < 0,05$). Це супроводжувалися зростанням частоти *E. faecalis* з 7,5% (95% ДІ: 1,9-20,6) до 28,6% (95% ДІ: 15,3-47,1) у 2018 та 2021 рр. відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. За період існування пандемії COVID-19 локальна структура збудників ІСШ у загальній популяції не змінилася. В той же час, у дітей знизилася частота трапляння *E. coli* за рахунок зростання частоти *E. faecalis*, що необхідно враховувати при емпіричному призначенні антибіотиків з приводу ІСШ у дитячій популяції.

РІДКІСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЖОВТЯНИЦІ

Ілько А.В.

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

Ключові слова: жовтяниця, хронічний вірусний гепатит С, білірубін.

Вступ. Із-за розпаду міоглобіну, гемоглобіну і цитохромів в ретикулоендотеліальній системі печінки і селезінки утворюється ряд сполук,

серед яких жовчний пігмент білірубін. Перевищення його вмісту у крові може вказувати на серйозну проблему печінки, системи кровотворення, жовчного міхура тощо. Часто це призводить до зміни кольору сечі. Проблеми з метаболізмом, порушення ліпідного обміну, діяльності серцево-судинної системи також можуть проявлятися жовтушним кольором шкіри.

Але деколи медична спільнота забуває, що пожовтіння шкіри може стати реакцією організму на продукти, що містять бета-каротин, із-за якого відбувається підвищена пігментація шкіри. Сюди слід віднести овочеві соки та салати з високим вмістом гарбуза, моркви, інших овочів та фруктів. Особливо дуже багато бета-каротину в сирій моркві, і велике її споживання може надати шкірі жовтий відтінок.

Мета: ознайомити лікарську спільноту про рідкісний випадок жовтяниці, важливість ретельного збору анамнезу життя хворих.

Матеріали та методи: пацієнтка В., 27 років, з вираженим жовтим зафарбленням шкіри, яке за інтенсивністю та характером нагадує щось середнє між кольором апельсину та моркви, сильна жовтушність видимих слизових оболонок (очей, язика, піднебіння).

Зібрано скарги, анамнез захворювання, анамнез життя. Серед використаних **методів дослідження**, поряд з повним об'єктивним обстеженням, пропонується увазі наступні: загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; біохімічне дослідження крові: аланінамінотрансфераза, аспаратамінотрансфераза, лужна фосфатаза, білірубін крові (загальний, прямий); ПЛР на віруси гепатиту В та С; ультразвукове дослідження печінки та селезінки.

Результати:

- *скарги* на пожовтіння, описане вище. Інших скарг не висунула;
- *анамнез життя* без особливостей, ніколи нічим не хворіла;
- *анамнез захворювання*: наростаюче пожовтіння шкірних покривів і слизових протягом 2 тижнів;
- *об'єктивне обстеження*: ніяких патологічних відхилень, окрім вищеописаного кольору шкіри та слизових оболонок, не виявлено;
- *додаткові методи*:
- загальний аналіз крові та сечі – N;
- АлТ, АсТ, лужна фосфатаза – N;
- білірубін крові – прямий 1 ммоль/л, загальний 18 ммоль/л;
- ПЛР – HCV +;
- УЗД – N.

Висновки:

1. Із-за *неретельно зібраного анамнезу* випущено, що пацієнтка щодня 3 р/д протягом тривалого часу вживає салат зі свіжої моркви (по 300 г на прийом).
2. *Діагноз*: хронічний вірусний гепатит С, фаза ремісії. Порушення обміну бета-каротину.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТУ «АНОТАЦІЇ» ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ BLENDER ДЛЯ СИМУЛЯЦІЇ ВІРТУАЛЬНОЇ ДОШКИ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Михалко Я.О.¹, Михалко А.Я.², Михалко Г.Я.²

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

²Ужгородська загальноосвітня школа I-III ступенів №12 Ужгородської міської ради Закарпатської області

Ключові слова: дистанційне навчання, Blender, віртуальна дошка, 3D моделювання

Вступ. Візуальне представлення інформаційного контенту є невід’ємною складовою якісного навчального процесу у вищій школі. Особливо це актуально при викладанні дисциплін медичного спрямування. Всі способи наочного представлення інформації можна умовно розділити на дві великі групи: статичні – демонстрація на занятті попередньо підготованих матеріалів (таблиць, постерів, презентацій, відео...) та динамічні – створення контенту безпосередньо під час навчання. При цьому, саме динамічний спосіб представлення контенту є чи не найбільш ефективним, оскільки передбачає не тільки представлення матеріалу для ознайомлення, але дозволяє зробити навчання інтерактивним.

Стрімкий розвиток цифрових технологій суттєво змінив парадигму викладання медичних дисциплін, що проявляється поступовим зміщенням акцентів у бік віртуалізації. Великою мірою цьому сприяла пандемія COVID-19, що змусила перейти навчальні заклади на дистанційне навчання, а, відтак змінювати стратегію викладання дисциплін та контролю знань. Особливої уваги в цьому аспекті заслуговують методи віртуальної симуляції традиційної дошки – чи не найстарішого способу динамічного представлення інформації в режимі реального часу. З цієї метою традиційно використовуються різні платні чи безкоштовні комп’ютерні програми (Paint, Photoshop, Krita та ін.) та онлайн-сервіси (Twiddla, Miro, Padlet та ін.). Проте, вимоги сьогодення диктують необхідність пошуку нових способів віртуального представлення інформації з широкими можливостями.

Мета: вивчення можливостей використання програми Blender в якості віртуальної дошки при викладанні медичних дисциплін.

Матеріали та методи. Було протестовано можливості та функціонал інструменту «Анотації» програмного комплексу Blender v 3.3.0, встановленого на персональному комп’ютері з процесором AMD Athlon 200GE 3.20 GHz з інтегрованою відеокартою Radeon Vega Graphics 3 та ОЗУ 8 Гб.

Результати. Кросплатформенне програмне середовище Blender позиціонується як безкоштовний аналог таких відомих програм для непараметричного тривимірного моделювання як 3DsMax, Cinema 4D, Autodesk Maya, ZBrush тощо. Крім цього, до беззаперечних переваг програми можна віднести її мультизадачність, адже вона містить інструменти для моделювання (полігонального, сплайнового, скульптингу), візуалізації, анімації, редагування відео, створення візуальних ефектів, текстурювання, ригінгу, підтримує безліч типів симуляцій. При цьому, вона займає мало місця на жорсткому диску,

невимоглива до конфігурації апаратного забезпечення, відзначається високою швидкістю роботи.

Особливої уваги заслуговує інструмент «Анотації», який дозволяє в рукописному режимі створювати написи, малювати діаграми, графіки та ін. Створені таким чином графічні елементи є двовимірними та містяться в одній площині. При цьому, можна створювати різні блоки анотацій, змінювати їх колір, прозорість та товщину ліній. В межах одного блоку окремі елементи можна «стирати» використовуючи інструмент «Резинка». Крім того, окремі блоки можна приховувати або видаляти. Широкі можливості масштабування зображення в головному вікні програми, а також можливість робити написи в трьох взаємно перпендикулярних площинах дозволяє, в кінцевому результаті отримати нескінченну віртуальну дошку. Важливим є те, що масштабування зображення супроводжується паралельним масштабуванням товщини лінії анотацій, що вигідно вирізняє дану програму з-поміж інших та полегшує подачу інформації в наочно структурованому вигляді. Найбільш ефективним є використання інструменту «Анотації» в поєднанні з графічним планшетом. Вікно програми може з легкістю транслюватися слухачам за допомогою стандартних інструментів програм, що використовуються при проведенні онлайн занять.

Висновки. Застосування інструменту «Анотації» дозволяє використовувати програму Blender в якості нескінченної віртуальної дошки для візуального представлення інформації в дистанційному режимі з додатковою можливістю імпорту або динамічного моделювання об'єктів під час проведення в дистанційному режимі.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ПРЕДІАБЕТОМ

Івачевська В.В.¹, Івачевський М.М.², Варваринець А.В.¹

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

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

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, предіабет, цитоліз.

Вступ: Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є лідируючою причиною розвитку криптогенного цирозу печінки, фактори ризику даного захворювання зустрічаються у 25% загальної популяції. Саме ж захворювання за їх наявності діагностують у приблизно 80 % випадків.

Мета: оцінити ефективність запропонованого лікування пацієнтів з НАЖХП та предіабетом.

Матеріали та методи: основну групу склали 55 пацієнтів з НАЖХП та предіабетом (група I), а контрольну – 30 практично здорових осіб (група II). Клінічне обстеження хворих проводилось із визначенням індексу маси тіла, а також включало дослідження показників вуглеводного і ліпідного обмінів. Пацієнтів, які були включені у дослідження, було поділено на групу Ia (n=28), які приймали омега-3 ПНЖК (1000 мг/д) та розувастатин (10 мг/д), а також

урсодезоксихолеву кислоту (10 мг/кг/д) та Іб групу (n=27), які, окрім розувастатину, не приймали лікарських засобів. Хворі обох груп, крім медикаментозної терапії, дотримувались дієтичних рекомендацій та підтримували належний рівень фізичної активності.

Результати: через 12 місяців лікування серед хворих Іа групи відмічалось зниження показників цитолізу: середнє значення рівня АЛТ вірогідно зменшилось на 17,03% від вихідного значення (p=0,03), зменшення середнього значення рівня АСТ склало 19,71% (p=0,02). При цьому середні значення показників цитолізу хворих даної групи статистично не відрізнялись від відповідних показників практично здорових осіб (p=0,12 та p=0,45 відповідно), що підтверджує ефективність запропонованого лікувального підходу. Серед пацієнтів Іб групи статистично вірогідної зміни даних показників не виявилось, окрім середнього значення рівня АЛТ. Відмічалось збільшення рівня АЛТ на 17,71% порівняно з показником на початку дослідження (p=0,04). Примітно те, що середні значення показників цитолізу у практично здорових осіб були вірогідно нижчими ніж у хворих Іб групи через 12 місяців терапії (p<0,01 та p=0,001 відповідно).

Висновки: Покращення показників цитолізу хворих на НАЖХП та предіабет, які виконували рекомендації щодо харчування та рівня фізичної активності, а також приймали омега-3 ПНЖК, розувастатин та урсодезоксихолеву кислоту, а також відсутність достовірної різниці між рівнем показників цитолізу практично здорових осіб, підтверджує ефективність запропонованого комплексного лікування НАЖХП у пацієнтів з предіабетом.

ВИКОРИСТАННЯ ДИХАЛЬНОГО ХЕЛІК-ТЕСТУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ІНФЕКЦІЇ HELICOBACTER PYLORI

Фейса С.В.^{1,2}, Рудакова С.В.¹

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

²ТОВ «Лікарня Експерт Закарпаття», м.Ужгород

Ключові слова: експрес-діагностика, швидкий тест, Helicobacter pylori, уреазне навантаження, дихальний тест, уреаза, карбамід

Вступ. Значна частина гастроентерологічної патології етіо-патогенетично пов'язана з інфікуванням пацієнта бактерією Helicobacter pylori (HP). В умовах сьогодення, коли ритм життя більшості з нас є надзвичайно напруженим, на особливу увагу в якості швидкої та ефективної неінвазивної діагностики заслуговують експрес-тести. У разі інфекції HP одним із таких тестів є дихальний аміачний Хелік-тест з уреазним навантаженням, ефективність якого більше 85%.

Мета: вивчити принцип дії тесту та впровадити його в практичну роботу.

Матеріали та методи: комплект для проведення експрес-тесту «HELIC АВТ».

Результати. Хелік-тест призначений для неінвазивної діагностики HP. Принцип дії тесту полягає у визначенні активності ферменту уреазу, що

виробляється бактерією НР в шлунку до і після прийому порції сечовини нормального ізотопного складу. Уреаза НР розщеплює карбамід, в результаті чого утворюються аміак і вуглекислий газ. У разі інфікування пацієнта НР при проходженні видихуваного повітря через індикаторну трубку утворюється аміак, який змінює колір індикатора. Методика тестування має 2 етапи і ґрунтується на порівнянні результатів. На першому етапі, який триває 6 хвилин, визначають вихідний, базальний рівень вмісту аміаку в повітрі, що видихує пацієнт. Виміряну у міліметрах протяжність зміненого кольору індикаторної трубки записують у реєстраційний бланк як базальний рівень. Після цього пацієнту дають випити розчин 0,5 г карбаміду в 50 мл питної води і переходять до другого етапу дослідження. Через 6 хвилин зчитують результат – це навантажувальний рівень (вміст аміаку в повітрі після навантаження карбамідом). Про інфікованість НР роблять висновок на основі порівняння показників: якщо різниця між навантажувальним та базальним рівнями більша за 3 мм – пацієнт інфікований НР (результат позитивний), якщо ж вона менша за 3 мм, то результат негативний.

Описаний тест впроваджений в практичну роботу ТОВ «Лікарня Експерт Закарпаття». За 2,5 місяці роботи виконано 50 перших експрес-досліджень, кожне з яких проводилося як додаткове до іншого (вже перевіреного) методу діагностики НР (швидкий уреазний тест із гастробіоптатом, патогістологічне дослідження слизової оболонки шлунка (OLGA/OLGIM), фекальний антигенний тест). З 50 проведених тестів розбіжності були у 2 осіб: 1 пацієнт мав позитивний фекальний НР-тест та негативний дихальний НР-тест (приріст 1 мм), ще 1 - негативний дихальний НР-тест у пацієнтки, в якій патогістологічне дослідження слизової оболонки шлунка виявило наявність НР. Розбіжностей між результатами дихального тесту та швидкого уреазного тесту з гастробіоптатом не виявлено.

Висновок. Таким чином, беручи до уваги неінвазивність, доступність, простоту, високу достовірність та швидке отримання результату, можна рекомендувати використання дихального Хелік-тесту в гастроентерології.

МАТЕМАТИЧНЕ МОДЕЛЮВАННЯ У МЕДИЦИНІ

Фейса І.І.¹, Фейса Б.І.²

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород

²Ужгородський науковий ліцей, м. Ужгород

Ключові слова: математичне моделювання, медицина, комп'ютерна програма, онлайн-калькулятор

Вступ. Математичне моделювання впевнено крокує в сучасному сьогоденні та використовується чи не в усіх галузях сучасної науки. Не є винятком і медицина, оскільки для детального вивчення процесів біосередовищ саме математичне моделювання використовуються разом з експериментальними дослідженнями.

Мета: огляд доступних публікацій про математичні моделі у медицині.

Матеріали та методи: огляд зроблено пошуковим сервером Google в україно- та англомовному сегментах Інтернету, за допомогою фільтрів з ключових слів.

Результати. Активне застосування математичного моделювання розпочалося із кінця ХХ століття. Вибір засобів моделювання для опису біологічних і медичних об'єктів залежить від індивідуальних знань фахівців та від специфіки конкретної ситуаційної задачі. У медицині є багато різноманітних задач, які для свого розв'язання вимагають застосування теорії математичного моделювання, тобто побудови математичних моделей та їх дослідження. Наприклад, математичні моделі прогнозу динаміки розвитку онкологічних захворювань; роботи систем кровообігу; інфаркту міокарда, які б пояснювали механізми його виникнення та закономірності його протікання; розрахунку наслідків черепно-мозкових травм; динаміки загоювання ран; динамічних процесів, що проходять у тілі людини при фізичних навантаженнях та ін. Останнім часом в медицині стали застосовуватися математичні моделі з анімацією – це дозволяє на моніторі спостерігати в пришвидшеному часі розвиток ряду захворювань. На порядку денному стоїть комп'ютерне моделювання хірургічних операцій, що дасть змогу передбачити їх хід і наслідки.

Математичні моделі, залежно від математичного апарату, що використовується, поділяються на певні класи. У медицині здебільшого використовують опис об'єктів і процесів за допомогою рівнянь. Якщо дослідника не цікавить розвиток процесів у часі (динаміка об'єктів), то використовують алгебраїчні рівняння. Такі моделі називають статичними. Якщо ж треба вивчити саме зміну системи в часі, то використовуються динамічні моделі, частіше за все диференційні рівняння. Переважна більшість процесів у медицині має складний нелінійний характер. Складність застосування математичних моделей у медицині зумовлена ефектами післядії, стохастичністю процесів та іншими факторами, деякі з яких передбачити неможливо. Медико-біологічним моделям притаманна специфічна властивість – їх синтетичний характер. Цей термін слід трактувати двояко, оскільки поняттю «синтетичний характер» властивий так званий дуалізм. З одного боку, медико-біологічна модель створюється на основі наукових досліджень із врахуванням психологічних та соціологічних особливостей. З іншої сторони, сучасна медична наука має тенденцію до синтезу, вбачаючи в цьому певну єдність експериментальної, інформаційної та імовірнісної парадигм. Сучасні математичні моделі покликані вирішувати саме проблеми міждисциплінарного характеру, що потребують комплексного вирішення із залученням фахівців різних сфер. Однією із надважливих особливостей таких моделей є те, що кожна з них є не остаточним результатом дослідження, а лише базовою (вихідною) точкою, яку використовують для подальшого аналітичного порівняння з іншими («змодельованими») результатами, тобто за допомогою моделі науковець має можливість проаналізувати зміну результату дослідження залежно від поведінки тих факторів, що впливають на об'єкт чи явище, що моделюється. На відміну від реальної ситуації, на моделі можна експериментувати, якраз в цьому й полягає головна цінність математичних моделей. У медичній інформатиці такі експерименти найчастіше виконуються з моделями, презентованими у

формальній математичній формі і представленими у вигляді задачі для розв'язання її з допомогою комп'ютера.

Висновки. Розвиток математичних моделей в медицині сприяє розширенню горизонтів пізнання, появі нових ефективних методів діагностики і лікування, створенню медичної техніки. Саме тому математичне моделювання слід активно впроваджувати в медичну науку та практику.

НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ КЕРАТОПЛАСТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ КЕРАТОБІОІМПЛАНТУ

**Беляєв В.Д., Бондаренко Н.В., Коцан Ю.І., Гаврилів В.М., Довбиш М.С.,
Беляєв Д.В.**

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

Ключові слова: Кератоконус, рогівка, кератобіоімплант, кератопластика.

Вступ: кератоконус залишається однією з найбільш складних для діагностики та лікування захворювань рогівки, яке виникає у молодих людей працездатного віку та, при відсутності лікування, може призвести до інвалідизації. Кератоконус – це прогресуюче захворювання, яке проявляється зміною топографії рогівки у вигляді зтоншення рогівки та зміни форми у вигляді конусу. На ранніх стадіях компенсацію патологічного процесу рогівки можна досягти за допомогою методики лікування крослінкінг. В 4-5 стадії кератоконусу єдиним методом лікування з метою збереження очного яблука та покращення зорових функцій є трансплантація рогівки - кератопластика.

Мета:

- впровадити в Закарпатській області кератопластику з використанням кератобіоімпланту (виробництва ДП «Біоімплант») в лікуванні пацієнтів з кератоконусом 4-5 ступені;

- оцінити ефективність проведення кератопластики з використанням кератобіоімпланту у пацієнтів з кератоконусом 4-5 ступені.

Матеріали та методи: пацієнт, з 4-5 стадією кератоконусу, якому було проведено: загальноклінічне обстеження, кератотопографію, оптичну когерентну топографію рогівки, підготовку до оперативного втручання, проведення кератопластики з імплантацією кератобіоімпланта (виробництва ДП «Біоімплант»), аналіз і обробка результатів кератопластики.

Результати: кератопластика з використанням кератобіоімпланту виробництва ДП «Біоімплант» у пацієнта з 4-5 стадією кератоконусу проводилась під місцевою анестезією на базі ТОВ «Закарпатський Центр Мікрохірургії Ока». Оперативне втручання та післяопераційний період проходив без ускладнень. В післяопераційному періоді трансплантат адаптований, прозорий, що призвело до підвищення гостроти зору у пацієнта з 0.06 н\к (до оперативного втручання) до 0.2 н\к (на 7 день після операції).

Висновки: кератопластика є єдиним та найефективнішим методом в лікуванні пацієнтів з 4-5 стадією кератоконусу. Сучасна техніка проведення кератопластики дозволяє проводити це оперативне втручання в амбулаторних

умовах. Методика кератопластики з використанням кератобіоімпланту безпечний та ефективний метод лікування пацієнтів з кератоконусом. В умовах військової агресії проти України проведення кератопластики в Закарпатській області дозволяє отримати висококваліфіковану допомогу пацієнтам з патологією рогівки з різних регіонів України.

ГЕСТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС У ЖІНОК ІЗ ОЖИРІННЯМ

Бобик Ю.Ю.

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

Ключові слова: гестаційний процес, ожиріння.

Вступ: останнім часом спостерігається значне збільшення поширеності ожиріння у світі. За даними ВООЗ, надмірну масу тіла має близько 1,5 млрд. дорослого населення світу. Окрім генетичних і демографічних факторів, все більший вплив на його розвиток має спосіб життя.

За різними даними, які наводять вітчизняні дослідники, 40–59% населення України має надмірну масу тіла, а 20–25 % – ожиріння, при чому жінки страждають на ожиріння приблизно у 1,5 разів частіше і близько 50% із них припадає на жінок репродуктивного віку. Це, в свою чергу, є суттєвим фактором ризику патологічного перебігу гестаційного процесу.

Мета: проаналізувати особливості перебігу гестаційного процесу у жінок із ожирінням.

Матеріали та методи: проаналізовано перебіг гестаційного процесу у 62 жінок, які розроджувалися у КНП «УМПБ» Ужгородської міської ради. У всіх вагітних за результатами вимірювання маси та зросту при взятті на облік із приводу вагітності обраховували ІМТ за формулою Кетле та оцінювали ступінь ожиріння за критеріями ВООЗ.

До основної групи увійшло 32 вагітні із ожирінням, контрольну групу склали 30 здорових першовагітних жінок із фізіологічним перебігом вагітності та нормальним ІМТ.

Результати: у основній групі ожиріння 1 ступеня було діагностовано у 17 (53,12%) вагітних, 2 ступеня – у 12 (28,13%) і 3 ступеня – у 6 (18,75%) жінок.

Встановлено, що найпоширенішим ускладненням вагітності у пацієток із ожирінням були гестози (у 59,38%, а у контрольній – у 13,33% випадків, $p < 0,05$), зокрема, першої половини вагітності у 5 (18,75%) проти 2 (6,66%). Прееклампсія ускладнила перебіг вагітності у 14 (43,75%) випадків, $p < 0,05$. Варто відмітити, що частота помірної прееклампсії серед обстежених нами жінок складала відповідно 37,50% і 10,00% ($p < 0,05$), в той час як важка спостерігалася у 2 (6,25%) вагітних тільки основної групи ($p > 0,05$).

Другим за частотою ускладненням у жінок із ожирінням була загроза переривання вагітності (у 12 (37,50%) основної групи і 2 (6,66%) у контрольній групі, $p < 0,05$).

Перебіг пологів у вагітних основної групи також був ускладнений порівняно із контрольною групою.

Так слабкість пологової діяльності була відмічена у 13 (40,63%) пацієнток основної групи проти 2 (6,66%) у контрольній групі, $p < 0,05$. Оперативне родорозрішення шляхом кесаревого розтину було проведено у 15 (46,88%) жінок із ожирінням ($p < 0,05$): у 4 (12,50%) планово та у 11 (34,38%) в ургентному порядку.

Показами для проведення планового кесаревого розтину був крупний плід, сідничне передлежання та неспроможність рубця на матці; для ургентного кесаревого розтину – дистрес плоду (у 7 (21,88%) тільки пацієнток основної групи, $p > 0,05$); діабетична фетопатія за результатами УЗД, неефективність лікування преєклампсії та передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.

Післяпологовий період у 5 (15,63%) породіль основної групи ускладнився патологічною крововтратою (у 3 після кесаревого розтину і у 2 – після вагінальних пологів), субінволюцією матки та ендометритом – у 3 (9,38%) випадках.

У 1 (3,13%) випадку у основній групі спостерігалася антенатальна загибель плода. Макросомія мала місце у 13 (40,63%) новонароджених проти 2 (6,66%) – у контрольній ($p < 0,05$).

У новонароджених від жінок із ожирінням спостерігалася статистично достовірно вища частота антенатальних та постнатальних ускладнень порівняно із аналогічними показниками у контрольній групі. Так, 10 (31,25%) дітей у основній групі народилося у стані асфіксії; діабетична фетопатія відмічалася у 8 (25,00%) новонароджених; у 9 (28,13%) із них спостерігалася ішемічно-гіпоксичне ураження ЦНС; у 8 (25,00%) – кон'югаційна жовтяниця.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що ожиріння підвищує ризик патологічного перебігу гестаційного процесу і негативно впливає на здоров'я новонароджених, що вимагає особливої уваги акушер-гінекологів при веденні таких пацієнток.

ЧАТ-БОТИ: ДОПОМІЖНИЙ ІНСТРУМЕНТ ЛІКАРЯ ЧИ КОНКУРЕНТ?

Гряділь Т.І.

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

Ключові слова: чатбот, алгоритм, штучний інтелект, лікар

Вступ. Чат-бот (ЧБ) – це інструмент програмного забезпечення, який дозволяє завдяки закладеним алгоритмам та базам даним, як надавати так і збирати інформацію, при цьому інтерактивно взаємодіючи із користувачем. В останні десятиліття, завдяки своїй зручності роботи та інтеграції, вони набули значної поширеності: від банківської сфери, сфери продажу та до медичної сфери.

Мета. Проаналізувати місце ЧБ в практичній діяльності лікаря.

Матеріали та методи: Бібліографічний пошук інформаційних матеріалів, статей здійснювався у наступних базах даних: «Google Akademy», «Cochrane

Library», «Scopus», «Web of Science». Розроблене програмне забезпечення – чат бот «Anamnesis+».

Результати: Авторською групою був розроблений ЧБ «Anamnesis +», мета якого – збір медичного анамнезу на основі найпоширеніших запитань згідно алгоритмів діагностики протоколів Міністерства охорони здоров'я України, тим самим скоротивши час лікаря для збору анамнезу та допомогти пацієнту конкретизувати власні скарги, цим самим скоротивши час витрачений лікарем на збір анамнезу та скоротивши час завантаженості медичного працівника в лікувальному закладі. Наразі ЧБ допрацьовується, зокрема бази даних питань та проводиться тестування, як на пацієнтах так і на лікарях. «Anamnesis +» був представлений на фіналі конкурсу «Стартап – «УЖНУ»: інноваційні ідеї, що надаватимуть перемогу!» (грудень 2022 року).

Було проаналізовано дані про роботу наступних ЧБ, що орієнтовані на медичну сферу діяльності: Your.MD, Sensely, Buoy Health, Infermedica, Florence, Babylon Health. Кожен із названих ЧБ має свої нюанси, одні ЧБ орієнтовані на взаємодію тільки із пацієнтами, інші на взаємодію поєднання взаємодії як лікарів та пацієнтів, одні працюють тільки із текстом, інші мають в своєму наборі взаємодію як за допомогою аудіо, фото так і відео, одні вже набули локального поширення, інші все ще перебувають на стадії стартапу. Жоден із вище вказаних ЧБ все ще не може повністю замінити збір анамнезу лікаря та надання фінальних лікувальних чи профілактичних рекомендацій, яких не потрібно опісля верифікувати лікуючим лікарем пацієнта. Між тим, поки залишається відкритим питання можливості інтеграції даних з ЧБ до українських електронних медичних інформаційних систем, які включено до Центральної бази даних Електронної системи охорони здоров'я, а також вдосконалення законодавчого поля України щодо правових аспектів регламентування користування ЧБ в медичних цілях.

В останні місяці 2022 року набув великої популярності ЧБ ChatGPT, котрий завдяки алгоритмам із штучним інтелектом створений лабораторією OpenAI. Він оптимізований для ведення діалогів та завдяки технікам навчання з «учителем» шляхом отримання зворотнього зв'язку та «навчання з підкріпленням». Свою популярність здобув завдяки вмінні генерувати унікальні тексти, які неможливо було відрізнити від тексту, що був написаний людиною, при цьому відсутні елементи плагіату. Лідери думок, його називають прямим конкурентом пошукової системи Google. Натомість Microsoft вже зацікавлений внести інвестиції в цей проєкт та інтегрувати його в пошукову систему Bing. На даний момент цей сервіс не доступний в Україні, внаслідок чого вивчення його в повній мірі потенціалу наразі неможливо.

Висновки. Попри те, що ЧБ з кожним роком користується все більше людей, в повній мірі замінити спеціаліста наразі вони не можуть. Головна їх ціль – оптимізація часу при вирішенні типових питань та фільтр користувачів перед контактом із спеціалістом відповідного профілю, а також накопичення баз даних. Активний розвиток штучного інтелекту та швидка обробка великих баз даних в останні роки, дозволяють закладеним алгоритмам генерувати з високою імовірністю достовірну інформацію, при цьому остання все ж ще повинна бути верифікована компетентною людиною. Адже відповіді не завжди правильні, а

іноді абсолютно невірні (одною з причин цього є те, що штучний інтелект запрограмовано давати такі відповіді, які здаються людям правильними, але це не завжди збігається з дійсністю).

КВЕРЦЕТИН: НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

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

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

Ключові слова: кверцетин, COVID-19, серцево-судинна патологія.

Вступ. Кверцетин – один з найбільш поширених біологічно активних флавоноїдів, характеризується низкою позитивних ефектів: проявляє антиоксидантну, імуномоделюючу, протизапальну, антиалергічну, нейропротекторну, кардіопротекторну дію тощо. Однак дані про противірусну дію кверцетину сьогодні набувають особливої актуальності.

Мета. Дослідити можливості використання кверцетину в складі комплексного лікування коронавірусної інфекції (COVID-19) у пацієнтів із супутньою серцево-судинною патологією.

Матеріали та методи. Аналіз результатів існуючих досліджень з питання вивчення підвищення ефективності лікування COVID-19 шляхом додавання кверцетину до комплексної терапії.

Результати. У ряді експериментальних досліджень доведена висока активність кверцетину проти вірусу грипу А, вірусу гепатиту С, ентеровірусів. Також він продемонстрував свою здатність пригнічувати проникнення SARS-CoV в тканини більш ніж на 80% та знижувати імовірність інвазії SARS-CoV-2 (збудника COVID-19) до клітини з наступною реплікацією. Включення кверцетину до схеми комплексного лікування хворих на COVID-19 мало значний позитивний ефект (Шанхайські керівні принципи). Це сприяло суттєвому зменшенню частоти розвитку небезпечних ускладнень у хворих старшої вікової категорії. Існуючі на сьогодні дані щодо органопротекторних властивостей кверцетину (кардіопротекторна, нефропротекторна, гастропротекторна, нейропротекторна дія тощо) дозволяють його рекомендувати пацієнтам із супутньою серцево-судинною патологією, оскільки у них часто розвиваються серцево-судинні ускладнення, гепатотоксичність і нефротоксичність, які є наслідком як власне коронавірусної інфекції, так і є результатом застосування у лікуванні COVID-19 певних медикаментозних засобів. Також важливо підкреслити здатність кверцетину пригнічувати синтез тромбоксану та сповільнювати агрегацію тромбоцитів, а, отже, запобігати внутрішньосудинному тромбоутворенню. Цей флавоноїд виявляє протекторну дію на ендотелій судин і здатний запобігати розвитку ендотеліальної дисфункції. Слід відзначити і доведену в ході експериментальних та клінічних досліджень низьку токсичність кверцетину.

Висновки. Наведені дані свідчать про перспективність проведення подальших багатоцентрових клінічних досліджень, що дало б змогу більш

глибше дослідити питання ефективності та підвищення безпечності лікування COVID-19 шляхом застосування препаратів кверцетину в комплексній терапії у хворих із супутньою серцево-судинною патологією.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПОЛІПЕКТОМІЇ ПОЛІПІВ РІЗНИХ РОЗМІРІВ ОБОДОВОЇ КИШКИ

Братасюк А.М.

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

Ключові слова: ободова кишка, поліпи, поліпектомія

Вступ. Малі (<10 мм) і/або мініатюрні (<6 мм) поліпи містять дисплазію високого ступеня або рак у 0,3-5% випадків. Рекомендовано видаляти всі поліпи. На думку експертів, ендоскопія високої чіткості в білому світлі та віртуальна хромоендоскопія можуть досягти точності понад 90% у розрізненні гіперпластичної та аденоматозної патології. Поліпи можна повністю видалити за допомогою петель, але не за допомогою щипців. Найбільш безпечною та ефективною для невеликих поліпів виявилася техніка холодного захоплення.

Складний поліп — це будь-яке плоске або виступаюче ураження слизової оболонки ободової кишки, яке через розмір, форму або розташування ускладнює його видалення. Поліпи розміром >15 мм, мають велику ніжку, плоскі та витягнуті, їх важко побачити або розташовані в сліпій кишці чи будь-якій частині ободової кишки, особливо в області кутів та сліпій кишці, слід завжди вважати важкою.

Мета:

- запобігти можливим ускладненням після проведення поліпектомії;
- допомогти вибрати правильну техніку проведення поліпектомії.

Матеріали та методи: провели аналіз поліпектомій в ендоскопічному кабінеті КНП "Ужгородська міська багатопрофільна клінічна лікарня" за останні 5 років.

Результати: Постполіпектомічні ускладнення частіше виникають при наявності складних поліпів. Тому, можемо запропонувати кілька корисних рекомендацій щодо запобігання можливих ускладнень під час видалення таких поліпів.

Перш ніж накласти на поліп петлю, важливо розмістити поліп у правильному положенні. Ендоскопіст повинен пам'ятати, що інструментарій виходить з колоноскопа в положенні «5 або 6 годин», в залежності від моделі колоноскопа. Таким чином, поліп повинен бути розміщений у нижньому полі ендоскопічного огляду, між положенням 5 та 6 годин. Крім того, потрібно видалити будь-які залишки з цільової області, в межах здорових тканин, щоб покращити прогноз. Якщо товста кишка підготовлена неадекватно, ми рекомендуємо повторити колоноскопію іншим разом. Хоча в даний час частота перфорації товстої кишки після поліпектомії є незначною, наявність калу, безумовно, погіршить будь-який перитоніт. Також, аспірація повітря після видалення поліпів, також зменшить тиск на стінку та дозволить краще захопити поліп.

Висновок: таки чином, адекватна підготовка пацієнта, правильне розташування ендоскопа, видалення поліпу в межах здорової тканини, а також зменшення внутрішньокішкового тиску, не тільки значно зменшить ризик виникнення ускладнень після поліпектомії, але і суттєво зменшить ризик рецидиву виникнення поліпу.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ПРОТЯГОМ І ПІВРІЧЧЯ 2022 РОКУ 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: внутрішньо переміщені особи, серцево-судинна система, захворювання.

Вступ. З лютого 2022 року в Україні за рахунок агресії Російської Федерації з'явилась велика кількість українців, які вимушено покинули домівки через обстріли, руйнування осель, ведення активних бойових дій та отримали статус внутрішньо переміщених осіб(ВПО). ВПО є вразливими до багатьох неінфекційних хвороб, серед яких і серцево-судинні захворювання.

Мета. Виявити особливості кардіологічної патології у хворих ВПО протягом I півріччя 2022 р в м. Ужгороді.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі КНП «Ужгородська міська поліклініка» Ужгородської міської ради. Обстежено 57 хворих ВПО, які звернулись за медичною допомогою з різною кардіологічною патологією. Всі хворі були оглянуті клінічно, визначався рівень офісного артеріального тиску, проведено інструментальне дослідження – ЕКГ, Ехо-КС(при необхідності), призначено лабораторне обстеження. Проводився аналіз лікування, яке приймали/не приймали хворі, досліджувались причини припинення прийому призначеного раніше лікування. При необхідності всім хворим проводилась корекція лікування згідно існуючих стандартів.

Результати. З 57 хворих ВПО 31 хворий, що склало 54% всіх хворих, були особи жіночої статі, інші 26 хворих або 46% були відповідно особи чоловічої статі. До 40 років було оглянуто 14 хворих, що склало 25% всіх хворих, в віці 41-50 рр – 6 хворих або 10%, в віці 51-60 рр – 25 хворих або 44%, в віці 61-70 рр – 9 хворих або 16%, в віці 71-80 рр – 3 хворих або 5%.Таким чином основна маса хворих була після 50 років, що склало 65% всіх хворих.

Домінуючою патологією у хворих із числа ВПО була артеріальна гіпертензія (АГ). Всього було зареєстровано 42 хворих, що склало 74%, з АГ I, II, III стадії, а також в поєднанні з ІХС. Цікаво, що у 5 хворих або у 12% всіх хворих з АГ, підвищений тиск був виявлений вперше в житті. Всі хворі звернулись за медичною допомогою в зв'язку з незадовільним самопочуттям або наявними неускладненими гіпертензивними кризами, що було пов'язано зі стресом на фоні воєнного стану, відсутністю доступу до антигіпертензивних препаратів, які

використовувалися раніше, вимушеним припиненням лікування в зв'язку з воєнним станом, фінансовими проблемами.

10 хворих із числа ВПО, або 18% всіх хворих, мали різні форми ІХС. Дестабілізація протікання захворювання також була обумовлена вище згаданими причинами. Найменша прихильність з боку хворих із призначених медикаментів була зареєстрована до гіполіпідемічної терапії. У одного хворого, що склало 10% всіх хворих з ІХС, було виявлено гострий інфаркт міокарда, з приводу якого він знаходився на стаціонарному лікуванні за місцем переміщення і отримав сучасне адекватне лікування згідно існуючих стандартів.

5 хворих, що склало 9% всіх хворих, звернулись за медичною допомогою в зв'язку з некоронарогенними захворюваннями, пов'язаними з проведеним раніше оперативним лікуванням – протезуванням клапанів серця. Цікаво, що всі хворі продовжували прийом призначених раніше антикоагулянтних засобів і потребували тільки контролю або корекції дози.

Всім хворим із числа ВПО була проведена оцінка оптимальності лікування та проведена її корекція, при необхідності з застосуванням програми «Доступні ліки».

Висновки: ВПО вразливі до багатьох хвороб і, в першу чергу, до захворювань серцево-судинної системи. Серед ВПО переважали хворі в віці після 50 років. Більшість хворих з захворюваннями серцево-судинної системи мали дестабілізацію хронічно протікаючого захворювання і в першу чергу це стосувалось хворих з АГ та ІХС. При обстеженні ВПО були виявлені хворі з раніше не діагностованими захворюваннями. Використання існуючих стандартів діагностики та лікування захворювань серцево-судинної системи навіть в умовах воєнного стану є доцільним та не викликає сумнівів.

КОРОНАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ, 2023 РІК, ШТАМ КРАКЕН. ЩО ДАЛІ?

Пікіна І.Ю.¹, Курах А.В.², Голуб О.Є.¹, Гряділь Т.І.¹

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

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

Ключові слова: коронавірусна інфекція, пандемія, штам, штами, кракен, омікрон, діагностика, вакцинація, прогнозування.

Вступ. Вже з 1968 року людство відкрило нову родину вірусів— Coronaviridae. В 2002 році SARS-CoV в Китаї, став причиною спалаху важкого гострого респіраторного синдрому (TORS). 2012 рік коронавірус MERS-CoV став причиною респіраторного синдрому Середнього Сходу (MERS).

Натомість на кінець 2019 року було ідентифіковано SARS-CoV2 – новий штам коронавірусу, що став причиною початку пандемії коронавірусної інфекції (КІ) 2019 році (COVID-19), початок якої офіційно вважають місто Ухань, що в Китайській народній республіці.

Мета. Проаналізувати тенденції КІ в 2023 році.

Матеріали та методи: Проаналізовано 17 публікацій із баз даних «Google Academy», «Scopus».

Результати: Початок пандемії КІ ознаменував появу штамів, які приносили нові та все більш заразніші та домінантні варіанти. Із початку пандемії наразі офіційно інфіковано на КІ понад 672 млн осіб, з них померли 6,7 млн осіб. Для позначення британського варіанту коронавірусу обрали назву «Альфа», для південноафриканського – «Бета», а для індійського – «Дельта», варіант під назвою «В.1.1.529» або «Омікрон». Умовно можна виділити декілька хвиль КІ у світі: 1-ша - жовтень 2020 по лютий 2021 року, 2-га - березень-травень 2021 року, 3-тя - липень-вересень 2021 року, 4-та хвиля - листопад 2021 року по квітень 2022 року, 5-та хвиля - червень - вересень 2022 року, 6-та хвиля - листопад 2022 року - січень 2023 року. Поруч з цим в грудні 2022 року після скасування діючих майже три роки обмеження в КНР, КІ виявили у 250 мільйонів осіб, що спровокувало обмеження на в'їзд туристів з Китаю. Слід відмітити, що таке стрімке поширення КІ в КНР спричинене як неефективними методами стримування – карантинними нокдаунами (політика «нульового ковіду»), так і застосування низько ефективної «власного виробництва» вакцини – CoronaVac, в порівнянні із більш ефективними Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine чи Moderna mRNA-1273 vaccine тощо, які не представлені на ринку в КНР.

За даними Our World In Data is a project of the Global Change Data Lab, a registered charity in England and Wales станом на січень 2023 року, близько 69,3% населення світу отримали принаймні одну дозу вакцини проти COVID-19, натомість у всьому світі було введено 13,22 мільярда доз, а зараз вводиться 1,85 мільйона доз щодня, натомість 26% людей у країнах з низьким рівнем доходу отримали принаймні одну дозу. Поточна статистика по вакцинації на 18.01.2023 в Україні: кількість вакцинованих - 15 729 617, повністю вакциновано - 18 201 112 (36,96%), бустерна доза - 724 557 (1,76 %), додаткова доза - 28 024 (0,07%), всього вакцинацій - 31 683 310.

В 2023 році стало відомо про субваріант «Омікрона» - ХВВ.1.5 «Кракен», котрий має тенденцію до набуття домінантного, адже за даними ВООЗ його вже зафіксували в 29 країнах світу. Існують дані про те, що він у п'ять разів швидше передається, ніж перша варіація «Омікрон». Згідно останніх даних заразими стають особи за один-два дні до появи симптомів і протягом тижня після цього, натомість симптоми після контакту із хворим можуть проявитись лише через 5 днів. Типові симптоми для ХВВ.1.5 "Кракен": кашель, біль у горлі, закладеність носа, загальна втома. За даними ВООЗ «Кракен» набагато краще уникає імунітету, тому більшість експертів вважають, що особи які вже переохворіли на коронавірус з великою ймовірністю переохворіють вже цим штамом знову. Проте є дані, що цей спалах нових випадків "Кракен" не досягне масштабів попередніх хвиль.

Висновки. Не дивлячись на успішні кроки щодо боротьби з КІ – широкою вакцинацією населення Земної кулі, людство кожного року стикається все з новими та агресивнішими штамми, які все ефективніше уникають протидії імунітету. Тенденції еволюції штамів коронавірусу свідчить про те, що пандемія КІ все ще далека від свого завершення.

РІДКІСНЕ УСКЛАДНЕННЯ КАШЛЮ: ДАНІ ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Рудакова С.О., Фейса С.В.

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

Ключові слова: кашель, перелом ребер.

Вступ: Кашель представляє собою складну фізіологічну відповідну реакцію організму, яка захищає дихальні шляхи від патологічного секрету та сторонніх тіл, але може супроводжуватися ускладненнями. При сильному та частому кашлі можуть спостерігатися блювання, кровохаркання, аритмії, нетримання сечі, втрата свідомості, пневмоторакс, грижа, випадіння прямої кишки, надрид вуздечки язика, субкон'юнктивальні крововиливи, неврологічні ускладнення (переважно у дітей).

Мета: Проаналізувати дані публікацій з можливих ускладнень кашлю та націлити практикуючих лікарів щодо їх діагностики.

Матеріали і методи: Огляд літературних джерел, власний досвід з двох клінічних випадків.

Результати: Рідкісним ускладненням сильного нападаподібного кашлю є переломи ребер і розрив діафрагми, а також розвиток трансдіафрагмальної грижі. Переломи ребер при кашлі виникають двома шляхами. Перший – внаслідок впливу надмірної сили м'язового скорочення на ребро (найбільш вразливі ділянки – середня третина з V по X ребро), другий – одночасне скорочення м'язів-антагоністів. Спонтанні переломи ребер внаслідок сильного кашлю описані при загостренні бронхіальної астми, хронічного обструктивного захворювання легень, у пацієнтів на пневмонію, кашлюк, гостру респіраторну вірусну інфекцію. У більшості випадків переломи ребер при сильному кашлі виникають у людей старшого віку, але описані випадки і у молодих. 85% спостережень свідчить про те, що переломи ребер виникають на тлі тривалого кашлю (до 3-х і більше тижнів), хоча можуть бути наслідком єдиного кашльового нападу. Найбільш часто вражаються середні ребра вздовж латеральної поверхні грудної клітки. Основним діагностичним методом є рентгенографія, в той же час описані випадки стресових переломів ребер, викликаних кашлем, коли стандартна рентгенографія грудної клітки та ребер була неінформативною. В таких ситуаціях діагностично значущими були спіральна комп'ютерна томографія та скінтиграфія кісток.

Вперше у власній практиці, протягом року були два клінічних випадки атравматичних переломів ребер. У жінки 32 років та чоловіка 37 років з діагнозом пневмонії при проведенні контрольної рентгенографії органів грудної клітки діагностовано переломи ребер, що стало причиною «здивування», в першу чергу, хворих. В обох випадках у пацієнтів в анамнезі не було ні травм, ні хронічної патології, але мав місце сильний нападаподібний кашель і біль в грудній клітці, пов'язаний з диханням.

Висновки: Не дивлячись на те, що переломи ребер є вкрай рідкісним ускладненням кашлю, при виникненні гострого болю в грудній клітці відразу після кашлю слід запідозрити спонтанні (в т.ч. патологічні) переломи ребер. Радіологічна діагностика (рентгенографія, комп'ютерна томографія) дозволяє виявити дане ускладнення. Слід пам'ятати, що переломи ребер, спричинені сильним кашлем, можуть траплятися і при нормальній щільності кісток, але дане ускладнення в ряді випадків потребує діагностичних заходів з метою виявлення патології, при котрій вражається кісткова тканина (остеопороз, остеопенія, неопластичні процеси тощо).

ЕЛАСТОМЕТРІЯ ТА СТЕАТОМЕТРІЯ ПЕЧІНКИ

Фейса С.В.¹, Пушкаренко О.А.²

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

²ДВНЗ «УжНУ», медичний факультет, кафедра дитячих хвороб, м. Ужгород

Ключові слова: еластометрія, еластографія транзйентна, еластографія зсувної хвилі, APRI-еластографія, двох-вимірна еластографія зсувної хвилі (2D SWE), стеатометрія, неалкогольна (метаболічно-асоційована) жирова хвороба печінки

Вступ. Ультразвукові технології дослідження печінки є неінвазивними, безболісними та доступними методиками, що дають можливість візуалізувати і кількісно оцінити ступінь фіброзу та стеатозу в печінковій тканині. Такі властивості дозволяють вважати еластографію й стеатометрію достойною альтернативою біопсії печінки.

Мета: огляд доступних публікацій про еластографію та стеатометрію.

Матеріали та методи: огляд зроблено пошуковим сервером Google в україно- та англомовному сегментах Інтернету.

Результати. Ультразвукова еластографія (соноеластографія) - це нова динамічна ультразвукова технологія, яка дозволяє вивчити ступінь пружної деформації м'яких тканин організму. Кількісною мірою деформації є модуль Юнга. Еластографія (ЕГ) дає можливість графічно візуалізувати об'єкт, а еластометрія кількісно оцінює жорсткість органу (в кПа або м/с).

Розрізняють такі методи ультразвукової еластографії: 1) компресійна (статична) соноеластографія, недоліком якої є залежність значення досліджуваної величини від тиску датчика, та 2) зсувно-хвильова ЕГ або ЕГ зсувної хвилі, що оцінює модуль Юнга тканин за швидкістю поширення поперечної хвилі в досліджуваних органах. При цьому генерувати хвилю всередині печінки можна механічним шляхом - транзйентна еластографія (ТЕГ) або акустичним імпульсом – метод ARFI (імпульс акустичної сили випромінювання) та метод двох-вимірної еластографії зсувної хвилі (2D SWE - two dimensional shear wave elastography). ТЕГ дозволяє отримати одновимірне (лінійне) відображення жорсткості тканини. Найбільш удосконаленою методикою ЕГ вважається двох-вимірна еластографія зсувної хвилі (2D SWE), що фокусує множинні поштовхові імпульси на різній глибині в тканині, в результаті чого генеруються зсувні хвилі, які проникають всередині тканини

поперечно до поштовхових акустичних імпульсів. На жорсткість печінки при ЕГ впливають такі чинники: розростання сполучної тканини (фіброз), запалення паренхіми (набряк, клітинна інфільтрація, зміна васкуляризації), застійна печінка, внутрішньопечінковий холестаза, метаболічні ураження печінки (жировий гепатоз, стеатоз, хвороби накопичення). За шкалою METAVIR розрізняють 4 стадії фіброзу F0-F4.

Ще одним методом дослідження печінки за допомогою ультразвуку є стеатометрія – кількісна оцінка наявності жирових включень (стеатозу) в гепатоцитах з використанням звукових хвиль. В основі методу лежить феномен затухання і часткового розсіювання звука в міру проникнення їх вглиб тканини. Причинами стеатозу вважають: цукровий діабет, зловживання алкоголем, дія токсичних речовин, надлишкова маса тіла/ожиріння, метаболічний синдром. За загальною прийнятою шкалою NAS розрізняють 4 стадії стеатозу (S0-S3). При ефективному лікуванні стеатоз переходить з більш глибокої стадії в менш виражену – кількісне зменшення показника стеатозу свідчить про добрий прогноз у пацієнта.

Висновки. Ультразвукові методи еластографії та стеатометрії завдяки своїм характеристикам є незамінними при обстеженні гепатологічних хворих. Для пацієнтів з неалкогольною (метаболічно-асоційованою) жировою хворобою печінки ці методи можуть використовуватися для кількісної характеристики фіброзу та стеатозу при оцінці ефективності їх лікування.

ПСИХОСОМАТИКА СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШКІВНИКА

Сухан В.С.

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

Ключові слова: синдром подразненого кишківника, психоемоційний стан, стресові фактори, психосоматичний розлад .

Вступ. Відомо про тісний взаємозв'язок між центральною нервовою системою та системою травлення людини. Робота системи травлення контролюється вегетативною нервовою системою, а саме, парасимпатичним відділом. Парасимпатична нервова система посилює секрецію шлунка, кишківника, покращує перистальтику.

Під час стресу активізується симпатична нервова система, яка пригнічує секрецію соляної кислоти, ферментів, звужує судини, пригнічує перистальтику. Тому у людини на фоні постійного стресу погіршується апетит і процеси травлення, збільшується газоутворення, розвивається або діарея, або закреп. В стані критичного стресу може розвинути « ведмежа хвороба » - діарея перед виступом, заліком, екзаменом.

Мета: встановити взаємозв'язок між психологічними аспектами і синдромом подразненого кишківника.

Матеріали та методи: проаналізовані дані наукової літератури щодо встановлення взаємозв'язку між психологічними аспектами та синдромом подразненого кишківника.

Результати. Синдром подразненого кишківника (СПК) зустрічається у 16% жінок і у 8% чоловіків. Офіційно діагноз СПК відноситься до соматоформних розладів, коли при наявності скарг при ретельному об'єктивному обстеженні патологія не виявляється. Перші описи СПК як «мукозного ентериту» відомі ще в 1871 році. Сам термін був запропонований у 1929 році американським гастроентерологом Генрі Бохусом. Психіатри ще в минулому столітті виділяли СПК як найпоширеніший психосоматичний розлад, на який на той час страждав кожен п'ятий житель планети. Із збільшенням стресових факторів сучасного життя психологи констатують збільшення частоти розвитку СПК. За останніми даними вчених СПК часто констатується як структура постковідного синдрому. Доведено, що СПК проявляються у людей стресонестійких, які в дитинстві зазнали дефіцит тепла, уваги, були покинуті. Інші автори вказують на те, що на СПК страждають педанти, які схильні до фіксації на переживаннях через виникнення неприємних ситуацій. За даними багатьох авторів СПК є маніфестацією тривожних та депресивних розладів. Вони вказують на взаємозв'язок між абдомінальними, діареєю та підвищеною тривожністю, патологічними страхами. Експериментальні спостереження виявили, що під впливом психоемоційних чинників можуть виникнути коліти психічної етіології. Часто вони бувають у людей з гіпертрофованим почуттям сорому, чуттєвих і сором'язливих.

Висновки. Виявлено взаємозв'язок між синдромом подразненого кишківника та психоемоційним станом хворого.

ВИКОРИСТАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ ПОЛЯНА КВАСОВА У ХВОРИХ З ПОСТКОВІДНИМ СИНДРОМОМ

Сухан В.С.

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

Ключові слова: постковідний синдром, мінеральна вода Поляна Квасова, синдроми ураження ШКТ.

Вступ. Пандемія COVID-19 стала викликом для сучасної медицини. Незважаючи на вжиті протиепідемічні заходи, кількість тих, хто перехворів на коронавірусну інфекцію зросла до 100 млн. Сьогодні на порядку денному постали питання постковідних станів.

Відомо, що проникнення вірусу SARS-CoV-2 в організм людини відбувається через рецептори ангеотензинперетворюючого ферменту 2 типу (АПФ2), які у значній кількості розміщені на алвеолах легень. У дещо меншій кількості АПФ2 розміщені на слизових оболонках шлунку та кишківника, на паренхімі печінки та підшлункової залози. Тому частота поєднання респіраторних симптомів та симптомів травлення у хворих які перенесли COVID-19 становить 48%.

Серед основних симптомів «постковідного синдрому» є втрата апетиту, нудота, печія, блювання, діарея, біль в животі, загострення наявних хронічних захворювань ШКТ. Також гастроінтестинальні постковідні синдроми можуть

бути зумовлені поліпрагмазією. Тому у лікуванні постковідного синдрому слід звернути увагу на відомі природні чинники. Серед таких природних чинників відома своєю ефективністю мінеральна вода(МВ) Поляна Квасова.

Мета: виявити вплив мінеральної води Поляна Квасова на перебіг постковідного синдрому.

Матеріали та методи: проведено лікування мінеральної води Поляна Квасова 19 хворим на постковідний синдром. Всім хворим з постковідним синдромом у яких спостерігались симптоми ураження ШКТ була призначена з лікувальною метою МВ Поляна Квасова. МВ призначали за схемою: 200 мл за 30-60 хв до прийому їжі, протягом 4 тижнів.

Результати. До лікування хворі скаржились: на печію - 9 (47,4%) хворих; на нудоту – 8(47,1%) хворих; на біль (чутливість) в животі – 12(63,2%) пацієнтів; на діарею/закреп – 10(57,9%) хворих; на вздуття жигтя – 12(63,2%) пацієнтів; на важкість в правому підребер'ї – 6 (31,6%) хворих, на гіркоту в роті – 5(26,3%) пацієнтів; на слабкість після прийому їжі – 16(84,2%) хворих.

Після лікування стан хворих покращився, але відсоток позитивного ефекту різнився. У всіх хворих зникли симптоми нудоти, важкості в правому підребер'ї, гіркоти в роті, слабкості після прийому їжі. На печію після лікування скаржилось 2 (22,2%) хворих, на чутливість в животі – 1 (8,3%) хворий, на діарею/закреп та вздуття в животі по 4 (40%) хворих.

Висновки. Внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова у лікуванні хвори на постковідний синдром зменшує частоту проявів симптомів ураження системи травлення. З метою підвищення ефективності використання мінеральної води Поляна Квасова слід розглянути питання додаткового призначення даній категорії хворих курсу пробіотиків

ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Сухан В.С.

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

Ключові слова: мотивація студентів, дистанційне навчання, анкетування.

Вступ. З 2020 року Україна перебуває у незвичних умовах, які суттєво впливають на освітній процес. Спочатку локдаун з приводу пандемії COVID-19, сьогодні повномасштабні бойові дії на території України прискорило процес переходу традиційної форми навчання до навчання з використанням різних іновативних технологій. Заклади вищої освіти (ЗВО) почали активно використовувати існуючі та впроваджувати нові комп'ютерні технології, які під час бойових дій набули нового значення в освітньому просторі. За даними багатьох науковців мотивація студентів до навчання суттєво знижується у кризових ситуаціях. Студенти не завжди розуміють як можна ефективно навчатися за даних умов. Викладачі ЗВО все частіше стикаються з апатією і байдужістю студентів до навчального процесу.

Мета: підвищення мотивації студентів-медиків до навчального процесу за допомогою іноваційних технологій під час воєнного стану.

Матеріали та методи. Було проведено анонімне анкетування 56 студентів 6 курсу медичного факультету «УжНУ».

Результати. Дистанційне навчання (ДН) не завжди може реалізувати завдання освітнього процесу які стоять перед майбутніми лікарями. Тому і не дивно, що під час анонімного опитування 43(76,8%) студентів-медиків виявили бажання здобувати фах за традиційною формою навчання, тобто – очно. Поряд з цим майже всі студенти серед опитуваних 51(91,1%) розуміють, що під час воєнних дій в Україні ДН є безальтернативним. Щодо мотивації студентів до навчання під час війни, то найскладнішою виявилась внутрішня її складова. На неї впливає психоемоційний стан студентів: хронічний стрес, тривожність за майбутнє, пригніченість, депресія. Серед опитуваних 48(85,7%) студентів важко вдається зосередитись на навчанні, 16(28,6%) – взагалі рахують, що навчання під час воєнних дій є недоречним, 24(42,9%) – навчаються через можливість відволіктися від думок про війну. 29(51,1%) опитуваних скаржаться на поганий інтернет зв'язок, особливо після планових і екстрених відключень електроенергії, що суттєво погіршує ефективність навчання і самоосвіти. Лише 18(32,1%) студентів згодні збільшувати опрацювання навчального матеріалу самостійно. Покращення рівня мотивації 38(67,8%) із опитуваних студентів-медиків покладають на професіоналізм викладача, його здатність зацікавити своїм предметом, умінням поєднувати лекційний матеріал з практичними заняттями. Також 36(64,3%) шестикурсників для покращення практичних навичок у вільний від навчання час працюють в лікарнях на посадах середнього медичного персоналу.

Висновки. Підвищення мотивації студентів-медиків в умовах дистанційного навчання під час воєнного стану в багатьох випадках забезпечується як викладачами так і саморозвитком самих студентів.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ОСВІТЬНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Сухан В.С., Козодаєв С.П., Анталовці О.В., Менджул В.В., Марушка Я.І.,
Гедеш Ю.П.

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

Ключові слова: освітній процес, дистанційне навчання, інформаційно-комп'ютерні технології, синхронний метод, асинхронний метод.

Вступ. Протягом останнього десятиліття були запроваджені реформи системи вищої освіти. В 2014 році був прийнятий закон «Про вищу освіту», а в 2015 – «Про наукову та науково-технічну діяльність». Заклади вищої освіти (ЗВО) пройшли випробування на здатність до змін та перебудову в кризовий період пандемії COVID-19. Під час локдауну в ЗВО була запроваджена нова форма навчання – дистанційна. Однак з початком повномасштабної війни постала необхідність внести корективи в організацію освітнього процесу в ЗВО.

Мета: проаналізувати виклики в організації системи вищої освіти в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи: були проаналізовані методи проведення освітнього процесу на кафедрі громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки «УжНУ» під час воєнного стану.

Результати. Освітній процес на факультетах післядипломної освіти має свої особливості. У медичній освіті застосування дистанційних форм навчання розглядалось як метод післядипломної освіти, де безперервно постає питання підвищення рівня кваліфікації. На ФПО ДП «УжНУ» ще в 2015 році було впроваджено програмну платформу Moodle, яка вже в той час дозволила проводити змішану форму навчання: очну і дистанційну. Ця система стала у нагоді під час жорсткого локдауну в 2022 року. Платформа Moodle стала основою дистанційного навчання (ДН). Одночасно на кафедрі громадського здоров'я ФПО ДП «УжНУ» почали впроваджуватись і інші інформаційно-комп'ютерні технології: Zoom, Google Meet, Google Classroom, Viber. Досвід використання інформаційно-комп'ютерних технологій також став у нагоді і під час першого етапу воєнних дій навесні 2022 року. З початком нового навчального року, восени 2022 року, ДН зазнало нових викликів. Під час екстрених та планових відключень електроенергії та інтернет зв'язку напрацьовані методи ДН зазнали суттєвих коректив. До цього часу ДН в «УжНУ» загалом і на кафедрі зокрема відбувалось переважно через Google Meet – синхронний режим, який передбачав одночасне перебування та взаємодію суб'єктів ДН в інтернет середовищі. Цей метод дозволяв обмінюватись інформацією в режимі реального часу і використовувати традиційні методи та прийоми навчання: «мозковий штурм», «діалог», «кейс-метод», «інтерв'ю», «рольові ігри» та ін.

Під час другого етапу воєнного стану, коли синхронні методи не спрацьовували через проблеми з інтернет зв'язком, на допомогу прийшли асинхронні методи ДН. Ці методи зв'язували учасників ДН з можливою затримкою у часі. Частіше і зручніше знову почала використовуватись платформа Moodle, оскільки здобувачі могли заходити на платформу у зручний і можливий час для того, щоб ознайомитись з навчальним матеріалом, пройти тестування знань. Спілкування з викладачем відбувалось через Viber групу. Здобувачі окреслювали коло питань, щодо опрацьованого на платформі матеріалу. Відповіді на запитання здобувачів викладач за наявного зв'язку викладав у Viber групі у вигляді відео чи звукового повідомлення.

Висновки. В період екстрених і планових відключень електроенергії та інтернет зв'язку під час воєнного стану найбільш ефективними методами дистанційного навчання виявились асинхронні методи.

ВСТАНОВЛЕННЯ СФЕРИ ДІЇ РЕЄСТРІВ ОПТОВО-ВІДПУСКНИХ ЦІН

Гедеш Ю.П.

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

Ключові слова: реєстр оптово-відпускних цін, наказ МОЗ, постанова КМУ, пільговий відпуск, ціна, рецепт

Вступ: відповідно до постанови КМУ від 17.10.2008 №955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби» аптеки встановлюють роздрібні націнки на ліки, які придбаваються повністю або частково за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, на рівні не вище ніж 10 відсотків, що нараховуються до закупівельної ціни з урахуванням податків. В цей же час, постановою КМУ від 17.08.1998 №1303 передбачено, що безоплатно і на пільгових умовах відпускаються лікарські засоби, які зареєстровані в Україні в установленому порядку та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. При цьому, дія цієї постанови не поширюється на лікарські засоби, вартість яких відшкодовується за договорами про реімбурсацію, укладеними відповідно до законодавства.

Мета:

- отримати роз'яснення чи повинні аптечні заклади при формуванні цін для відпуску лікарських засобів за бюджетні кошти по пільговим рецептам згідно з постановою №1303 керуватись Реєстром референтних цін;
- чи достатньо для розрахунку ціни тільки значення закупівельної ціни.

Матеріали та методи: реєстр оптово-відпускних цін, наказ МОЗ № 1963 від 01.01.2022, постанова КМУ № 1303 від 17.08.1998, постанови КМУ від 17.10.2008 №955.

Результати: наразі, безоплатний та пільговий відпуск лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань впорядкований постановою КМУ від 17.08.1998 №1303. Постановою КМУ від 02.07.2014 №240 врегульовано питання декларування зміни оптово-відпускних цін на лікарські засоби. Відповідно до цієї постанови декларуванню підлягають зміни оптово-відпускних цін без

урахування податків та зборів на лікарські засоби, які закуповуються та або вартість яких підлягає реімбурсації, та на замовлення лікувально-профілактичних закладів. На виконання цієї Постанови на офіційному сайті МОЗ викладено у вільному доступі Реєстр оптово-відпускних цін на лікарські засоби станом на 11.01.2023. Одночасно діє наказ МОЗ від 01.11.2022 №1963, яким затверджено Реєстр відомостей щодо граничних оптово-відпускних цін на деякі лікарські засоби, що закуповуються за бюджетні кошти та підлягають референтному ціноутворенню, станом на 31 жовтня 2022 року (Реєстр референтних цін). В постанові 1303 мова йде саме про відпуск ліків, без прив'язки до реєстрів та будь яких переліків.

Висновки: при формуванні цін на ліки, що відпускатимуться пацієнтам по Постанові №1303, аптечні заклади повинні керуватись Постановою КМУ від 17.10.2008 №955 «Про заходи щодо стабілізації цін на лікарські засоби», роздрібні націнки згідно якої, на ліки, які придбаваються повністю або частково за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, на рівні не вище ніж 10 відсотків, що нараховуються до закупівельної ціни з урахуванням податків.

ПРАВОВІ ПІДСТАВИ ВІДМОВИ ВІД НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ПОСЛУГИ

Анталовці О.В.

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

Ключові слова: лікуючий лікар, права та обов'язки пацієнта, права та обов'язки лікаря, правосуб'єктність, відмова від лікування.

Вступ: Стаття 49 Конституції України гарантує всім громадянам нашої держави право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Ця правова норма є фундаментальна для всієї національної системи охорони здоров'я. Однак, є винятки.

Мета: дослідити у яких випадках лікар має законні підстави відмовитися від пацієнта.

Матеріали та методи: Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я.

Результати: Не дивлячись на норму статті 49 Конституції України про гарантування всім без виключення права на медичну допомогу, у сучасному законодавстві існують норми, які забезпечують лікарю право на відмову від ведення пацієнта. В першу чергу це ст.34 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка декларує, що: «Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення. Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму».

Це право лікар може реалізовувати через Правила внутрішнього розпорядку і для медичних працівників, і для пацієнтів, які мають бути затверджені головним лікарем. Зокрема, цими правилами може бути визначено, що лікар має право відмовитися від надання медичної допомоги у випадках, якщо пацієнт перебуває у стані алкогольного, токсичного чи наркотичного сп'яніння, неохайний, в брудному одязі. Також, в умовах сучасних реалій, лікар має право відмовити пацієнту у прийомі на час повітряної тривоги.

Висновки: У законодавстві України присутні норми, які спрямовані на захист прав обидвох сторін медично-правових відносин. Незважаючи на конституційне право на медичну допомогу, лікар має право відмовитися від пацієнта. Проте, дана норма не врегульовує усіх важливих моментів процесу відмови - не зрозуміло, у якій формі повинна бути відмова, якими внутрішніми документами вона фіксується, і якщо бути відвертими, то формулювання ст.34 Основ законодавства України про охорону здоров'я є досить розмитим, і потребує деталізації на законодавчому рівні. Також, не можна обійти стороною досить важливі, на наш погляд, ситуації коли лікар відмовляється від пацієнта через світоглядні чи релігійні переконання. На жаль, на даний момент законодавство не забезпечує таке право лікарю, проте сподіваємося, що в майбутньому дані прогалини будуть враховані і удосконалені.

**ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КРОС-ЛІНКІНГУ У
ПАЦІЄНТІВ З КЕРАТОКОНУСОМ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**
Беляєв В.Д., Бондаренко Н.В., Довбиш М.С., Беляєв Д.В., Лень М.В., Сабов В.В.

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

Ключові слова: крос-лінкінг, рогівка, кератоконус, кератотопографія, рибофлавін.

Вступ. Кератоконус – одна з найпоширеніших екстазій рогівки, яка характеризується прогресуючими незапальними змінами стромального колагену рогівки, парацентрального витонченням та зміною форми рогівки, яка в свою чергу призводить до астигматизму та прогресуючої міопії, а в термінальній стадії до втрати зору. Через активний розвиток та стоншення рогівки можлива перфорація. Найчастіше зустрічається у молодих осіб, переважно від 12 до 35 років. Дане захворювання вражає одну людину з 2000 у загальній популяції. Одним з найефективніших методик лікування прогресуючого кератоконусу II-III ступенів у світі є крос-лінкінг. Це процедура, за допомогою якої відбувається зміцнення рогівки шляхом насичення рибофлавіном під впливом ультрафіолетового (УФ) випромінювання, що призводить до утворення нових хімічних зв'язків між молекулами колагену.

Мета. Впровадити крос-лінкінг в лікуванні пацієнтів з кератоконусом II-III ступенів у Закарпатській області; - Оцінити результати у пацієнтів з кератоконусом після крос-лінкінгу.

Матеріал та методи. Всього в період з серпня 2022 року по січень 2023 року за даною методикою проперовано 15 очей (15 пацієнтів), з них чоловіків - 9, жінок - 6. Вік пацієнтів склав в середньому 27 років (від 18 до 32). Серед всіх пацієнтів у 13-ти (13 очей) діагностовано кератоконус II ст, а у 2-х (2 ока) пацієнтів кератоконус III ступеня. Всім хворим до та після операції визначали гостроту зору без корекції та з максимальною корекцією, рефракцію (TOPCON KR-800), товщину рогівки по всій площині оцінювали на кератотопографі WaveLight Oculyzer II. Процедуру крос-лінкінгу проводили під крапельною анестезією. Деепітелізацію проводили з допомогою ексимерлазерної установки Alcon WaveLight EX500, далі здійснювали інстиляцію рибофлавіном протягом 30 хвилин та наступним етапом використовували опромінення рогівки УФ світлодіодами (прилад Avedro UV-X 2000). Контрольні огляди пацієнтів проводилися на наступний день після операції, через 5 днів, 2 тижні, 1 міс., 3 міс. та 6 міс.

Результати. Під час операції та в післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось. Наступного дня після крос-лінкінгу усі хворі відзначали незначне погіршення зору, що пояснювалось проведенням деепітелізації рогівки та наявністю контактної лінзи у пацієнтів. Через 5-7 днів гострота зору збільшилась у всіх пацієнтів, що пов'язано з епітелізацією рогівки. Під час

огляду у перші дні після операції спостерігався набряк зовнішніх шарів строми у всіх випадках, що зберігався до завершення епітелізації. Епітелізація у всіх випадках закінчувалася до 5-го дня після проведення оперативного втручання. Аналіз результатів післяопераційного періоду у II та III стадії кератоконуса не виявив будь-яких відмінностей. Всі кератотопометричні та функціональні показники рогівки стабілізувалися з третього по шостий місяці спостереження після проведення крос-лінкінгу. Товщина рогівки у 9 пацієнтів незначно (на 15-32 мкм) зменшилася за рахунок ущільнення тканини рогівки, що підтверджено даними кератотопографії. У решти 6 пацієнтів товщина рогівки після епітелізації залишилась без змін. Гострота зору у 40% (6 хворих) підвищилась, та у 60% (9 хворих) не змінилась.

Висновки. Наш досвід застосування крос-лінкінгу підтверджує, що дана процедура дозволяє зупинити прогресування кератоконусу II-III ступеня. Даний вид лікування проводиться в амбулаторних умовах. Крос-лінкінг є простим і безпечним для пацієнта, з коротким реабілітаційним періодом. На сьогоднішній день методика крос-лінкінгу, як сучасного високоефективного методу лікування кератоконусу на ранніх стадіях, що використовується в усьому світі, доступна мешканцям Закарпатської області.

10-РІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДИФУЗНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ «ІНВЕРСІЙНОЮ» ТЕРАПІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Чубірко К.І., Чопей І.В.

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

Ключові слова: остеохондроз, інверсійна терапія, лікування

Вступ. Інверсійна терапія — це техніка, при якій вас підвішують вниз головою, щоб розтягнути хребет і полегшити біль у спині. Теорія полягає в тому, що, змінюючи силу тяжіння тіла, тиск на спину зменшується, а також забезпечує тягу для хребта. З цих причин інверсійна терапія може бути корисною для людей із: хронічними болями в попереку, порушенні кровообігу, сколіозі та ураженні сідничного нерва.

Прихильники інверсійної терапії, стверджують, що ця методика може полегшити та запобігти проблемам зі спиною. Вони також вважають, що переваги розтяжки та покращення кровообігу можуть допомогти запобігти майбутнім проблемам зі здоров'ям. Але в літературі немає кінцевого висновку про те, чи корисна інверсійна терапія.

Механізм інверсійних вправ пов'язаний із збільшенням суглобової рідини навколо хребетних дисків, зменшення запалення та посилення кровообігу навколишніх м'язів.

Мета. Оцінити досвід використання інверсійної терапії протягом 10-ти років.

Матеріали та методи: Тривале спостереження за пацієнткою з дифузним ураженням хребта з використанням стандартизованого багаторазового МРТ дослідження та мультиспінальної комп'ютерної томографії.

Результати: Пацієнтка 1956 р.н., із скаргами на болі по всьому відділу хребта з онімінням та парестезіями у верхніх та нижніх кінцівках, неодноразово лікувалася у неврологів з використанням медикаментозної та санаторно-курортного лікування (Синяк, Гірська Тиса) з незначним ефектом. Консультована нейрохірургом з рекомендаціями оперативного втручання при неефективності консервативного лікування.

В 2008 році проведена перша магнітно-резонансна томографія, яку приводимо разом із мультиспіральною томографією за 2012 рік.

МРТ 27.10.2008

Відмічається зниження висоти та інтенсивності МР-сигналу від С-міжхребцевих дисків в Т2-режимі сканування, особливо на С6-С7, випрямленість шийного лордозу.

На рівні С6-С7 має місце грижове вип'ячування С6-С7 міжхребцевого диска по типу задньої правобічної парамедіанної кили, розміром до 5 мм, створює компресію дурального мішка та корінця спинального нерва (С7) справа на рівні ураження.

Сагітальний розмір кісткового хребетного каналу на рівні С5 = 14 мм.

Спостерігається підкресленість замикальних пластинок С-хребців за рахунок субхондрального склерозу.

Спинний мозок на всьому протязі в досліджуваному відділі - без видимих дифузних чи вогнищевих характеру пат.змін, збереженої інтенсивності МРС.

Заключення: Остеохондроз С-відділу хребта.

Кила С6-С7 міжхребцевого диска.

Вторинний стеноз спинно-мозкового каналу (С6-С7).

Мультиспіральна компютерна томографія від 18.07.2012

Зона обстеження: Th-L -відділ хребта

Відмічається помірне зниження висоти міжхребцевих проміжків, підкресленість замикальних пластинок хребців - за рахунок субхондрального склерозу, більш виражене на рівні L5- S1.

Відмічається вакуум - феномен у проекції міжхребцевого диска L5- S1.

Спостерігаються ознаки деф. спондилозу па рівні Th4-8, спондилоартрозу переважно L відділу. Візуалізуються кили Шморля тіл Th 11,12.

L2-3: мінімальне циркулярне вип'ячування диска в межах 3.2 мм. без ознак суттєвого компресування нейропальних структур;

L3-4: мінімальне циркулярне вип'ячування диска в межах 3.4 мм, без ознак суттєвого компресування нейропальних структур;

L4-5: циркулярно-дорзальна протрузія диска, розміром до 3.5 мм, що частково перекриває міжхребцеві отвори, створює компресію дурального мішка на рівні ураження;

L5-S1: застаріле дорзальне вип'ячування диска в межах 4 мм, що створює помірну компресію дурального мішка.

Сагітальний розмір кісткового хребетного каналу (на рівні L4)

16 мм.

Мас місце spina bifida S1.

Відмічається периневральна лікворна (Гардова) кіста, розмірами 29x17 мм.

Заключення : Остеохондроз Th-L-відділу хребта.

Протрузії міжхребцевих дисків.

БЕД: 4,0 мЗв

В липні 2012 року була консультована в Чеській республіці де були надані рекомендації використовувати інверсійний стіл для спеціальних вправ.

З цього періоду до січня 2023 року пацієнтка щорічно проводить 6 курсів інверсійних вправ тривалістю 10-15 хвилин протягом 6-ти тижнів.

Приводимо МРТ обстеження через рік від початку лікування.

В порівнянні з результатами попереднього МР-обстеження, переконливих МР-даних щодо збільшення розмірів ділянки пат. ураження у вентральній частині тіла Th6 хребця — не спостерігається. Навпаки, відмічається візуальне зменшення в розмірах та зниження інтенсивності МР-сигналу від зазначеної ділянки в T2-режимі сканування, що, з більшим ступенем імовірності, може свідчити за зміну внутрішньої структури пат. утворення, й потребує подальшої верифікації.

Визначається зниження висоти та інтенсивності МР-сигналу від Th- та L- міжхребцевих дисків в T2-режимі сканування, більш виражене — на рівні Th5-Th6 — Th6-Th7, Th10-Th11 та L1-L2, підкресленість замикальних пластинок хребців - за рахунок субхондрального склерозу, явища спондилоартрозу міжхребцевих з'єднань.

Сагітальний розмір спинно-мозкового каналу на рівні Th6 = 15 мм.

Пат.змін зі сторони епідурального та субарахноїдального просторів спинного мозку — не спостерігається.

Спинний мозок на всьому протязі в досліджуваному відділі - без видимих дифузних чи вогнищевих характеру пат.змін, збереженої інтенсивності МР-сигналу.

Пре- та паравертебральнім'які тканини - без особливостей.

Заключення: Остеохондроз Th- та L-відділу хребта. Спондилоартроз.

МР-ознак гемангіоми тіла Th6 хребця.

І накінець, МРТ дослідження за 2023 рік.

Опис обстеження від 20.01.2023 р. (хребет 3 відділи)

Відмічається зниження висоти та інтенсивності МР-сигналу від міжхребцевих дисків в T2-режимі сканування, більш виражене на рівні С6-7, Th5-6, Th 6-7, Th10-11 та L5-S1.

Спостерігається підкресленість замикальних пластинок тіл хребців за рахунок субхондрального склерозу, остеофітні розростання по переднім та заднім поверхням тіл хребців; мають місце явища арі розу міжхребцевих з'єднань та реберно-хребцевих зчленувань, а також спондилозу хребта - на рівні С6-7, Th4-5 - Th1-12, L1-2, а також L5-S1.

Визначається згладженість шийного лордозу, маловаражена S-подібна сколіотична деформація грудно-поперекового відділу хребта.

Відмічаються неглибокі хрящові вузли (Шморля) тіл Th10 - L2 та S1 хребців.

Мають місце дегенеративно-дистрофічного характеру зміни субхондральних відділів тіл Th10, Th11, L5 та S1 хребців - по змішаному типу (Modic I-II).

В тілах Th4, Th5, Th 10, Th 2, L-1,3 хребців візуалізуються різної величини та форми гемангіоми, максимальними розмірами 16x14 мм (в тілі L1), підвищеної в T2-, змішаної інтенсивності МР-сигналу - в T1- й STIR-режимі сканування.

Відмічаються циркулярно-дорзальні вип'ячування С3-4 та С4-5 міжхребцевих дисків, розмірами в межах 2 мм, без ознак суттєвого компресування нейрональних структур на зазначених рівнях.

Визначається циркулярно-дорзальна протрузія С5-6 диска, розміром до 3 мм, що створює помірну компресію дурального мішка на даному рівні.

Має місце дорзальна півмісяцева протрузія С6-7 диска, розміром до 3.5 мм, що, спільно з остеофітними наростами по заднім поверхням тіл С6 й С7 хребців, створює компресію дурального мішка на зазначеному рівні.

Відмічаються циркулярно-дорзальні вип'ячування L1-2 та L2-3 дисків, розмірами в межах 2.5 - 3 мм, що створюють незначну компресію дурального мішка на вказаних рівнях.

Має місце нерівномірна циркулярна протрузія L3-4 диска, більше - дорзо-латерально вправо, розміром в межах 3.5 мм, що частково перекриває міжхребцевий отвір справа, створює помірну компресію дурального мішка.

Визначається нерівномірна циркулярна протрузія L4-5 диска, розміром до 4 мм, що частково перекриває міжхребцеві отвори, створює компресію дурального мішка на рівні ураження.

На рівні L5-S1 має місце нерівномірна циркулярна протрузія відповідного диска, більше - дорзо-латерально, переважно екстрафораміально вліво, розміром до 4.5 мм, з ознаками часткового стенозування міжхребцевого отвору зліва та компресуванням дурального мішка на даному рівні.

Сагітальний розмір кісткового хребетного каналу на рівні С3 - С7 = 13 мм; в грудному відділі = 15 мм; в поперековому = 16 - 17 мм.

Тканина спинного мозку на всьому протязі - без видимих вогнищевих чи об'ємного характеру пат. змін, збереженої інтенсивності МР-сигналу.

В проекції крижового каналу на рівні S2-3, білатерально, візуалізуються периневральні лікворні кісти (Тарлова), максимальними розмірами 23x12 мм (зліва).

Висновок: Дегенеративно-дистрофічного характеру зміни хребта.

Протрузії С5-6, С6-7, L3-4, L4-5 та L5-S1 міжхребцевих дисків.

Вип'ячування С3-4, С4-5, L1-2 й L2-3 дисків.

Частковий стеноз нейрональних форамінальних каналів на рівні L3-4 справа, L4-5 (білатерально), а також L5-S1 (зліва).

Хрящові вузли (Шморля) тіл Th10 -L2 та S1 хребців.

Гемангіоми тіл Th4, Th5, Th10, Th12, , L1 - L3 хребців.

Периневральні кісти (Тарлова) на рівні S2-3.

Висновки. Таким чином наш клінічний випадок показує, що інверсійні вправи приводять до зменшення болю в спині, яке настає через 2 тижні від початку лікування і досягає максимуму через 6 неділів, причому кут нахилу інверсійного стола має бути не менше як 30 градусів, в залежності від артеріального та очного тиску, покращує гнучкість відділів хребта та запобігає оперативним втручанням. Незважаючи на цей випадок, важливо зазначити, що захворювання хребта важко піддаються лікуванню і тому інверсійна терапія не є гарантією від хірургічного втручання, а також не повинна бути альтернативою лікування болю в спині, але може бути корисною в окремих випадках.

МОДИФІКАЦІЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО ДОГЛЯДУ ПРИ ПЛАНОВІЙ КОЛОРЕКТАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ: ПОКРАЩЕНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ (ERAS)

Росул М.В.

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

Ключові слова: Протокол ERAS, колопроктологічна операція, швидка хірургія (fast track surgery)

Вступ: Протоколи покращеного відновлення після хірургічного втручання (Enhanced recovery after surgery)(ERAS) або «швидка хірургія» — це мультимодальні науково-обґрунтовані шляхи періопераційного догляду, розроблені для досягнення раннього відновлення після хірургічних процедур шляхом підтримки передопераційної функції органів і зменшення відповіді на стрес після операції. Незважаючи на те, що протокол ERAS використовується на практиці в різних країнах, він все ще не дуже широко дотримується в нашій країні. Це пов'язано з тим, що багато хірургів вважають за краще вибирати традиційні методи, а не приймати нові протоколи, засновані на доказах. Модифіковано протоколи для пацієнтів після колоректальних операцій.

Мета: проаналізувати та впровадити в практику модифікований протокол ERAS для колопроктологічних хворих.

Матеріали та методи: аналіз даних проспективних клінічних досліджень, аналіз баз даних PubMed, Embase і Cochrane. Якість доказів і рекомендацій оцінювали відповідно до системи класифікації рекомендацій, розвитку та оцінки (GRADE), враховуючи до уваги тільки сильні рекомендації, що базуються на високій якості доказів.

Результати: Метою протоколу ERAS є рання активізація та рухова активність, рання та належна виписка з стаціонару та швидке повернення до продуктивного активного життя. Підходи, задіяні в такому протоколі, націлені на пацієнта та охоплюють усі аспекти періопераційного періоду, включаючи передопераційне планування, інтраопераційне ведення та післяопераційний догляд. Пацієнт до госпіталізації повинен зустрітися з мультидисциплінарною командою, до складу якої входять хірург, анестезіолог і, що особливо важливо, медсестра або суміжний медичний працівник, усі, хто відіграє роль у хірургічному лікуванні та отримати повну інформацію від спеціалістів, які беруть участь у періопераційному веденні, про поточну операцію, варіанти обезболювання, перебіг післяопераційного періоду, переваги протоколу ERAS. В ідеалі інформація повинна бути отримана в усній і письмовій формі. Пацієнт повинен бути повноправним учасником лікувального процесу, що сприяє зниженню стресу. Одним із факторів ризику всіх ускладнень і смертності колопроктологічних хворих є анемія. Введення препаратів крові під час операції збільшує кількість ускладнень і впливає на виживання пацієнтів з колоректальним раком. Тому важливо оптимізувати концентрацію гемоглобіну пацієнта перед операцією уникаючи гемотрансфузій. Слід проводити довенну антибіотикопрофілактику одноразово протягом 60 хвилин до розрізу всім

пацієнтам, яким проводять колоректальну операцію. Дезінфекцію шкіри проводити препаратами на основі хлоргексидину. В ході проведених досліджень виявлено, що механічна передопераційна підготовка кишечника, обов'язкове застосування назогастрального зонда, тривалий післяопераційний ліжковий режим, виявилися не тільки безкорисливі, але в ряді випадків і шкідливі. Механічна підготовка кишечника сама по собі разом із системною антибіотикопрофілактикою не має клінічних переваг і може спричинити зневоднення та дискомфорт, тому її не слід використовувати в рутинній хірургії товстої кишки, але її можна використовувати при хірургії прямої кишки. Рекомендується використання анестетиків короткої дії, церебральний моніторинг для покращення відновлення та зниження ризику післяопераційного марення, моніторинг рівня та повне усунення нервово-м'язової блокади. Адекватний об'єм інфузії в периопераційному періоді, спрямований на підтримку нормоволемії визначається індивідуально. Інтраопераційну інфузійну терапію проводять в рестриктивному режимі. У всіх колоректальних хірургічних пацієнтів слід проводити надійний моніторинг температури та застосовувати методи активного зігрівання пацієнтів, щоб уникнути гіпотермії. Мінімально інвазивний підхід до раку товстої та прямої кишки має очевидні переваги для покращення та швидшого одужання, зменшення загальних ускладнень, зменшення ускладнень, пов'язаних із ранами, включаючи післяопераційну грижу та меншу кількість злук. Це також сприяє успішному введенню багатьох основних компонентів ERAS, таких як мультимодальне знеболювання, уникаючи опіати. Тазові та перитонеальні дренажі не впливають на клінічний результат і не повинні використовуватися рутинно. Післяопераційні назогастральні зонди не слід використовувати рутинно; якщо вони введені під час операції, їх слід видалити перед завершенням анестезії.

Пацієнтам, які перенесли велику колоректальну операцію, слід проводити механічну тромбoproфілактику за допомогою добре підігнаних компресійних панчів та/або періодичної пневматичної компресії до виписки та отримувати фармакологічну профілактику НМГ один раз на день протягом 28 днів після операції. Настійливо рекомендується звичайна трансуретральна катетеризація протягом 1–3 днів після колоректальної операції. Тривалість слід підбирати індивідуально на основі відомих факторів ризику утримання: чоловіча стать, епідуральна аналгезія та хірургічне втручання на органах малого тазу. Пацієнтам з низьким ризиком слід видаляти катетер у перший день після операції, тоді як пацієнти з помірним або високим ризиком потребують катетеризації протягом 3 днів. Більшості пацієнтів можна і потрібно пропонувати годування з дня операції а не з 3-4 доби як при традиційному підході. Активізація пацієнта за протоколом починається відразу після відновлення його орієнтації у власній особистості, просторі та часі.

Висновки. Застосування протоколу ERAS у пацієнтів колопроктологічного профілю дозволить скоротити тривалість госпіталізації, відновити працездатність пацієнтів у стислі терміни, без зниження ефективності лікування, що дасть позитивний економічний ефект. Реалізація програми fast track хірургії потребує мультидисциплінарного підходу всіх фахівців, які беруть участь у периопераційному веденні пацієнта.

ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЇ ПАНКРЕАТИЧНОЇ ГІПОСЕКРЕЦІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРИРОДНОЇ ГІДРОКАРБОНАТНОЇ НАТРІЄВОЇ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ

Дичка Л.В.^{1,2}

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

² Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України»;

Ключові слова: ХОЗЛ, функція підшлункової залози, мінеральна вода

Вступ: Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у зв'язку з тривалим перебігом супроводжується розвитком коморбідних станів, що зумовлює необхідність одночасної медикаментозної корекції порушень різних органів і систем. Залучення органів травлення зумовлене спільними патогенетичними механізмами захворювань, а також є результатом тривалого медикаментозного супроводу ХОЗЛ. Серед гастроентерологічних метаболічних наслідків ХОЗЛ захворювання та порушення функції підшлункової залози (ПЗ) займає особливе місце, як важлива ланка формування метаболічного синдрому.

Мета: Оцінка можливостей корекції панкреатичної гіпосекреції у хворих на ХОЗЛ із застосуванням фасованої природної мінеральної води (МВ) «Шаянська», яка за основним складом є вуглекислою, гідрокарбонатною натрієвою, кремнієвою, маломінералізованою.

Матеріали та методи: Під наглядом знаходилось 60 пацієнтів з ХОЗЛ II-III ступенів важкості у фазі ремісії, з них 36 чоловіків, 24 жінок, віком від 44 до 72 років. В клініці ДУ НПМЦ «Реабілітація» пацієнти пройшли комплексне лікування, основу якого складала галоаерозольотерапія (ГАТ). У 21 пацієнта курс ГАТ доповнений застосуванням фасованої МВ «Шаянська» у вигляді інгаляційного та питного прийому. Функція ПЗ досліджувалася натще і в період травлення шляхом визначення активності альфа-амілази за Вольгемутом (Амл) та обчислення дебіту ферменту.

Результати: За результатами лікування, після курсу ГАТ спостерігається лише тенденція до покращення біохімічного спектру крові, однак рівні трансаміназ, зокрема АЛАТ, залишаються дещо вище норми. Виявлені також лише незначні коливання показників функції ПЗ із тенденцією до зниження частоти панкреатичної гіпосекреції в різні періоди травлення. В той же час, доповнення курсу ГАТ питним прийомом МВ «Шаянська» сприяло покращенню секреторної активності ПЗ, що проявлялося достовірним підвищенням концентрації (активності) Амл та сумарної кількості ферменту (дебіту). Досягнута статистично значима різниця для показників функції ПЗ в різні періоди секреторного циклу, рівня печінкових трансаміназ та лужної фосфатази крові. Спостерігалось достовірне зменшення рівня екскреції титрованих кислот, що свідчило про ефективність системної олужнюючої терапії у хворих на ХОЗЛ.

Висновки: Зважаючи на високу частоту виявлення панкреатичної гіпосекреції у хворих на ХОЗЛ та збереження функціональних механізмів її

компенсації, а саме гідрокінетичної функції ПЗ, в комплексі лікування доцільним є призначення природних МВ з системними олузнюючими та кислотонейтралізуючими властивостями з метою превентивного впливу на формування гіпосекреторних станів ПЗ та сповільнення їх прогресування.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРИ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Гирявець М.В., Пулик О.Р., Блага О.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра нейрореабілітації з курсами медичної психології, пульмонології та фізіотерапії.

Ключові слова: півкульний ішемічний інсульт, реабілітація, больовий синдром, магнітотерапія.

Вступ. Цереброваскулярні хвороби належать до одних з найбільш поширених захворювань у нашій країні та зумовлюють 1/3 випадків втрати працездатності. Післяінсультний больовий синдром, який розвивається в багатьох випадках, спричинений ураженням соматосенсорної системи, такий біль ще називають нейропатичним. Одним із типів нейропатичного болю є центральний післяінсультний біль. Реабілітація пацієнтів після інсульту базується на немедикаментозних методах впливу, серед яких використовується метод магнітотерапії з протизапальним та протинабряковим механізмом впливу магнітного поля, що призводить до знеболюючого ефекту. Серед переваг використання даного методу – безпечність та доступність.

Мета. Зменшення больового синдрому та підвищення якості життя у хворих з післяінсультним больовим синдромом шляхом використання магнітотерапії.

Матеріали і методи. На базі КНП «ЦМКЛ» УМР обстежено 62 хворих, жителів м Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт (середній вік $66,1 \pm 1,1$ року). Пацієнтів шляхом довільної вибірки розділено на дві групи по 31 хворий. Обстеження включало: загальноклінічні методи, нейровізуалізаційне, функціональне із використанням Скандинавської шкали інсульту, шкала ВАШ для визначення болю, опитувальника MOS SF-36 для оцінки якості життя. В обидвох групах було призначене лікування за Протоколом лікування ішемічного інсульту. Пацієнти основної групи додатково отримували магнітотерапію.

Магнітотерапію проводили за допомогою апарату Viofor JPS із змінним низькочастотним магнітним полем, програма M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів. Статистична обробка даних проводилась з використанням прикладних статистичних програм "Microsoft Excel".

Результати. Функціональний стан пацієнтів основної групи на початку дослідження склав $50,9 \pm 0,8$ бала за Скандинавською шкалою інсульту, а у пацієнтів контрольної групи – $51,0 \pm 0,7$ бала. Середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи на початку дослідження склав $5,1 \pm 0,6$ бали, а контрольної – $5,4 \pm 0,4$ бали. Згідно опитувальника MOS SF-36 за доменом «фізичне функціонування» на початку дослідження середній показник склав $49,1 \pm 21,1$ бали, за доменом «біль» $78,0 \pm 2,1$ бали, за доменом «загальне здоров'я»

28,9±7,4 бали. По завершенні курсу лікування середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи склав 3,4±0,6 бали, а контрольної – 4,4±0,4 бали ($p<0,05$). Після отриманого лікування виявлено достовірне покращення ($p<0,05$) показників якості життя за шкалами «фізичне функціонування» та «тілесний біль» в основній групі.

Висновки. Встановлено, що застосування магнітотерапії поруч з протокольним лікуванням у хворих після перенесеного інсульту веде до вірогідного зменшення больового синдрому та покращення якості життя.

ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ

Фатула Ю.М., Купар В.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра хірургічних дисциплін, КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Ужгородської міської ради.

Ключові слова: пацієнти похилого і старечого віку, гостра хірургічна патологія черевної порожнини.

Вступ: Протягом останнього десятиліття спостерігається тенденція до збільшення кількості пацієнтів похилого і старечого віку у загальній структурі хворих, прооперованих з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Мета: проаналізувати вікову структуру та характер хірургічної патології у пацієнтів, яким виконані екстрені оперативні втручання з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Матеріали та методи: У хірургічній клініці Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом 2022 р. виконано 569 екстрених хірургічних втручань з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. За віковою ознакою розподіл прооперованих пацієнтів був наступний: до 20р.-3.3%; 20-29р.-12%; 30-39р.-13.5%; 40-49р.-15.6%; 50-59р.-18.3%; 60-69р.-19%; 70-79р.-11.8%; 80-89р.-6%; 90-100р.-0.5%

У віковій групі 80 років і старше виконано 37 операцій (в тому числі трьом пацієнтам старше 90 років). Розподіл хворих за патологією був наступний: защемлені грижі – 14 (пахові 7, післяопераційні вентральні 3, пупкові 2, стегові 2); зльокісні пухлини товстого кишківника - 7, ускладнені кишковою непрохідністю (5) або перфорацією (2); гострий деструктивний калькульозний холецистит – 6; гострий тромбоз мезентеріальних судин з некрозом кишківника – 3; спайкова хвороба черевної порожнини, ускладнена кишковою непрохідністю – 3; гострокровоточива гастродуоденальна виразка – 2; перфорація дивертикула сигмовидної кишки – 1; інші -1.

Результати: Пацієнти похилого і старечого віку (60 років і старше) становили 37% (212) від усіх екстрено проперованих хворих. У віковій групі 80 років і старше переважали пацієнти із защемленими грижами та зльокісними пухлинами товстого кишківника, ускладненими непрохідністю та перфорацією.

Висновки: Протягом останніх років спостерігається стійка тенденція до зміни вікової структури пацієнтів, прооперованих з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, в сторону збільшення кількості пацієнтів старших вікових груп. Серед патологій переважають захворювання, які вчасно не діагностовані і не прооперовані у плановому порядку.

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Росул М.В., Фашипбавер І.О.

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

Ключові слова: Гострий апендицит, лапароскопічна апендектомія.

Вступ: Серед ургентних хірургічних захворювань органів черевної порожнини найбільш поширене місце займає гострий апендицит, а апендектомія становить 80-85 % усіх невідкладних операцій в абдомінальній хірургії. Нині пріоритетом операційного доступу є лапароскопічний, що зменшує тривалість операції, мінімізує ускладнення та скорочує терміни перебування пацієнтів у стаціонарі.

Мета: Вивчити результати операційного лікування гострого апендициту методом лапароскопічної апендектомії порівняно з пацієнтами, в яких застосовували хірургічне втручання лапаротомним способом.

Матеріали та методи: Вивчено медичні карти 188 пацієнтів з гострим апендицитом. Основну групу склали 103 пацієнти – яким в ургентному порядку виконана лапароскопічна апендектомія та контрольну групу – 85 пацієнтів, оперовані за традиційним методом відкритої апендектомії, в яку ввійшли пацієнти після конверсії.

Результати: Частота виявлених інтраопераційно деструктивних форм апендициту в основній і контрольній групах значно не відрізнялася (26,3% та 23,2%). У 2 пацієнтів при розповсюдженому перитоніті (РП) та одного пацієнта з апендикулярним абсцесом (АА), і 1 пацієнтки з інтраопераційно діагностованою позаматковою вагітністю у зв'язку з необхідністю повноцінної санації черевної порожнини та технічними труднощами (загалом 4 хворих, що склало - 3%) перейшли до конверсії та завершили операцію лапаротомією. Післяопераційний період пацієнтів основної групи ускладнився інфекцією ділянки хірургічного втручання у 1 (0,97%) випадку, а серед хворих контрольної групи – у 4 (13,3%). Тривалість операції в основній групі склала $30,12 \pm 2,2$ хв., а в контрольній групі відповідно більшою - $68,75 \pm 4,27$ хв. Термін перебування у стаціонарі пацієнтів контрольної групи ($5,32 \pm 0,16$ діб) перевищили відповідний показник основної групи ($p < 0,03$). У 4 пацієнтів з контрольної групи лапароскопічно діагностовано прикриті перфоративні виразки 12 палोї кишки, що змусило змінити тактику лікування.

Висновки. Лапароскопічна апендектомія повинна широко використовуватися при всіх формах гострого апендициту, що дозволить значно скоротити тривалість операції, зменшити ризик ускладнень, а також термін

перебування хворих у стаціонарі та використовувати її як метод кінцевої диференційної діагностики.

МОЖЛИВОСТІ ІНТЕРВАЛЬНОГО ГОЛОДУВАННЯ В ЛІКУВАННІ ПРЕДІАБЕТУ ТА ОЖИРІННЯ

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

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

Ключові слова: предіабет, ожиріння, інтервальне голодування.

Вступ. Інтервальне голодування (ІГ) – це одна з моделей харчування, в якій їжа містить обмежену кількість калорій в чередуванні з повним голодуванням, яке триває від 12 годин до декілька днів.

Є різні методи ІГ: через день, 5 до 2 або 6 до 1 (голодування 2 дні або 1 день щотижня), щоденне обмежене за часом вживання їжі (прийом їжі протягом 8-12 годинного вікна і натщесерце протягом решти дня). Переваги періодичного голодування за даними літератури: знижує ризик цукрового діабету (ЦД), рівень глюкози (РГ) в крові натще у пацієнтів з ЦД, знижує рівень загального холестерину та холестерину ліпопротеїнів низької щільності, тригліцеридів, систолічного АТ та зменшує вагу тіла.

Механізми, задіяні в ІГ: переключення метаболізму

від утилізації глюкози до жирних кислот на кетони, які є ефективнішою енергією, як для мозку, так і для тіла в цілому.

Мета. Адаптувати методику та оцінити вплив ІГ на лікування предіабету та ожиріння.

Матеріали та методи: Підбір пацієнтів відбувався амбулаторно на базі кафедри терапії та сімейної медицини, причому декілька років підряд вивчалась традиційна методика повного голодування (розвантажувально-дієтичної терапії) протягом 10-ти днів та вживання лише питної води. Ця методика приводила до достовірної втрати ваги, покращення вуглеводного та ліпідного обміну, але все поверталось до базисних показників на протязі року. Тому ми вивчали у 10-ти пацієнтів методику ІГ, яка була наступною: пацієнти голодували по 5 днів після чого призначалося 10 днів відновлення на основі DASH дієти загальним калоражем 900 ккал/день (45% вуглеводів, 45% жиру, 10% білка): сніданок із каші, або мюслів, чай або кофе; обід куряча грудка, рис, варене яйце (як варіант лосось запечений з броколі, або запечена курятина з овочами), та вечеря 90 г не жирного тваринного м'яса (телятина, кролятина, тощо), 1 запечена картоплина з оливковою олією, 1 шматочок знежиреного твердого сиру, декілька кусочків цільно-зернового хліба, 1 фрукт, 200 мл молока 1,5%.

Всі пацієнти спостерігалися 6 місяців, причому перші 3 місяці вони проводили по два цикли ІГ. У період наступних 3-х місяців після ІГ, пацієнти знаходились на DASH дієті, яка компонувалася із загальним вмістом від 50% до 65% вживанням енергії із вуглеводів, від 15% до 20% з білків та від 20% до 30% з жирів, ≥ 5 г клітковини на порцію.

Діагноз «предіабет» встановлювали, якщо: натщесерце РГ - 5,6-6,9-7 ммоль/л; через 2 години після прийому їжі РГ - 7,8-11 ммоль/л; HbA1C - глікований гемоглобін - 5,7-6,4%.

Результати: Згідно з нашими даними у 60% пацієнтів з предіабетом, через 3 місяці вуглеводний обмін повністю нормалізувався і залишився таким і через півроку. Втрата ваги у цих пацієнтів щомісячно становила біля двох кілограм і досягла за три місяці 6,1 кг. Причому через 6 місяців 70% пацієнтів залишилися на цій вазі.

Висновки. ІГ нормалізує вуглеводний обмін у пацієнтів з предіабетом приводить до достовірної втрати ваги і через півроку немає «йо-йо» ефекту.

МРТ ЯК ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ ОБСТЕЖЕННЯ ГРУДНИХ ЗАЛОЗ З ІМПЛАНТАМИ

Стефанцова У.В., Лигирда В.В., Молнар А.Й., Ігнатко В.Я.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород

Ключові слова: магнітно-резонансна томографія, діагностика, золотий стандарт, імпланти.

Вступ: щороку кількість оперативних втручань з приводу збільшення грудей за допомогою імплантів активно збільшується. Але не завжди мамопластика проходить успішно. Багато жінок стикаються з ускладненнями після операції, а також (рідше) з порушенням цілісності імплантів.

МРТ – золотий стандарт для обстеження грудей з імплантами. Дозволяє чітко візуалізувати імплант на всьому протязі, а також навколишні м'які тканини; діагностувати такі післяопераційні ускладнення, як серома, гематома, ротація, капсулярна контрактура, розрив протеза, оцінити кількість рідини тощо. При підозрі на патологію імплантів, МРТ проводять без контрастного підсилення, при підозрі на патологію грудних залоз – з контрастним підсиленням. Таким чином, МРТ дозволяє візуалізувати не лише стан імпланта, а і тканини грудної залози та виявляти патологічні зміни, в тому числі і рак грудних залоз.

Мета: метою дослідження є оцінка стану імплантів грудних залоз в жінок різних вікових груп, а також визначення частоти післяопераційних ускладнень в різні періоди після мамопластики (до 5-ти років після оперативного втручання, 5-10 років, більше 10-ти років).

Матеріали та методи дослідження: для дослідження було використано 50 МР-томограм жінок різної вікової категорії (20-47 років) з імплантами різних фірм та форм (каплевидні, округлі), з різним способом встановлення імплантів (субпекторально, субгландулярно) та різним способом життя (фізично активні жінки – спортсментки та жінки з переважно сидячим способом життя).

Результати: за даними МРТ, найбільш частою причиною виникнення скарг у пацієток з імплантами є розвиток капсулярної контрактури (майже у 20% випадків). Капсулярна контрактура виникає частіше через 10 і більше років після мамопластики (більш імовірно пов'язана зі звичним «старінням» імплантів),

рідше виникає на протязі перших 5-ти років після оперативного втручання, а точніше в перший рік.

Наступним по частоті ускладненням є ротація імпланта (близько 12% випадків). Частіше ротація зустрічається у пацієток з субгландулярним розташуванням імплантів, ніж з субпекторальним. Потрібно відмітити, що скарги виникають лише у тих пацієток, в яких встановлені каплевидні імпланти. Жінки з імплантами округлої форми скарг не відмічають, адже зовнішній вигляд залоз при ротації таких імплантів не змінюється. Рідше зустрічаються такі післяопераційні ускладнення як серома чи гематома (складають 8%). Вони виникають зазвичай у ранній післяопераційний період (перші 30 днів від втручання).

Найрідше зустрічається розрив імплантів (4% випадків). Із 50-ти представлених МР-томограм не було діагностовано жодного екстракапсулярного розриву імплантів. Що стосується інтракапсулярного розриву – було діагностовано лише 2 випадки, один з яких мав чіткий зв'язок із травмою.

Що стосується вікового фактору, не було відмічено жодного зв'язку між віком пацієнтки та розвитком післяопераційних ускладнень. Також не було відмічено жодного зв'язку між виникненням післяопераційних ускладнень зі способом життя пацієток і наявністю в анамнезі вагітності та лактації. В жодної із жінок не було діагностовано розвитку імплант-асоційованої лімфоми. Але було виявлено 3 випадки раку грудних залоз у пацієток як випадкові знахідки при плановому обстеженні грудей без скарг.

Висновки: проаналізувавши дані знімки, можна зробити висновки, що ускладнення після мамопластики зустрічаються досить рідко. Частіше зустрічаються специфічні ускладнення, аніж такі, які можуть виникати після більшості оперативних втручань. Чіткого зв'язку між імплантами та ризиком розвитку раку молочної залози не відмічається. МРТ являється найбільш інформативним методом дослідження грудних залоз з імплантами, адже дозволяє обстежувати не лише сам імплант, а також прилеглі м'які тканини.

МРТ В ДІАГНОСТИЦІ ІМПІДЖМЕНТ СИНДРОМУ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Лигирда В.В., Стефанцова У.В., Молнар А.Й., Ігнатко В.Я., Готько Є.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород

Ключові слова: магнітно-резонансна томографія (МРТ), імпіджмент синдром, діагностика.

Вступ: імпіджмент синдром плечового суглобу - один з найбільш розповсюджених патологічних станів, який характеризується обмеженою рухливістю та больовими відчуттями в даному суглобі. Найбільш часті причини імпіджмент синдрому: артроз плечового суглобу, розростання крайових остеофітів та вроджені особливості будови акроміального відростка. Групами ризику можуть бути будівельники, спортсмени та музиканти.

Унікальність МРТ в діагностиці імпіджмент синдрому, яка і відносить його до "золотого стандарту", полягає в точній візуалізації структур суглоба, його складових та навколишніх тканин, що дозволяє віддиференціювати різні патології одна від одної.

Мета: узагальнити достовірні та різносторонні знання про імпіджмент синдром плечового суглоба; значимість та роль МРТ в діагностиці причин больового синдрому при імпіджмент синдромі плечового суглобу.

Матеріали та методи дослідження: ретроспективний та бібліосемантичний аналіз літературних даних, практичних рекомендацій, наукових публікацій, а також представлених 175 МР- томограм у період з вересня 2022 по січень 2023р. – в коронарній, сагітальній та аксіальних площинах, де були отримані T1-зважені, PD - , PDFS-зображення. У дослідженні взяли участь особи різної статі, вікової категорії та раси. Дослідження проводилися особам, провідними симптомами у яких були: виражений больовий синдром та обмеження рухової функції плечового суглоба.

Результати: за даними МРТ, із 175 представлених томограм плечового суглобу, у 53 осіб був виявлений імпіджмент синдром, що складає 30,2 %. У ході досліджень було виявлено, що даний синдром найчастіше зустрічається у осіб чоловічої статі (57%), аніж жіночої (43%). Згідно расової приналежності – в осіб білої раси. Імпіджмент синдром був виявлений у 4 пацієнтів у віці від 20 до 30 років (7,5%), у 12 пацієнтів у віці від 30 до 40 років (22,6%), у 24 пацієнтів у віці від 40 до 50 років (45,3%), 7 пацієнтів у віці від 50 до 60 років (13,2%), у 6 пацієнтів у віці від 60 до 70 років (11,4%).

Найбільш частими причинами імпіджмент синдрому плечового суглобу у досліджуваній групі пацієнтів були: вроджені особливості будови акроміального відростка – у 4 пацієнтів (7,5%), артроз – у 37 пацієнтів (69,8%), остеофіти – у 12 пацієнтів (22,7%).

Для більш точної постановки діагнозу, можливості віддиференціювати різні види патології суглобів, необхідний швидкий та якісний метод діагностики, яким і являється МРТ плечового суглобу. Метод є простим у виконанні, безпечним, безболісним та достовірним, що в свою чергу дозволяє охопити і провести значну кількість обстежень.

Висновки: імпіджмент синдром плечового суглоба є однією з найбільш частих причин вираженого больового синдрому та обмеження рухової функції суглоба. МРТ являється "золотим стандартом" у діагностиці патологій суглобів і дає змогу повноцінно візуалізувати різноманітні процеси, які призводять до хронічних больових відчуттів та в комбінації з іншими методами обстеження попередити їх прогресуванню.

ПАРОНІХІЙ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ЛЕГЕНЬ EGFR ІНГІБІТОРАМИ

Пригара Д.В., Готько Є.С., Жеро С.В., Ігнатко В.Я., Погорєлова Н.Є., Молнар А.Й., Мельник М.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород

Ключові слова: рак легені, пароніхій, побічні реакції, інгібітори EGFR.

Вступ: пароніхій є добре відомою шкірною токсичністю, що дуже важко піддається лікуванню, пов'язаною з терапією інгібітором рецептора епідермального фактора росту (EGFR). Хоча бактеріальні та грибкові інфекції, а також механічна травма можуть відігравати роль супутніх патогенів, немає належної основи для емпіричної антимікробної терапії для цих пацієнтів.

Мета: вивчення побічних реакцій при лікуванні інгібіторами рецептора епідермального фактора росту (EGFR).

Матеріали та методи: проведено аналіз і статистична обробка первинної документації 16 пацієнтів, що отримали лікування інгібіторами рецептора епідермального фактора росту (EGFR) в умовах кафедри онкології та радіології ФПОДП ДВНЗ «УжНУ».

Результати: зміни нігтів спостерігаються у 15 % пацієнтів, що зазвичай починаються на 4–8 тижні від початку лікування. Пароніхія найчастіше проявляється запаленням нігтьової складки (головним чином великого пальця ноги; інші пальці ніг і пальців також можуть бути залучені), зазвичай є першою ознакою. Ця пароніхія може бути дуже болючою та нагадувати врослий ніготь у важких випадках, коли розвивається піогенна гранульома нігтьової складки.

Висновки: необхідні подальші дослідження причин висипу, пов'язаного з анти-EGFR, і лікування, оскільки анти-EGFR-цільова терапія використовується для лікування все більшої кількості пацієнтів. Механізми, що лежать в основі, недостатньо вивчені, але, швидше за все, пов'язані з пригніченням EGFR у шкірі. Оскільки ці агенти стають все більш поширеними, важливо, щоб дерматологи могли правильно діагностувати ці побічні ефекти та відрізнити їх від інших захворювань шкіри. Ці дерматологічні реакції є відносно поширеними і, як правило, легкими, але також можуть спричинити клінічний дистрес у пацієнта. Оскільки є все більше доказів зв'язку між ефективністю лікування та висипанням, висипання можуть служити сурогатним маркером відповіді пухлини.

ОБГРУНТУВАННЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПРИ РІЗНИХ СТАДІЯХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ПУХЛИН (GIST)

Готько Є.С., Жеро С.В., Варга Л.Л., Росул М.В.

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

Ключові слова: гастроінтестинальні стромальні пухлини (GIST), хірургічна допомога, імуногістохімічне (ІГХ) дослідження, таргетна терапія, іматинібу мезилат.

Вступ: Захворюваність на GIST не перевищує 1,5 випадки на 100.000 населення, розповсюдженість - 13 хворих на 100.000 населення. Інтенсивні показниками розповсюдженості (менше 50 хворих на 100.000 населення)

дозволяють віднести GIST до категорії «орфанних». В рутинній морфологічній діагностиці GIST часто помилково описані як «мезенхімальна пухлина», «нейроендокринна пухлина», «карциноїд». ІГХ дослідження дозволяє верифікувати GIST за маркером CD 117, а також визначити проліферативний потенціал за маркером Ki 67, що прогнозує агресивність перебігу захворювання. Доцільне також проведення молекулярного дослідження на наявність та характер мутацій в KIT (дикий тип або мутація в екзонах 9, 11, 12), що дозволяє прогнозувати відповідь на терапію.

В умовах рутинної клінічної практики GIST часто діагностуються в місцево-розповсюджених та метастазуючих стадіях. Оперативне лікування показано при локальних процесах, які походять з органів верхнього поверху шлунково-кишкового тракту (шлунок, тонка кишка). Попередня інформація про морфологію пухлинного утвору дозволяє зменшити стандартні обсяги втручання (для шлунку – субтотальні та клиновидні резекції замість гастректомії, лімфодиссекції D2). Вимоги щодо радикалізму (R0) залишаються незмінними. Хірургічної ревізії потребують також місцево-розповсюджені пухлини, резектабельність яких часто сумнівна. За даними літератури, циторедуктивні втручання в таких випадках не є оптимальним рішенням. GIST резистентні до «стандартних» режимів поліхіміотерапії. Застосування таргетних препаратів, зокрема, інгібіторів тирозинкінази (імаїнібу мезилату та ін.) суттєво покращують прогноз пацієнтів з GIST.

Мета: оцінити результати мультимодального підходу до лікування GIST.

Матеріали та методи: Нами розглянуті клінічні випадки GIST за матеріалами хірургічної клініки КНП «ЦМКЛ» Ужгородської міської ради. Враховуючи низьку захворюваність, за останні 3 роки (2021 – 2023) маємо для аналізу лише 3 випадки GIST. Пацієнтка Н., 68 років, оперована у обсязі клиновидної резекції шлунку (R0), оскільки морфологія процесу попередньо верифікована по матеріалу гастробіопсії. Від ад'ювантної таргетної терапії категорично відмовилася. На січень 2023 р. ECOG = 0, дані за пролонгацію процесу відсутні, працює. Пацієнт К., 64 роки, ургентно оперований в листопаді 2022 р. на висоті кровотечі в обсязі субтотальної резекції шлунку з анастомозом по Б-II. Загальна морфологія – карциноїд, ІГХ (морфологічна лабораторія CSD, Київ) – GIST (G1). Низький проліферативний індекс за Ki-67 дозволив спостережену тактику.

Місцево-розповсюджені та метастатичні процеси потребують альтернативної тактики. Пацієнт П., 65 років, госпіталізований з інтенсивним больовим синдромом в епігастрії, вираженою загальною слабкістю, анемією важкого ступеню, гіпопротеїнемією. Вказані скарги відмічає понад 5 міс, втратив понад 20 кг маси тіла. При огляді - виражена блідість шкіри та слизових, в черевній порожнині контурується через передню черевну стінку та пальпується пухлина, що займає епі- та мезогастральну ділянку, переважно – ліворуч від серединної лінії. КТ 24.09.2021 - ознаки пухлинного утвору розміром 213x141x118 мм.

Результати: Комісійно вирішено розпочати зі спроби оперативного лікування. Проведена інтенсивна передопераційна підготовка (гемоплазмотрансфузії). Інтраопераційна знахідка: пухлина походить зі шлунку з формуванням виразкового дефекту кардіального відділу, інтимно огортає аорту

із поширенням на заднє середостіння, проростає селезінку, підшлункову залозу, верхній полюс лівої нирки, заочеревинний простір зліва. Інтраопераційно випадок консультований онкологом та судинним хірургом. Враховуючи результати ревізії, від радикального оперативного втручання вирішено утриматись. Виконана ексцизійна біопсія пухлини. Післяопераційний період не ускладнений. Патогістологічний висновок – нейроендокринна пухлина. При ІГХ дослідженні верифікований GIST високого ступеню злоякісності (high-grade, G2). При молекулярному дослідженні виявлена мутація гена KIT в 11 екзоні. Початок лікування - через 1 міс. після лапаротомії. Призначений імаїнібу мезілат PO 400 мг щоденно. Щомісяця проводилась клінічна та УЗД оцінка. КТ контроль через 3 міс. від початку лікування – зменшення розміру пухлини до 112 x 93 x 90, червень 2022 р. – 104 x 93 x 84 (за критеріями RECIST 1.1 – регресія на 47,4% та 51,2% відповідно). КТ в листопаді 2022 – динаміка відсутня, стабілізація процесу. Загальний стан хворого задовільний, на січень 2023 р. ECOG = 1, приріст маси тіла на 14 кг, відсутні гематологічні зміни, порушення в показниках печінкового та ниркового комплексів. Продовжує призначену раніше таргетну терапію. Побічні ефекти лікування помірні та суттєво не впливають на якість життя.

Висновки: Аналіз даних літератури та наведених вище клінічних випадків показує наступне. Мінімально розповсюджені процеси дозволяють проводити оперативні втручання у менших обсягах, ніж при інших пухлинах ШКТ (аденокарциномах) за умови радикалізму (R0) та не потребують агресивної неoad'ювантної або ад'ювантної хіміотерапії. Наявність у хворого гігантської GIST є серйозним діагностичним та лікувальним викликом. Тільки комплексне обстеження хворого, застосування сучасних інтраскопічних технологій із подальшою адекватною інтраопераційною оцінкою резектабельності та обґрунтованою відмовою від «надрадикалізму» забезпечують таких пацієнтів від невиправдованих інтра- та постопераційних ризиків. Морфологічна, ІГХ та молекулярна верифікація GIST, ведення пацієнта силами мультидисциплінарної команди дозволяє розв'язати діагностичні та лікувальні протиріччя, створити перспективу досягнення повної або часткової ремісії та довготривалої виживаності із задовільною якістю життя.

ПЕРЕВАГИ ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ

Пацкань І. І., Корсак В. В.

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

Ключові слова: ефективність цервікального та цитологічного скринінгу при патології шийки матки

Вступ. Захворювання шийки матки переважають у структурі патології репродуктивної системи жінок репродуктивного віку і виявляються у 5-9% жінок менопаузального віку. В структурі гінекологічної захворюваності - доброякісні фонові процеси шийки матки від 35 до 80%. Проте, за даними

літератури, рак шийки матки (РШМ) займає II місце по розповсюдженості серед онкозахворювань в світі і I місце в розвиваючих країнах. Вірус папіломи людини (ВПЛ) високоонкогенних типів визнаний основною причиною передраку та раку шийки матки і є найбільш поширеною серед всіх верст населення. За даними ВООЗ по українській популяції, враховуючи відсутність повного реєстру ВПЛ - асоційованих захворювань в Україні, загальна захворюваність складає 1 млн. випадків (215 випадків на 10.000 населення).

Мета:

- доцільність широкого впровадження цервікального скринінгу з ВПЛ – тестуванням.;
- поширення, в умовах сучасності, заходів первинної профілактики

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 100 жінок репродуктивного віку (вік 30+) з патологією шийки матки . Відбір пацієнток групи ризику з найбільш значимою клінічною патологією щодо передраку та РШМ проводився за результатами традиційної та рідинної цитології , з можливістю останньої щодо проведення ВПЛ-тесту. Проте, лише 40 жінок , в умовах сьогодення, були спроможні на дообстеження щодо наявності ВПЛ. Тактика подальшої діагностики та лікування проводилась згідно менеджменту в залежності від цитології і ВПЛ-статусу.

Результати. Згідно моніторингу ефективності лікування жінок без визначення ВПЛ-статусу консервативними медикаментозними методами відзначались: стабільністю або прогресуванням патологічних результатів цитологічного дослідження; наявністю або тимчасовою відсутністю змін на ШМ при кольпоскопії, прогресуванням або рецидивом патології. патології ШМ.

Пацієнткам з ВПЛ-позитивним статусом, враховуючи, що не існує міжнародних стандартів лікування ВПЛ, відсутні доказові пріоритетні консервативні методи лікування, особливо дисплазій – проводилась ексцизія як лікувально- діагностична процедура у межах здорової тканини з можливістю гістологічної оцінки – виключення РШМ, що мало позитивний ефект у 95% жінок даної групи.

Таким чином, з метою виявлення жінок репродуктивного віку (вік 30+) групи ризику по передраку і раку ШМ доцільно проводити цервікальний скринінг (рідинна цитологія + ВПЛ-тестування 1 раз на 5 років).

Діагностична чутливість цервікального скринінгу на 20% вище за традиційну цитологію. Серед недоліків традиційної цитології: наявність рясного фону, механічне пошкодження клітин, відповідно недооцінка змін клітин, що потребує повторного забору матеріалу. Переваги рідинної цитології: збереження всього відібраного матеріалу; можливість консервування та збереження зразків тривалий час; зменшення кількості непридатних для оцінки препаратів; чистий фон препарату; визначення наявності мікроорганізмів: трихомонад; грибків типу кандиди; зсув мікрофлори, характерний до бактеріального вагінозу; бактерії морфологічно подібні до актиноміцетів, вірусу простого герпесу та цитомегаловірусу; збереження архітекtonіки клітин; можливість приготування препарату для цитоморфології, молекулярних методик (HPV) Діагностична чутливість цервікального скринінгу у середньому становить близько 80%.

Висновки. Відмінністю методу цервікального скринінгу від традиційного є стандартизація технології, приготування цитологічних препаратів з клітинної суспензії Рідина цитологія дозволяє усунути деякі недоліки традиційної цитології, що сприяє підвищенню діагностичної чутливості цитологічного скринінгу, дозволяє обрати адекватну діагностичну та лікувальну тактику.

Профілактичними засобами профілактики патології шийки матки є: інформування населення щодо факторів ризику при адекватній підготовці медперсоналу; вакцинація проти високоонкогенних типів ВПЛ; щорічні профогляди з онконасторогою медиків; активізація діяльності служби планування сім'ї.

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ГІПОВІТАМІНОЗУ Д

Ігнатко Л.В.¹ Ігнатко В.Я.²

¹ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра охорони материнства та дитинства,

²ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород

Ключові слова: гіповітаміноз Д, соціопатина сім'я, вітамін Д, профілактика.

Вступ. На сьогоднішній день рахіт залишається як медичною, так і медико-соціальною проблемою, оскільки має серйозні наслідки, і у дитячому, так і у дорослому віці. Окрім розвитку аліментарного рахіту з порушенням формування та росту кісток дефіцит вітаміну D у дітей також суттєво впливає на імунітет та перебіг респіраторних інфекцій. Увага медичних працівників, особливо сімейних лікарів, є недостатньою у питаннях профілактики гіповітамінозу D у дітей, у вагітних і породіль, а також у людей похилого віку. Поширеність рахіту на Україні залишається високою і становить від 44 до 60%.

Мета: Порівняльна характеристика рівнів вітаміну D у дітей раннього віку та людей похилого віку, в залежності від соціального статусу та від проведення специфічної профілактики гіповітамінозу.

Матеріали та методи: Нами було відібрано 38 дітей з недостатнім рівнем вітаміну D та ознаками рахіту на базі дитячого відділення Ужгородської МДКЛ та 28 практично здорових дітей, а також 22 людей старшого віку, із яких 9 – мали онкологічні захворювання. Було проведено вивчення анамнестичних даних, клінічне та лабораторне біохімічне обстеження, методи статистичного аналізу.

Результати: Зібравши анамнез захворювання та обстеживши дітей ми виявили, рахіт достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічався в дітей із соціопатичних сімей, в яких профілактика рахіту не проводилася (I B), ніж у дітей, в яких профілактика проводилася (I A) – 62% і 38% відповідно. ВДД-рахіт II ступеню достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічався в дітей із соціопатичних сімей, ніж в дітей із соціально благополучних сімей – 34% і 9% відповідно. Нами було виявлено основні фактори ризику гіповітамінозу D – це патологічне протікання вагітності, молодий вік матері – менше 18 років, недоношеність дитини,

неадекватне вигодовування – особливо змішане та штучне. У дітей із соціопатичних сімей вітамін Д дефіцитний рахіт протікав в більшості випадків у важчій формі ніж у дітей із соціально благополучних сімей – оскільки у дітей із соціально неблагополучних сімей був значно нижчий рівень вітаміну Д. Ми вивчали, чи обізнані батьки, щодо профілактики гіповітамінозу Д та рахіту. Виявлено надзвичайно низьку обізнаність серед батьків щодо профілактики рахіту, особливо у соціопатичних сім'ях. Ми це пов'язували як із зниженням уваги лікарів до даної проблеми, так і неухважністю і байдужістю серед батьків, щодо важливості даної патології. Однією із задач ми поставили вивчення рівня вітаміну Д у дорослих – батьків першого та другого порядку – бабусь та дідусів. Було виявлено практично біля 79% - гіповітаміноз вітаміну Д як серед батьків, а особливо у старшого покоління – бабусі і дідусі. Їх рівень вітаміну Д коливався від 13 до 22 нг/мл. Цікавим було те, що при наявності онкологічних захворювань у старшого покоління у 7 із 9 респондентів виявлено надзвичайно низький рівень 25 (ОН) D – від 9 до 14 нг/мл

Висновки: Гіповітаміноз Д та рахіт найчастіше зустрічається у дітей у соціопатичних сім'ях. У таких сім'ях профілактика рахіту проводилася значно рідше і ВДД-рахіт протікав достовірно частіше у важчій формі, ніж у соціально благополучних сім'ях і поєднання факторів ризику зустрічалося частіше. У старшому віці гіповітаміноз Д зустрічався однаково часто незалежно від соціального статусу. Виявлено низьку обізнаність серед батьків, а особливо старшого покоління щодо важливості профілактики рахіту та гіповітамінозу Д.

У дітей із соціопатичних сімей ВДД-рахіт поєднувався з іншими нозологіями, такими як часті респіраторні захворювання, залізодефіцитні анемії, недостатня вага, захворювання бронхо-легеневої системи достовірно частіше, ніж у дітей із соціально благополучних сімей.

Рекомендовано лікарям-педіатрам та сімейним лікарям звернути більшу увагу на профілактику рахіту, шляхом проведення роз'яснювальних бесід про важливість проведення неспецифічної і специфічної профілактики гіповітамінозу Д та рахіту. Важливим є питання посилення контролю за виконанням батьками рекомендацій щодо проведення профілактики рахіту. Для людей старшого віку важливим є контроль рівню вітаміну Д - 25 (ОН) D – для профілактики остеопорозу та, можливо, онкозахворювань.

ПРОФІЛАКТИКА ПАХОВОГО БОЛЮ ТА РЕЦИДИВУ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ТАРР ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПАХОВОЇ КИЛИ

Пацкань Б. М., Лавер О. П.

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

Ключові слова: пахова кила, лапароскопічна ТАРР герніопластика, післяопераційний паховий біль, рецидив пахової кили.

Вступ: Пахова кила є поширеною хірургічною патологією, що охоплює до 25% чоловічого населення та близько 3% жіночого населення Землі. Щорічно в

світі виконується близько 20 мільйонів оперативних втручань з приводу даної патології.

Мета:

- визначити частоту випадків раннього післяопераційного та хронічного пахового болю в пацієнтів з проведеною лапароскопічною ТАРР герніопластиком за класичною методикою та безфіксаційною методикою.
- визначити тривалість госпіталізації пацієнтів при виконанні оперативного втручання за обома методиками.
- визначити частоту рецидивів пахових кил при проведенні оперативного втручання за обома методиками.

Матеріали та методи: В період між вереснем 2019 р. та жовтнем 2021 р. хірургами кафедри хірургічних дисциплін ФПОДП «УжНУ» на базі КНП «ЦМКЛ» УМР було проведено 40 герніопластик односторонніх пахових кил за класичною фіксаційною методикою з використанням герніостеплера та 36 лапароскопічні герніопластики з використанням безфіксаційної методики. Пацієнти поділені на дві групи відповідно. Всі пацієнти були оглянуті на 7-ий післяопераційний день, 1 місяць, 3 місяць, 6 місяць та 1 післяопераційний рік. У всіх випадках використовувалися високоякісні легкі поліпропіленові сітчасті імпланти розміром 10*15 см.

Результати: в результаті проведеного дослідження було виявлено, що частота раннього післяопераційного пахового болю в першій групі пацієнтів, яким була проведена класична ТАРР герніопластика становила 10% (4 пацієнта). В другій групі, при проведенні герніопластики за безфіксаційною методикою цей показник становив 8.3% (3 пацієнта). Хронічний паховий біль (понад 6 місяців після оперативного втручання) не спостерігався в жодній з груп пацієнтів. Тривалість госпіталізації в першій групі варіювалася від 2 до 5 днів та в середньому становив 3,2 дні. В другій групі тривалість госпіталізації становила від 1 до 4 днів з середнім значенням 2,3 доби. Частота рецидивів в обох групах впродовж року спостереження становила 0%.

Висновки: Безфіксаційна методика лапароскопічного хірургічного лікування пахових кил є безпечним оперативним втручанням, яке показало певні переваги над класичною методикою внаслідок зменшення середньої тривалості госпіталізації пацієнтів на 0.9 днів (28,1%), та зменшення кількості пацієнтів з раннім післяопераційним паховим болем на 25%. Відсутність рецидиву впродовж року після оперативного втручання в обох групах доводить ефективність даної методики. За висновками даного дослідження можна рекомендувати безфіксаційну методику лапароскопічного лікування пахових кил для постійного використання в повсякденній хірургічній практиці.

МЕНЕДЖМЕНТ В РОБОТІ СУЧАСНОГО ЛІКАРЯ

Рогач І.М.¹, Керецман А.О.¹, Рего О.Ю.¹, Михалко Я.О.²

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

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

Ключові слова: медичний менеджмент, проблеми тлумачення

Вступ. Динамічний та швидкоплинний розвиток українського суспільства, його системне перетворення та євроінтеграційний напрям потребує якісного менеджменту в освіті та охороні здоров'я. На це вказує, зокрема, стаття 49 Конституції України, яка дала можливість успішно втілювати ринкові перетворення в системі охорони здоров'я, забезпечувати якісне проведення скорочення мережі і ліжок медичних організацій з урахуванням напрямку європейських стандартів і створити базу для подальшої оптимізації кількості лікарів і середнього медичного персоналу у медичних організаціях. Водночас, відкрила широкі можливості застосування нововведень у медицині, чим створила умови для якісної профілактики та лікування хворих.

Оскільки галузь охорони здоров'я України перебуває на етапі перебудови, частина термінів і понять сучасного медичного менеджменту лише уточнюється частково або односторонньо, що призводить до хибних трактувань як процесу управління, так і окремих його складових. З огляду на вищесказане, пошук проблем тлумачення медичного менеджменту визначають його актуальність і потрібність для широкого кола користувачів.

Мета: виявлення проблем тлумачення медичного менеджменту та визначення позиції щодо його значення для роботи сучасного лікаря, придатної для практичного використання під час процесу управління в галузі охорони здоров'я.

Матеріали та методи: контент-аналіз низки нормативних документів.

Результати дослідження. На необхідності розробки чітких механізмів для забезпечення рівного доступу громадян України до своєчасної, безпечної та якісної екстреної, первинної, спеціалізованої та високоспеціалізованої і паліативної медичної допомоги та реабілітації у сфері охорони здоров'я, наголошується у низці нормативних документів, зокрема: Указі Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року "Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою", «Концепції розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 р., «Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України» від 30 листопада 2016 р., Законі України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 01.07.2022 р.

Особливе значення має Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022р. Він регламентує внесення змін до «громадського здоров'я» як науки, яка займає особливе місце в сучасній медичній галузі та готує фахівців нової ринкової системи охорони здоров'я. Навчальна дисципліна «громадське здоров'я» розширює поняття «здоров'я», «охорони здоров'я», особливості їх формування, сучасні тенденції трансформації та впливу на сучасний розвиток суспільства.

Ні в кого не виникає сумніву в доцільності детального вивчення майбутнім лікарем фундаментальних медичних дисциплін, однак з огляду на наголошенні у низці стратегічних документів та нормативних документів ВООЗ на необхідності формування, передусім, у населення здоров'я орієнтованої

поведінки, доцільність вивчення управління людським здоров'ям та механізмами його зміцнення, чомусь недооцінюється. Адже, саме рання діагностика, профілактика та завчасне виявлення чинників, які впливають на здоров'я – це реалізація медичного менеджменту.

Чи розуміє кожний майбутній лікар, що у ринкових умовах, де швидко змінюються структури та функції лікарів, необхідно вміти, окрім володіння основними медичними навичками, якісно управляти поведінкою пацієнта на шляху до зміцнення здоров'я? Вміння лікаря самостійно визначати механізм впливу на чинники, що визначають здоров'я людини можливий тільки через якісний менеджмент, який повинен також враховувати усі зміни в медичній галузі.

Потрібно розуміти, що якісний медичний менеджмент передбачає реалізацію впливу на здоров'я в системі «кожний лікар сумісно з пацієнтом», а не тільки є відображенням процесу управління, де керує тільки влада і медична ієрархія адміністраторів.

Усе вищевказане посилює вимоги до підготовки нової генерації лікарів, які повинні поряд з лікувально-профілактичними навичками уміло управляти людським здоров'ям, змінними інноваційними технологіями, вміти комунікувати і якісно організувати систему спадкоємності усіх напрямків діяльності охорони здоров'я.

Висновки. В ринкових умовах та євроінтеграційних процесах формується безліч нових нормативних документів, основні положення яких через відсутність достатніх знань у царині менеджменту веде до неправильного трактування та прийняття неправильних рішень на місцях, що є причиною недотримання основних законодавчих положень і логістики сьогодення, коли потрібно зберігати та виконувати функції системи охорони здоров'я при зміні її структур, в умовах її повної приватизації та зміні фінансування. Саме якісний медичний менеджмент повинен стати одним із механізмів зміцнення здоров'я, ранньої та постійної профілактики, зберігаючи доступність, якість, безкоштовність медичної допомоги та, особливо, її керованість.

ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Слабкий Г.О.¹, Рогач І.М.², Качала Л.О.², Качала Т.В.³

¹ДВНЗ «УжНУ» факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород.

²ДВНЗ «УжНУ» медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни, м. Ужгород.

³ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород.

Ключові слова: війна з рф, здоров'я населення, вплив.

Вступ. Україна з 24 лютого 2022 року знаходиться в стані війни, яку розв'язала рф.

Мета роботи – представити вплив війни з рф на стан здоров'я населення України.

Матеріали та методи. Метод системного підходу, бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. В ході дослідження території України розділені на три групи: окуповані території, території активних бойових дій, території віддалені від зони активних бойових дій.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено наступний негативний вплив війни з рф на стан здоров'я населення України:

- *медичного характеру:* Зростання захворюваності населення на соціально значущі хвороби: злоякісні новоутворення, туберкульоз, захворювання системи кровообігу, цукровий діабет, хвороби органів дихання, з збільшенням частки їх виявлення в занедбаних стадіях або при їх ускладненнях; загроза зростання ризику захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби включаючи: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, гострі сезонні вірусні інфекції, в тому числі вакцинокеровані та епідемічні спалахи гострих кишкових захворювань; ментальне виснаження із зростанням рівня **психологічних та психічних проблем** при високому рівні розвитку посттравматичного стресового розладу, підвищення рівня саморуйнівної поведінки при практичній відсутності доступу до послуг із профілактики саморуйнівної поведінки та самогубств, високий рівень бойового травматизму із зростанням інвалідизації населення, зростання рівня самолікування при зниженні рівня відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету;

- *демографічного характеру:* зростання рівня загальної та передчасної смертності населення без отримання медичної допомоги з високим рівнем вимушеної міграції населення та вкрай низьким рівнем планованої бажаної вагітності.

Висновки. Війна з рф має значний негативний вплив на стан здоров'я України з різницею рівня впливу у визначених територіях.

ВПЛИВ ВІЙНИ З РФ НА ЧИННИКИ ПОВЕДІНКОВО-БІОЛОГІЧНОГО ХАРАКТЕРУ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Слабкий Г.О.¹, Рогач І.М.², Качала Л.О.², Качала Т.В.³

¹ДВНЗ «УжНУ» факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород.

²ДВНЗ «УжНУ» медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни, м. Ужгород.

³ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород.

Ключові слова: війна, громадське здоров'я, чинники, поведінково-біологічні, формування, вплив.

Вступ. Україна знаходиться в стані повномасштабної війни, яку розв'язала проти неї рф.

Мета роботи – встановити та проаналізувати вплив війни з рф на чинники поведінково-біологічного характеру формування громадського здоров'я населення України.

Матеріали та методи. Метод системного підходу, бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. В ході дослідження території України розділені на три групи: окуповані території, території активних бойових дій, території віддалені від зони активних бойових дій.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено наступний негативний вплив війни з рф на чинники поведінково-біологічного характеру формування громадського здоров'я населення України:

- *чинники біологічного характеру:* втрата попередніх сталих умов якісного проживання; зниження якості навколишнього середовища існування (екологічна складова); проживання в несприятливих санітарно-гігієнічних умовах; зниження доступу до якісної питної води; в холодний період року – вимушене життя при низькій температурі для значної частки населення; Життя значної частки населення тривалий час без освітлення;

- *поведінкові чинники:* зниження рівнів відповідального відношення до здоров'я, як до особистого пріоритету; зниження рівня поведінки по забезпеченню профілактики захворювань та збереженню здоров'я; Життя в постійному стресі із-за обстрілів, повітряних тревог; зростання кількості нарко-, алкоголь- та інших залежностей; зниження рівня санітарної культури населення; підвищення рівня самолікування в тому числі в критичних станах.

Висновки. Війна з рф має значний негативний вплив на чинники поведінково-біологічного характеру формування громадського здоров'я населення України. Рівень впливу залежить від регіону проживання населення: окуповані території, зона активних бойових дій, віддалені від вказаних регіонів території.

МОТИВАЦІЯ ЯК АСПЕКТ МЕДИЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

Керецман А.О.¹, Рогач І.М.¹, Качала Л.О.¹, Михалко Я.О.²

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

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

Ключові слова: мотивація, медичний менеджмент, медичні кадри

Вступ. Як наголошується в стратегічних документах ВООЗ, однією з основних загроз, пов'язаних із здоров'ям по досягненню Цілей розвитку тисячоліття, виступає дефіцит медичних кадрових ресурсів у системі охорони здоров'я любої країни. Адже, саме достатня кількість медичних працівників є

ключовим моментом в процесі організації надання медичної допомоги належної якості на всіх рівнях населенню будь-якої країни.

З огляду на це, раціональний розподіл обов'язків і задач між різними категоріями медичних кадрів розглядається як один із перспективних напрямів реалізації стратегії збереження і зміцнення здоров'я населення через покращення доступу та збільшення ефективності затрат у системі охорони здоров'я. Однак, за результатами сучасних досліджень застосування таких стратегій є вкрай ускладненим через вплив на них різних місцевих умов функціонування систем охорони здоров'я в різних країнах, таких як різні соціальні, політичні, демографічні та культурні чинники.

В поєднанні з такими загальновизнаними проблемами постає ще й проблема мотивації медичних працівників з урахуванням місцевих особливостей діяльності в медичній сфері в Україні. Адже, як відомо, стабільність та ефективність системи охорони здоров'я залежить не тільки від володіння медпрацівниками необхідними навичками і знаннями, але й від умов, які забезпечують належну вмотивованість та залученість.

Тому вивчення проблем мотивації лікарів залишається актуальним в сучасних умовах становлення і впровадження нових медичних реформ в Україні.

Мета полягає у розкритті основних проблем мотивації медичних працівників в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи: компаративний аналіз стратегічних документів ВООЗ та нормативних документів України.

Результати дослідження. Як наголошується в Указі Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою»: «спроможність системи охорони здоров'я в Україні впливати на демографічну ситуацію, покращення стану здоров'я та підвищення рівня якості життя населення є обмеженою внаслідок втрати профілактичної складової в організації надання медичної допомоги та прогресуючої кадрової медичної кризи.

Рівень забезпечення організаційних, фінансових, інформаційних, технічних, технологічних та інших ресурсних потреб системи охорони здоров'я, а зокрема кадрових, є вкрай недостатнім для задоволення потреб населення у рівному його доступі до своєчасної, якісної та безпечної медичної допомоги.

Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я характеризується відсутністю послідовної стратегії забезпечення галузі спеціалістами необхідного профілю, що спричиняє відтік із галузі високопрофесійних фахівців та молодих спеціалістів».

В умовах війни ситуація із кадровим забезпеченням тільки погіршилася, а про майбутні наслідки для населення і системи охорони здоров'я України навіть ніхто не береться судити.

Відтак, слід розуміти, що наявність у медичних працівників тільки належної якості професійних навичок і підготовки без відповідного рівня мотивації не гарантує ефективність надання медичної допомоги населенню і в кінцевому рахунку – не буде результативним процесом у діяльності всієї медичної

організації. За визначенням сучасної психології управління саме мотивація окремої людини виступає рушійною силою ефективної трудової діяльності.

Якщо раніше для ефективної діяльності закладів охорони здоров'я, перед менеджерами стояло завдання спонукати лікарів та інший медичний персонал до кращого виконання своїх професійних обов'язків через створення внутрішніх мотивів, підтримувати професійний інтерес, забезпечити отримання задоволення від отриманих результатів своєї діяльності, то в сучасних умовах загострилася проблема утримання медичних кадрів. Передусім, готові спеціалісти, зокрема молода лікарська спільнота та молодший медперсонал, повинні захотіти залишитись у країні в умовах впровадження нових медичних реформ, особливо під час війни!

Висновки. Визначення ролі мотивації в сучасний період розвитку України трактується науковцями та експертами по-різному. Однак, саме мотивація визнається основною функцією медичного менеджменту. Її роль у процесі управління медичними кадрами детермінована рядом причин: новими вимогами медичної науки і техніки, зростанням ролі особистості лікаря в системі діяльності охорони здоров'я, необхідністю пошуку для медичного бізнесу та менеджменту нових підходів для втілення практичних моделей мотивації медичних кадрів відповідних сучасному етапу розвитку системи охорони здоров'я.

Таким чином, в умовах сьогодення медичний менеджмент для керівників комунальних і приватних закладів охорони здоров'я працюватиме ефективно на якісне управління людськими ресурсами тільки за умов перегляду керівниками підходів до всієї системи управління медичними кадрами з огляду не тільки на мотивацію медичної діяльності, але й проблеми утримання та залучення медичних кадрів.

ЕТИКО-ЕСТЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО СТАНОВЛЕННЯ ЛІКАРІВ

Качала Л.О.¹, Рогач І.М.¹, Керецман А.О.¹, Качала Т.В.²

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

²ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород

Ключові слова: Етика, естетика, особистість, культура лікарювання.

Вступ. Останні роки всі ми спостерігаємо, що питання моралі, етики і естетики в процесах лікарювання відходять на другий план і це насторожує, тому що спеціальність лікаря відноситься до публічних професій, пов'язаної із авторитетом лікаря серед населення. Професійна успішність лікарів визначається не тільки знаннями, але і привабливим іміджем його.

Мета. Представити вплив етики і естетики для підвищення професійного рівня майбутніх лікарів.

Матеріали і методи. Метод системного підходу, бібліо-семантичний метод, метод структурно-логічного аналізу. Матеріалами дослідження стали дані наукової літератури з психології та етики в системі охорони здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення. Фахівцями уже давно помічена і сформульована закономірність: чим досвідченіші і мудріші стають лікарі, тим більше їхню увагу привертають проблеми моралі. Вони прекрасно розуміють, що ефективність лікування завжди набагато вища, якщо їхні контакти з пацієнтами, родичами пацієнтів ґрунтуються насамперед на таких базових моральних принципах, як обов'язок, совість, честь, достоїнство, шляхетність, а не тільки на «чистому» професіоналізмі.

Трохи змінивши відомий крилатий вираз, можна стверджувати: знання можуть дати лікарю вагу, але тільки моральне, з дотриманням правил етикету і естетики, може надати їм блиску в спілкуванні з пацієнтами і їх родичами.

У свій час Паскаль писав: є два спосіб дії на людей – спосіб переконати і спосіб сподобатися, відмічаючи при цьому, що найбільш ефективний останній. Ефект особистої привабливості впливу на хворого, яке лікар справляє на них являється одним із найважливіших інструментів його успішності професійної діяльності.

Найважливішим загальним принципом насамперед можна вбачати так зване золоте правило моральності: поведітьесь стосовно інших так, як ви хотіли би, щоб вони поводитися стосовно вас.

Конкретними етико-естетичними принципами лікарської діяльності можна вважати наступні: ввічливість, коректність, тактовність, скромність, точність і обов'язковість.

Ввічливість проявляється в доброзичливості, привітному спілкуванні лікарів з пацієнтами і їх родичами. У цьому випадку варто пам'ятати відому східну приказку «Привітність – це золотий ключ, що відкриває залізни замки людських сердець».

Зрозуміло, що похмурі і незадоволені лікарі не будуть сприяти успішному налагодженню взаємозв'язку з пацієнтами і їх родичами. Підтвердженням цього є такий вираз: «ввічливість – це те необхідне машинне змащення, без якого механізм людських відносин перегрівається і відмовляється на ходу».

Зміст принципу коректності полягає в умінні лікаря тримати себе в рамках загальноприйнятих норм поведінки в будь-яких ситуаціях спілкування з хворими і, особливо, з їх родичами. Нестриманість, істеричність, брутальність ще ніколи не приносили лікарям позитивних результатів.

Суть принципу тактовності складається в дотриманні міри, яку необхідно витримувати лікарям у спілкуванні з пацієнтами, у їх умінні відчувати межі, які не можна переступати. Відмінною рисою тактовності є здатність лікарів співпереживати і ввійти в духовний світ пацієнтів, а також розуміння того, що конкретним пацієнтам у конкретні моменти може підняти дух скорішого выздоровлення або навпаки викликати негативну реакцію.

Говорячи про скромність, треба зауважити, що вона не являється синонімом сірості і безликості, як деякі це розуміють. Уміння скромно триматися лише підкреслює достоїнства особистості. Вона свідчить про стійкість, багатий внутрішній світ, можливість володіти собою в будь-яких ситуаціях. Як правило,

це позитивно впливає на хворих, приваблює їх до лікаря і виходить сприяє ефективнішому лікуванню. Скромність – не тільки прикраса лікаря: можна бути скромним, не будучи розумним, але не можна бути мудрим, не маючи скромність.

В чому полягає принцип точності і обов'язковості? Лікар, даючи слово, обіцяючи в спілкуванні з хворими і їх родичами зробити що-небудь, повинен бути хазяїном свого слова і виконувати обіцяне точно в строк. Точність і обов'язковість є зовнішніми проявами таких якостей особистості лікаря, як уміння аналізувати ситуацію, оцінювати свої дії, прогнозувати перспективу. Якщо лікарю стали відомі обставини, які не дозволяють виконати взяті на себе зобов'язання, потрібно негайно довести до відома про це тих, кому вони були дані. Це потрібно робити не тільки з погляду правил гарного тону, але й з погляду успішного подальшого лікувального процесу.

Торкаючись лікарського етикету треба пам'ятати про велике значення виразу обличчя лікаря, його підтягнутість, охайність, строгість одягу, доглянутий вид, що завжди сприятливо виглядають на сприйняття лікарів хворими і їх родичами. Тембр, інтонація, чіткість вимови, паузи, гучність голосу – все це також впливає на пацієнтів, викликає в них повагу, симпатія до лікаря або навпаки, негативні емоції.

Лікарям не слід вживати незрозумілі для хворих спеціальні терміни і скорочення. Якщо без них не можна обійтись, потрібно пояснити їх зміст. Точно так треба бути обережним із вживанням іноземних слів і виражень використання незрозумілих слів – не кращий для лікарів спосіб показати свою ерудицію і освіченість. Це не тільки не сприяє кращому взаєморозумінню, але й може викликати у хворого роздратованість. Давно помічено – хто ясно мислить, той ясно висловлюється. Чим зрозуміліша буде мова буде мова лікаря для хворого, тим більша імовірність того, що вони знайдуть спільну мову.

Висновки. Таким чином, етико-естетична культура лікарювання багато в чому залежить від того, наскільки лікарі опанували знаннями етики, етикету, естетики, умінням їх успішно використання в повсякденній практиці і перетворили в особисте переконання доцільності і необхідності їхнього застосування.

ПИТАННЯ ВПЛИВУ ВІЙНИ З РФ НА СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ФОРМУВАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Слабкий Г.О.¹, Рогач І.М.², Качала Л.О.², Качала Т.В.³·Фейса І.І.⁴

¹ДВНЗ «УжНУ» факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород.

²ДВНЗ «УжНУ» медичний факультет, кафедра соціальної медицини та гігієни, м. Ужгород.

³ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра онкології та радіології, м. Ужгород.

⁴ ДВНЗ «УжНУ» факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород.

Ключові слова: війна, громадське здоров'я, формування, вплив соціально-економічні детермінанти.

Вступ. Аналіз міжнародних інформаційних джерел вказує на негативний вплив воїн на стан формування громадського здоров'я населення в формуванні якого визначальне значення мають соціально-економічні детермінанти.

Мета роботи – встановити та проаналізувати вплив війни з рф на соціально-економічні детермінанти формування громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи. Методи: системного підходу, бібліосемантичний та структурно-логічного аналізу. Матеріали дослідження: дані наукової літератури та особистий практичний досвід з організації охорони здоров'я населення. В ході дослідження території України розділені на три групи: окуповані території, території активних бойових дій, а також території країни віддалені від війни.

Результати дослідження. Показано наступний негативний вплив війни з рф на соціально-економічні детермінанти формування громадського здоров'я в Україні:

- соціальні детермінанти: високий рівень з регіонів, що пов'язані з війною вимушеної міграції населення; низький рівень доступності до інтернету та мобільного зв'язку або їх повна відсутність; трагічна втрата близьких людей з вимушеним розривом сімей та з втратою зв'язку з рідними; зниження доступу до важливої для людей інформації; зниження доступу до лікарських засобів та необхідних медичних послуг в тому числі до послуг підтримки в критичних психологічних станах; порушення сталого ритму комфортного життя;

- економічні детермінанти: зниження рівня економічного стану населення; втрата роботи та низький рівень можливості працевлаштування; зниження економічного та фізичного доступу до якісних продуктів харчування, пошкодження систем енерго- та водопостачання.

Висновки. Війна з рф має значний негативний вплив на соціально-економічні детермінанти формування громадського здоров'я в Україні. Рівень впливу залежить від регіону проживання населення.

**Матеріали
77-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу
«УжНУ»**

Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки



Формат 60*84/16. Папір офс. Гарнітура
Times New Roman. Друк офс.
Ум.друк.арк. 3,83. Обл.-вид.арк. 4,43
Наклад 100 прим.

Видавництво “ФОП Сабов А.М.”.
м. Ужгород, вул. Університетська, 21/220.
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК
№ 4855 від 25.02.2015 р.
Друк: ФОП Сабов А.М., тел. 099-315-00-93