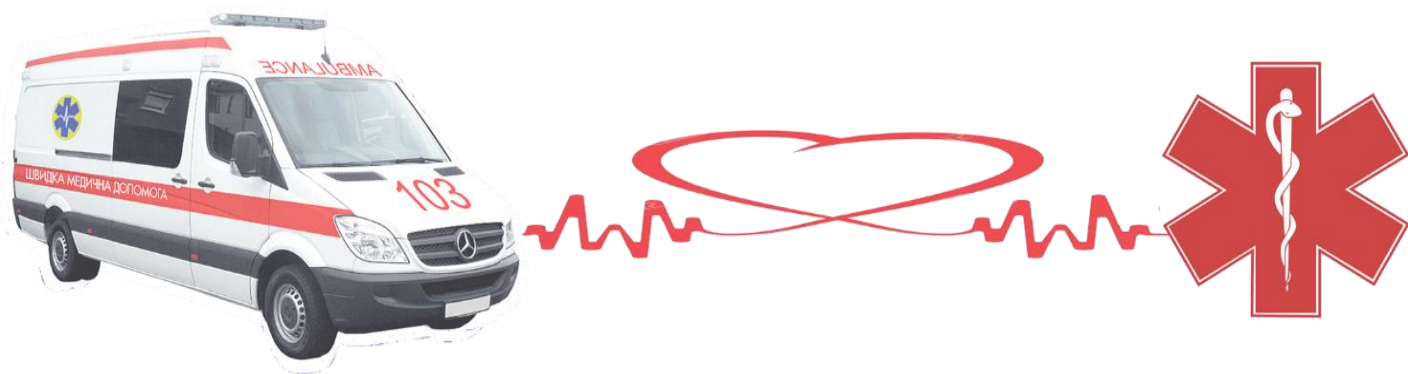


**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**V Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
28 лютого 2025 року**



ПОЛТАВА

2025

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,
Ляхова Н.О., Краснова О. І., Лавренко Д. О.**

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2025; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 28 лютого 2025 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2025. – 189 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2025

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО

**доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,
ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА**



Вельмишановні гості, учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на V Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» від імені колективу Полтавського державного медичного університету.

Виклики сьогодення, пов'язані з воєнною агресією російської федерації проти України, багато в чому визначають тематику заходу. Численні виступи та публікації науковців і практичних лікарів присвячені питанням тактичної медицини, екстреної допомоги в умовах бойових дій, діяльності системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Україні під час ліквідації наслідків обстрілів тощо. Трагічні події в нашій країні дають нові виклики системі охорони здоров'я, в тому числі і системі екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, яка є невід'ємною її складовою, що робить

питання, які будуть розглянуті на конференції, особливо актуальними та важливими.

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

З повагою та найкращими побажаннями.

**Ректор Полтавського державного медичного університету,
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав ЖДАН**

**Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я
з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора
Ірини Голованової**



Вельмишановні учасники конференції!

Дозвольте привітати Вас від імені кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою та щиро подякувати учасникам за увагу до нашої науково-практичної конференції «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти».

Організація такої конференції в одному з провідних медичних вишів України, за активної участі не лише науковців, а й фахівців практичної медицини, свідчить як про важливість тематики, так і про інтеграцію академічної науки, управлінського сектору та практичної охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам конференції розширення професійних і партнерських контактів, активного наукового спілкування та продуктивної творчої дискусії.

З повагою та найкращими побажаннями.

Завідувач кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, д.мед.н. професор Ірина ГОЛОВАНОВА

**Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща),
видавничого директору наукового журналу «*Emergency Medical Service*»,
док. н. гум. Анни Лучинської**



Dear Colleagues!

The importance of a continuous exchange of information, experiences, research and observations in the field of public health is nowadays crucial for solving the problems resulting from population ageing resulting in higher systemic costs, health hazards due to environmental changes and the increasing demand for new diagnostic and therapeutic tools.

Against this background, scientists face important research challenges in providing medical care to the population, so I want to thank the organizers of the conference for the opportunity to cover such scientific works in the journal *Wiadomości Lekarskie*.

**With the hope for further fruitful cooperation,
Director of the publishing house ALUNA (Poland) Publishing Director of the
Scientific Journal *Wiadomości Lekarskie* Anna ŁUCZYŃSKA**

СЕРЦЕВІ БІОМАРКЕРИ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОЦІНКИ РИЗИКУ

Катеренчук І.П.

Полтавський державний медичний університет

Персоналізована невідкладна медицина – від клінічно відібраних осіб до стандарту допомоги, адаптованого до ризику. Термін «персоналізована медицина» передбачає підхід до лікування, який базується на індивідуальних потребах, а не на групах.

Біомаркери циркулюючої крові відіграють важливу роль у поточному діагностичному обстеженні пацієнтів з ЕД.

Біомаркер можна визначити як будь-який білок або іншу макромолекулу, яку можна об'єктивно виміряти та оцінити як індикатор нормальних біологічних процесів, патологічних процесів, перебігу захворювань або фармакологічної відповіді на терапевтичне втручання. Легко вимірні біомаркери надають важливу інформацію про етіологію захворювання, необхідність втручання та прогноз. Діагностичні біомаркери підтверджують наявність або відсутність захворювання.

Таким чином, результати біомаркерів необхідно інтерпретувати в контексті ймовірності попереднього тестування, а граничним діапазоном слід віддавати перевагу дихотомічним і надто спрощеним граничним значенням.

Біомаркери повинні прискорити правильну діагностику та лікування, що веде до персоналізованої та адаптованої терапії [16]

Тести на місці надання медичної допомоги зі швидким часом виконання вже можуть надати цю інформацію на догоспітальному етапі, включаючи лікарні загальної практики та машини швидкої допомоги, що може ще більше покращити лікування мультиморбідних та літніх пацієнтів із неспецифічними скаргами [17–20].

Біомаркери також можуть покращити рішення щодо місця надання медичної допомоги, що є основним фактором витрат.

Роль лікаря в невідкладній медичній допомозі змінилася від вирішення клінічних проблем лише шляхом збору анамнезу та огляду для визначення ймовірностей до та після тестування, необхідних для призначення та інтерпретації лабораторних тестів. Неправильне застосування результатів тесту може бути наслідком неправильної інтерпретації клініцистом – або через неправильне розуміння клінічних наслідків результату, або через нерозуміння обмежень методології тесту (тобто статистичних варіацій, обмежень ефективності або заважаючих речовин) [41]. Таким чином, клінічні навички досвідчених лікарів необхідно поєднувати з сучасними стратегіями біомаркерів, знаючи переваги та обмеження обох.

Серцевий тропонін (cTn) при ГІМ. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) є причиною смерті більшої кількості людей у світі, ніж будь-яке інше захворювання [122, 123]. З ефективним лікуванням у наших руках точна та швидка діагностика має велике медичне та економічне значення. У початковій оцінці електрокардіографія (ЕКГ) має першочергове значення для виявлення діагностичних підйомів сегмента ST, які потребують негайного переведення в катетерну лабораторію. Немає необхідності чекати результатів біомаркерів. Тим не менш, серцевий тропонін вимірюють, щоб використовувати його для 1) визначення розміру інфаркту та 2) точного підтвердження того, що стався ГІМ. Крім того, не всі підйоми сегмента ST є однозначними, оскільки численні причини, окрім STEMI, можуть призводити до підйому сегмента ST, наприклад гіпертрофія лівого шлуночка, міокардит, кардіоміопатія тактубо та невідомі причини, як у здорових молодих чоловіків [124]. При підозрі на нестабільну стенокардію та інфаркт міокарда без елевації сегмента ST (NSTEMI) серцеві тропоніни є обов'язковими для всіх пацієнтів, щоб зменшити діагностичну неоднозначність клінічного діагнозу. Під час дослідження досвідчені лікарі первинної медичної допомоги правильно класифікували 88% пацієнтів з низьким ризиком, що прибули до лікаря, з болем у грудній клітці, як такі, що

мають органічну або неорганічну етіологію виключно на основі їх первинного клінічного судження та перед призначенням будь-яких діагностичних тестів [125]. В умовах невідкладної допомоги з пацієнтами з кількома патологіями та вищою передтестовою ймовірністю органічного захворювання неоднозначність клінічних результатів набагато вища, наприклад, >90% у реальному дослідженні в екстрених умовах [25]. Таким чином, тестування cTn рекомендовано всіма поточними рекомендаціями для покращення клінічної ефективності.

З розвитком чутливих аналізів, що відображають або cTnI, або cTnT (єдині поточні біомаркери, які вважаються унікальними для серця), діагностика ГІМ стала революцією [123, 126–128]. У пацієнта з болем у грудній клітці підвищення рівня cTn стало обов'язковою умовою для клінічного діагнозу ГІМ. Серцеві тропоніни є нашим поточним золотим стандартом для виявлення некрозу міокарда. Чим чутливіший аналіз cTn використовується, тим менша кількість відмираючих клітин міокарда необхідна для виявлення цього сигналу. Це дозволило виявляти пацієнтів навіть із дуже малими ГІМ. Це також дозволяє швидше виявити ГІМ (зазвичай протягом 1 або 2 годин, якщо використовуються високочутливі аналізи cTn) [127]. Загалом, високочутливі аналізи cTn, здається, становлять значне медичне та економічне вдосконалення клінічної практики.

Однак клінічне використання цих аналізів також створило проблеми та невизначеності: незрозуміло, чи медична користь, яка спостерігалася в попередніх РКВ для ранньої реваскуляризації та агресивної антиагрегантної терапії, також стосується пацієнтів з дуже малими ГІМ. Оскільки ці пацієнти все ще мають підвищений ризик смерті порівняно з пацієнтами без підвищених високочутливих рівнів cTn, поточні рекомендації ESC заохочують нас робити це [122, 123, 126–128]. По-друге, пошкодження міокарда не обмежується ГІМ, але також може супроводжувати інші захворювання, такі як септичний шок, тромбоемболія легеневої артерії, гіпертонічна хвороба серця, що супроводжує термінальну стадію хвороби нирок, або гостра серцева недостатність. Оскільки

наразі нам не вистачає біомаркера, який би надійно виявляв розрив бляшки або коронарний тромбоз, ми часто залишаємося з нашими основними клінічними інструментами, включаючи історію пацієнта, щоб диференціювати ГІМ від інших причин пошкодження міокарда. Інтерпретація серцевого тропоніну як кількісного маркера пошкодження кардіоміоцитів, коли ймовірність наявності ГІМ зростає зі збільшенням рівня серцевого тропоніну, а також використання абсолютних змін протягом 1–3 годин як додаткової інформації для розрізнення причин хронічного підвищення, наприклад серцевої недостатності (зазвичай не демонструє відповідних короткочасних змін), від причин, що призводять до гострого пошкодження кардіоміоцитів, таких як ГІМ, які пов'язані зі зростанням та/або падінням. По-третє, як тільки діагностичний тест оголошено «золотим стандартом», стає практично неможливо остаточно виключити хибнопозитивні результати тесту. Зараз це стосується cTn. Ми твердо переконані, що серце незмінно є винятковим джерелом підвищення cTn, незалежно від конкретного стану пацієнта. Однак, оскільки як ЕКГ, так і методи візуалізації мають набагато меншу чутливість до некрозу міокарда, ніж cTn, наукові докази часто не можуть бути надані на окремому пацієнті. Одним із простих варіантів виключення аналітичних хибнопозитивних рівнів є вимірювання другого аналізу cTn (наприклад, cTnI при початковому використанні cTnT). По-четверте, незважаючи на впровадження високочутливих аналізів, необхідні контрольні вимірювання через 3 години, щоб виключити ГІМ, що може затримати час до виписки ЕД. Використання ранніх алгоритмів, специфічних для аналізу [129], або комбінація серцевого тропоніну з копептином, здається, дозволяє ще раніше виключити [130].

1. **Вступ.** У вересні 2021 року систематичний огляд Агентства з досліджень охорони здоров'я та якості Департаменту охорони здоров'я та соціальних служб США (звіт AURQ) показав, що (а) загальна діагностична точність у відділенні невідкладної допомоги (ED) висока, але деяким пацієнтам ставиться неправильний діагноз (~5,7%); (b) близько 2,0% цих пацієнтів страждають від побічної події через неправильний діагноз; і (c) близько 3,0%

побічних ефектів є серйозними (~0,3%) [1]. У цьому документі визначено 15 клінічних станів, пов'язаних із найсерйознішою шкодою у разі неправильного діагнозу, що становить 68% усіх випадків серйозної шкоди в ЕД [1]. Серед цих станів серцево-судинні розлади представлені інсультом (позиція 1), інфарктом міокарда (позиція 2), аневризмою та розшаруванням аорти (позиція 3), а також серцевими аритміями (позиція 12). Потрібні рішення для вдосконалення діагностичних процесів біля ліжка, і вони мають бути спрямовані на найчастіше неправильно діагностовані клінічні прояви, що призводять до серйозної шкоди [1].

У грудні 2022 року багатоорганізаційний документ [9], опублікований Американським коледжем лікарів невідкладної допомоги (ACEP) та іншими американськими товариствами, пов'язаними з невідкладною медициною, підкреслив важливу проблему в допомозі ЕД. Основне занепокоєння полягає в тому, що лікарі невідкладної допомоги надають пріоритет стабілізації тяжкохворих пацієнтів над виявленням станів, що загрожують життю [9]. Дійсно, через обмеження, пов'язані з діяльністю ЕД, лікарі часто ставлять лише попередній робочий діагноз, сподіваючись, що їхні колеги в клінічних відділеннях матимуть більше часу та легший доступ до більш складних процедур дослідження, щоб отримати більш детальну інформацію для встановлення остаточного діагнозу [9]. З іншого боку, пацієнти, госпіталізовані до відділення невідкладної допомоги, є людьми з найбільшими діагностичними труднощами. Тому слід виділяти більше ресурсів для підвищення швидкості та точності первинної діагностики та лікування [9].

Щорічно мільйони пацієнтів надходять до лікарень швидкої допомоги розвинутих країн з клінічними симптомами, пов'язаними з гострим коронарним синдромом (ГКС), але діагноз ГКС підтверджується менш ніж у 10% з них [10,11,12,13]. За останні роки було опубліковано кілька документів і міжнародних настанов, які пропонують деякі прискорені діагностичні протоколи щодо диференціальної діагностики ГКС і більш точної стратифікації

ризик пацієнтів, які надходять до відділення невідкладної допомоги з підозрою на ГКС [14,15,16,17,18,19,20,21,22,23].

У 2021 році Хендлі та ін. [10] належним чином помітили, що етична дилема часто виникає у пацієнтів, які надходять до відділення невідкладної допомоги з боєм у грудній клітці, коли клініцисти намагаються збалансувати ризик недіагностування ГКС із потенційною шкодою, спричиненою більш точним обстеженням серця [15,17,20,21,22,23].

Вже десять років високочутливі імунотести на серцевий тропонін І (hs-cTnI) і серцевий тропонін Т (hs-cTnT) рекомендовані всіма міжнародними рекомендаціями як золотий стандарт лабораторних методів для виявлення ураження міокарда та діагностики гострого інфаркту міокарда (ГІМ) [8,14,15,16,19,24]. Зокрема, Четверте універсальне визначення інфаркту міокарда [8] визначає ураження міокарда як окремий стан, що характеризується принаймні одним значенням hs-cTnI або hs-cTnT вище 99-го перцентилу значень розподілу біомаркерів, оцінених у контрольній популяції здорових дорослих (99-те верхнє референтне значення — URL-значення).

Використання методів hs-cTnI та hs-cTnT дозволило прогресивно скоротити час до встановлення діагнозу NSTEMI (інфаркт міокарда без підйому сегмента ST) з 6 до 12 годин до менш ніж 3 годин у пацієнтів, які були госпіталізовані до відділення невідкладної допомоги [14,15,16,17,18,19]. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC) 2020 р. рекомендують найшвидші клінічні алгоритми із забором крові при надходженні та через 1 або 2 години (0–1 год або 0–2 год) [15]. Ця рекомендація ґрунтується на даних, які свідчать про те, що ці алгоритми (особливо алгоритм 0–1 години) дозволяють визначити та виключити NSTEMI у найкоротші терміни [15]. Крім того, за останні 5 років були розроблені та оцінені клінічні результати деяких методів тестування на місці (РОСТ) (тобто, hs-cTnI РОСТ), аналітична продуктивність яких дорівнює методам hs-cTnI [25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36].

Беручи до уваги ці аналітичні вдосконалення та клінічні докази [14,15,16,17,18,19,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36], останні документи та рекомендації [14,15,16,17,36,37] рекомендують використовувати прискорені діагностичні протоколи, засновані на використанні hs-cTn, щоб скоротити тривалість перебування у відділенні невідкладної допомоги та лікарні та таким чином зменшити витрати, пов'язані з лікуванням пацієнтів із торакальним болем, ГКС або гострою серцевою недостатністю (ГСН).

3. Серцеві біомаркери в умовах ЕД

3.1. Клінічна інтерпретація циркулюючих рівнів hs-cTnI та hs-cTnT

Усі останні міжнародні рекомендації погоджуються з тим, що hs-cTnI та hs-cTnT є лабораторними біомаркерами першої лінії для діагностики ураження міокарда та ГІМ [8,14,15,16,19,24]. Необхідні два фундаментальні аналітичні критерії для аналізів hs-cTnI та hs-cTnT: (1) коефіцієнт варіації має бути $\leq 10\%$ при 99-му процентилі значення URL; і (2) тропонін має бути вимірюваним у $\geq 50\%$ контрольної популяції з принаймні 600 осіб обох статей, включаючи принаймні 300 здорових жінок з концентрацією біомаркерів вище межі виявлення (LoD) методу [24]. Відповідно до цих специфікацій якості [24], точне вимірювання рівнів циркулюючого hs-cTnI та hs-cTnT є складним через концентрацію біомаркерів у здорових жінок, яка нижча, ніж у здорових чоловіків того ж віку [38,39,40,41]. Дійсно, 10% значень біомаркерів, виміряних за допомогою найпопулярніших методів hs-cTnI у великій контрольній популяції в Італії, фактично становлять ≤ 2 нг/л (тобто в середньому значення LoD методів) [40]. Враховуючи метод hs-cTnT, приблизно 20–25% очевидно здорових дорослих чоловіків і жінок у Європі та Китаї мали значення cTnT ≤ 3 нг/л (тобто LoD методу) [41,42,43].

Циркулюючі рівні hs-cTnI та hs-cTnT у здорових дорослих людей обох статей слід вважати надійним показником фізіологічного оновлення кардіоміоцитів [38,39,40,44,45,46,47,48]. Зокрема, кілька клінічних досліджень повідомляють, що значення 99-го процентиля URL методів hs-cTn коливаються в середньому від 13 до 47 нг/л, що відповідає оновленню приблизно 30–40 мг

міокарда [26,38,39,40,41,42,43,44,45,46]. Відповідно, середні концентрації біомаркерів приблизно 3–5 нг/л (типові для дорослих здорових суб'єктів) пов'язані з об'ємом міокарда ≤ 10 мг. Оскільки обсяг щоденного оновлення тканини міокарда є надто низьким, щоб його можна було виявити за допомогою методів візуалізації серця, таких як магнітно-резонансна чи позитронно-емісійна томографія [46, 47], у Четвертому універсальному визначенні інфаркту міокарда визначено пошкодження міокарда, враховуючи значення 99-го перцентиля URL аналізів hs-cTnI та hs-cTnT як порогове значення. [8].

3.2. Клінічна значущість біологічної варіації серцевих біомаркерів

Четверте універсальне визначення інфаркту міокарда [8] базується на клінічному розрізненні між двома різними клінічними станами: (а) гостре ураження міокарда, що характеризується значними змінами з часом рівнів hs-cTnI та hs-cTnT у пацієнта, та (б) хронічне ураження міокарда (тобто пошкодження серця), що характеризується майже стабільними рівнями біомаркерів. Відповідно, біологічна варіація циркулюючих рівнів біомаркерів, і особливо те, як ця варіація оцінюється, є фундаментальними питаннями, пов'язаними з рутинним клінічним обстеженням пацієнтів, які надходять до відділення невідкладної допомоги з приводу болю в грудях або ГКС [38,48,49,50,51].

hs-cTnI та hs-cTnT мають дуже низький індекс внутрішньоіндивідуальної біологічної варіації (тобто індивідуальний індекс, Π), у середньому 0,3, як і креатинін. Для порівняння, індивідуальне значення індексу серцевих натрійуретичних пептидів (НП), включаючи BNP і NT-proBNP, становить $>0,6$ [48,49,50,51]. Біомаркери зі значенням $\Pi < 0,6$ зазвичай демонструють кращу кореляцію з деякими фундаментальними індивідуальними фізіологічними характеристиками (зокрема, статтю, віком, зростом тіла та м'язовою масою) [48], і ці лабораторні тести є кращими відповідно до принципів персоналізованої та прецизійної медицини. Щоб оптимізувати діагностичну точність методів hs-cTnI та hs-cTnT, зміни в концентраціях біомаркерів слід перевіряти на серійних зразках в одного пацієнта за допомогою того самого

методу аналізу, а не порівнювати одне значення з контрольними значеннями, оціненими в контрольній популяції (такими як 99-й перцентиль URL або клінічне порогове значення), які характеризуються великим довірчим інтервалом. [48,49,50,51].

Останні рекомендації рекомендують спеціальні алгоритми для оцінки змін у часі hs-cTnI та hs-cTnT у пацієнтів із торакальним боєм [8,14,15,16,17,18,19,20]. Зокрема, рекомендації ESC 2020 року [15] рекомендують найшвидший алгоритм 0 год/1 год як найкращий варіант, враховуючи перший відбір зразка о 0 год (тобто одразу після надходження до ЕД), а потім другий через 1 год. В якості альтернативи рекомендації рекомендують алгоритм 0 годин/2 години, враховуючи перший зразок при надходженні, а потім другий через 2 години [15]. Більше того, зміни моделей з часом (позначені дельтами або грецьким символом Δ) слід оцінювати, беручи до уваги концентрації hs-cTnI та hs-cTnT, виміряні у двох серійних зразках пацієнта відповідно до алгоритму (тобто абсолютна зміна) [15].

Рекомендації ESC 2020 року стверджують, що безпека (як кількісно визначена негативною прогностичною цінністю, NPV) і чутливість дуже високі (>99%), у тому числі в підгрупі пацієнтів, які звертаються дуже рано (тобто <2 години від появи симптомів) [15]. Крім того, слід віддавати перевагу швидким алгоритмам (особливо найшвидшому алгоритму 0 год/1 год), оскільки вони суттєво зменшують затримку діагностики, спричиняючи коротший термін перебування пацієнтів у відділенні невідкладної допомоги порівняно з 0 год/3 год, рекомендованим попередніми рекомендаціями ESC 2015 року [52]. Нарешті, рекомендації ESC 2020 також рекомендують конкретні рівні для включення та виключення в момент часу 0, використовуючи лише одне значення допуску. Специфічні для методу граничні рівні, зазначені в рекомендаціях ESC 2020 [15] для виключення в момент часу 0, зазвичай дуже подібні до значення LoD методів hs-cTnI та hs-cTnT, демонструючи $\text{NPV} \geq 99\%$ [14,18,48,49,50]. Навпаки, специфічні для методу граничні рівні, зазначені в настановах ESC 2020 для правила введення в момент часу 0, мають дещо нижчу

діагностичну точність, з оптимальним порогом для правила введення, обраним для забезпечення позитивної прогностичної цінності (PPV) близько 70% [15], тому ці пацієнти завжди потребують подальших неінвазивних та/або інвазивних досліджень для підтвердження діагнозу ІМ [14].

Згідно з деякими останніми документами та настановами [14,16,18,50], все ще є деякі додаткові клінічні питання, які слід розглянути [15]. По-перше, достовірні докази для значень дельта для найшвидших алгоритмів для деяких методів hs-cTnI все ще відсутні або обмежені [14,16,18,51]. По-друге, завжди необхідно переконатися, що симптоми почалися щонайменше за 3 години до збору, оскільки рівні hs-cTnI та hs-cTnT підвищуються повільно в перші години; отже, важко виявити значну варіацію в рівнях біомаркерів занадто рано [15,18,19]. По-третє, граничні та дельта-значення, рекомендовані ESC 2020, не залежать від статі. Добре відомо, що значення 99-го перцентиля URL значно вищі у чоловіків порівняно з жінками, тому цю різницю слід враховувати при діагностиці ураження міокарда та ГІМ, використовуючи конкретні порогові значення для методу та статі [8,14,16,18,19,39,40,41,49,53,54,55,56,57,58]. Дійсно, граничні значення, що не залежать від статі, можуть призвести до недооцінки діагнозу ураження міокарда та ГІМ у жінок, які поступили до відділення невідкладної допомоги з торакальним болем або ГКС, особливо коли використовуються методи hs-cTnI [58,59,60,61,62,63,64,65].

У 2023 році Комітет IFCC з клінічного застосування серцевих біомаркерів (IFCC C-SB) [74] надав деякі практичні освітні напрямки та технічну інформацію щодо аналітичних характеристик і клінічної значущості методів РОСТ для серцевих біомаркерів. Документ містить деякі конкретні рекомендації щодо найбільш відповідного використання, аналітичної ефективності та результатів методів РОСТ для аналізу cTn на основі останніх клінічних досліджень. Загалом, методи РОСТ слід використовувати для діагностики NSTEMI як у ED, так і в інших клінічних умовах, оскільки вони покращують діагностичну ефективність і зменшують ТАТ та очікування пацієнтів у ED [25,26,36,37,74]. Цієї мети можна досягти шляхом впровадження

діагностичного шляху, який включає методи hs-cTnI РОСТ з використанням швидких діагностичних алгоритмів 0–1 год, оскільки пацієнтів із низьким ризиком NSTEMI можна ідентифікувати швидше [25,26,36,37,74].

Впровадження методів РОСТ hs-cTnI вимагає не лише ретельного навчання персоналу, відповідального за вимірювання біомаркерів, але й точної оцінки аналітичних, клінічних та організаційних питань, пов'язаних із рутинним використанням методів РОСТ у ED [25,26,36,37,74]. Особливу увагу слід приділяти переданалітичній та аналітичній фазам через можливу присутність аналітичного втручання, а також через клінічні труднощі, пов'язані з пороговими значеннями, специфічними для віку, статі та методу [14,16,18,19,24,25,26,36,37,57,74]. Крім того, існує потреба у валідованій системі, щоб гарантувати належну лабораторну інформаційну систему (LIS), контроль якості процедур та клінічні результати, отримані за допомогою методів hs-cTnI РОСТ у ED [25,26,36,37,74].

УДК 616.34-007.272-089.844-072.1

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ЕНТЕРОСКОПІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕВСТАНОВЛЕНОГО ДЖЕРЕЛА ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Виноград М.В., Цілюрик В.В., Челішвілі А.Л., Цимбал Я.М.

Комунальне некомерційне підприємство “Хорольська міська лікарня”

Хорольської міської ради Лубенського району Полтавської області, Україна

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Анотація. У статті висвітлено застосування інтраопераційної ентероскопії у пацієнта з невстановленим джерелом гострої кишкової кровотечі. Описано клінічний випадок, алгоритм проведення процедури, її діагностичні та лікувальні можливості. Наголошено на перевагах методу у складних випадках, коли неінвазивні методи є недостатньо ефективними.

Abstract. The article highlights the use of intraoperative enteroscopy in a patient with an unknown source of acute intestinal bleeding. A clinical case,

procedural algorithm, and diagnostic and therapeutic capabilities of the method are described. The advantages of this approach in complex cases where non-invasive methods are insufficient are emphasized.

Ключові слова: інтраопераційна ендоскопія, кишкова кровотеча, діагностика, лікування, хірургія.

Keywords: intraoperative enteroscopy, intestinal bleeding, diagnosis, treatment, surgery.

Вступ. Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) є серйозною медичною проблемою. За даними українських літературних джерел, летальність від ШКК коливається в межах 5–15%, залежно від тяжкості стану пацієнта та ефективності наданої допомоги [4]. Найпоширенішою причиною таких кровотеч є виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Проте тонкокишкові кровотечі становлять 5–6% усіх випадків ШКК, тоді як гострі кровотечі з товстої кишки – 12–15% [7, 8]. Діагностика тонкокишкових кровотеч є складною через анатомічну недоступність тонкого кишечника для стандартних ендоскопічних методів.

Мета дослідження. Оцінити ефективність інтраопераційної ендоскопії для діагностики та лікування тонкокишкових кровотеч на прикладі клінічного випадку.

Результати та обговорення. Клінічний випадок.

Пацієнт П., 62 роки, доставлений до відділення невідкладної допомоги КНП «Хорольська МЛ» 16.10.24 з ознаками гострої шлунково-кишкової кровотечі: багаторазова мелена, слабкість, тахікардія, зниження артеріального тиску до 80/40 мм рт. ст. Пацієнта переведено до відділення інтенсивної терапії, де проведено обстеження:

- Фіброгастроуденоскопія (ФГДС) – патології не виявлено, ознак кровотечі немає.
- Фіброколоноскопія – ознаки кровотечі без визначення джерела, підтікання кров'яних виділень з тонкої кишки.

Пацієнту проводилось консервативне лікування: гемостатична терапія, переливання еритроцитарної маси та свіжезамороженої плазми, дезінтоксикаційна терапія, інгібітори протонної помпи, антибіотикопрофілактика.

Лабораторні дані:

- Загальний аналіз крові від 16.10.24: Нб – 103 г/л; Ер – $3,26 \times 10^{12}$ /л.
- Загальний аналіз крові від 17.10.24: Нб – 89 г/л; Ер – $2,8 \times 10^{12}$ /л.

Протягом доби у пацієнта спостерігалися випорожнення чорно-червоного кольору 6 разів. 17.10.24 проведено КТ-ангіографію, яка виявила помірну спленомегалію.

Враховуючи продовження кровотечі, пацієнту запропоновано оперативне лікування з метою встановлення діагнозу та зупинки кровотечі.

Хід операції:

- Середина лапаротомія.
- Ревізія органів черевної порожнини: макроскопічно патології не виявлено.
- Просвіт здухвинної та товстої кишки заповнений чорним рідким вмістом.
- Для встановлення джерела кровотечі проведено інтраопераційну ендоскопію:
 - Ентеротомія діаметром до 1 см на умовній середині тонкої кишки.
 - Введено інтрадусер 10 мм, через який заведено гастроскоп у проксимальному напрямку – патології не виявлено.
 - При огляді дистальних відділів тонкої кишки виявлено гіперемовану, набряклу слизову оболонку з множинними петехіальними крововиливами та згустками крові у просвіті. Візуальна картина відповідає хворобі Крона, ускладненій кровотечею.
 - Проведено біопсію, промивання кишки фізіологічним розчином, коагуляцію.

- Ентеротомічний отвір ушито, черевна порожнина санована та ушита.

Післяопераційний період: Пацієнт отримував лікування: препарати транексамової кислоти, переливання еритроцитарної маси та свіжезамороженої плазми, дезінтоксикаційну терапію, інгібітори протонної помпи, антибіотики. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Гістологічне дослідження підтвердило гранулематозний коліт. Пацієнта виписано на 10-ту добу для амбулаторного лікування під наглядом гастроентеролога.

Причини та методи діагностики тонкокишкових кровотеч. Етіологія:

- Ангідисплазії – найпоширеніша причина у пацієнтів похилого віку [9].
- Пухлини тонкого кишечника (доброякісні та злоякісні).
- Хвороба Крона – хронічне запальне захворювання, що викликає виразки та кровотечі [6, 9].
- Мезентеріальний ішемічний синдром – порушення кровопостачання кишечника.
- Дивертикул Меккеля – вроджена аномалія, що часто спричиняє кровотечі у молодих пацієнтів.
- Васкуліти – запальні ураження судин.

Діагностичні методи:

- Фіброгастроуденоскопія (ФГДС) – ефективна при верхніх ШКК, але обмежена для тонкого кишечника [1, 2, 8].
- Колоноскопія – малоінформативна при масивних кровотечах.
- КТ-ангіографія – дозволяє виявити активну кровотечу, але чутливість залежить від інтенсивності крововтрати [10].
- Інтраопераційна ентероскопія – метод візуалізації тонкого кишечника під час хірургічного втручання [3, 5, 11].

Висновки

1. Тонкокишкові кровотечі без встановленого джерела потребують комплексного підходу до діагностики та лікування.

2. Стандартні методи діагностики (ФГДС, колоноскопія, КТ-ангіографія) не завжди дозволяють встановити джерело кровотечі.
3. Інтраопераційна ентроскопія є ефективним методом діагностики та лікування складних випадків, зокрема у пацієнтів із хворобою Крона. Її використання дозволяє встановити діагноз, локалізувати джерело кровотечі та провести гемостаз, що покращує результати лікування.

Література

1. Коваленко І.С., Петренко О.В., Сидоренко В.О. (2020). Сучасні підходи до діагностики та лікування тонкокишкових кровотеч у пацієнтів із хронічними захворюваннями кишечника. Український журнал хірургії, 2(45), 45-50.
2. Лисенко О.М., Шевченко О.В., Бондаренко І.А. (2019). Ендоскопічні методи діагностики та лікування шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів із захворюваннями тонкого кишечника. Гастроентерологія, 53(3), 178-184.
3. Григоренко О.О., Ковальчук Л.М., Ткаченко О.І. (2018). Роль інтраопераційної ентроскопії у діагностиці та лікуванні тонкокишкових кровотеч. Клінічна хірургія, 85(4), 22-26.
4. Савченко О.В., Бойко В.В., Мазур І.П. (2021). Сучасні підходи до діагностики та лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч у пацієнтів із хворобою Крона. Український медичний часопис, 3(143), 67-72.
5. Мельник О.І., Захарченко О.В., Ковальчук В.М. (2022). Ефективність інтраопераційної ентроскопії у лікуванні тонкокишкових кровотеч у пацієнтів із термінальним ілеїтом. Вісник експериментальної та клінічної хірургії, 15(2), 89-94.
6. Belinda De Simone, Justin Davies, Fausto Catena et al. (2021). WSES-AAST guidelines: management of inflammatory bowel disease in the emergency setting. World Journal of Emergency Surgery, 16, 23.

7. Gralnek, I. M., et al. (2008). Diagnosis and management of small bowel bleeding. American Journal of Gastroenterology, 103(3), 574-580.
8. Laine, L., et al. (2011). ACG clinical guideline: management of patients with ulcer bleeding. American Journal of Gastroenterology, 106(5), 899-910.
9. Hsu, C. M., et al. (2009). Angiodysplasia as a cause of gastrointestinal bleeding in the elderly. World Journal of Gastroenterology, 15(10), 1238-1242.
10. Yoon, W., et al. (2006). Acute massive gastrointestinal bleeding: detection and localization with arterial phase multi-detector row helical CT. Radiology, 239(1), 160-167.
11. Zaman, A., et al. (1999). Intraoperative enteroscopy: a useful tool in the management of obscure gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal Endoscopy, 50(5), 656-660.

СИСТЕМНІ ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС: АСПЕКТИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

Гаджула Н.Г., Швець Л.В., Повшенюк А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Вступ. Ревматологічні захворювання, зокрема ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, хвороба Бехчета та інші системні ураження сполучної тканини, безпосередньо впливають на стан зубощелепної системи [1]. Особливості імунного статусу таких хворих, порушення мікроциркуляції, хронічний запальний процес та медикаментозна терапія негативно впливають на стоматологічне здоров'я, спричиняючи ураження тканин пародонта, слизової оболонки порожнини рота (СОПР) та скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Це значно погіршує якість життя, підвищує ризик ускладнень і часто потребує невідкладної стоматологічної допомоги.

Мета роботи: проаналізувати літературні дані щодо стоматологічного статусу пацієнтів із системними захворюваннями сполучної тканини та

особливостей надання невідкладної стоматологічної допомоги таким хворим для мінімізації ускладнень.

Основна частина. За результатами стоматологічного обстеження пацієнтів із ревматологічними хворобами, патологія пародонту мала найвищі показники поширеності – 83,6%, порівняно з іншими загально-соматичними захворюваннями [2]. Так, серед хворих на ревматоїдний артрит (РА), частота пародонтиту у 2-4 рази вища, ніж у загальній популяції, з більш агресивним перебігом обох захворювань [3]. У пацієнтів із РА поширеність запальних і запально-дистрофічних хвороб пародонта становить 65%, тоді як у соматично здорових осіб цей показник складає 28% [4].

У клінічному дослідженні О.В. Синяченко та співавт. [3] хронічний генералізований пародонтит діагностували у 46% хворих на РА. В іншому дослідженні, проведеному М. Gosset et al. [5], встановлено, що серед 453 пацієнтів із РА 41,6% мали високий ризик розвитку пародонтиту, тоді як у загальній національній вибірці дорослих цей показник становив 19,6%. Ризик розвитку пародонтальної патології корелював із активністю та тяжкістю РА, а також із такими відомими факторами ризику, як куріння та вживання алкоголю.

При вивченні стану СОПР у хворих на РА [6], хронічний катаральний стоматит виявлено у 36% обстежених, десквамативний глосит – у 25%, атрофічний глосит – у 19%. Крім того, у 60% пацієнтів із РА спостерігається ураження СНЩС, що спричиняє орофасціальний біль незубного походження [7].

У пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ) також спостерігається висока частота хвороб пародонта – до 85%, зокрема гінгівіту та пародонтиту [8]. Дослідники зазначають, що у 42% пацієнтів із СЧВ виявлено каріозні ураження зубів, у 15% – виразково-некротичний стоматит.

Клінічні прояви в порожнині рота можуть бути важливими діагностичними критеріями аутоімунних захворювань, що підкреслює значення міждисциплінарного підходу. Вчасна діагностика дозволяє своєчасно направити пацієнта до ревматолога, що сприяє покращенню прогнозу.

У дослідженні B. Sojod et al. [9] встановлено, що у хворих на СЧВ стан тканин пародонта характеризується поліморфним поєднанням гінгівіту та пародонтиту гіпертрофічного, катарального й атрофічного характеру. Гіпертрофічний і катаральний типи запалення були більш притаманні гострій і підгострій стадіям хвороби, тоді як катарально-атрофічні зміни частіше спостерігалися при хронічному перебігу. Клінічну картину доповнювали набряк, гіперемія та кровоточивість міжзубних сосочків і маргінальної частини ясен, а також грануляції, що кровоточили з пародонтальних кишень. Ці зміни супроводжувалися вираженим судинним малюнком і васкулітом, характерним для вовчакової мікроангіопатії. При рентгенологічному дослідженні виявляли прогресуючий дифузний остеопороз та стоншення вершин міжальвеолярних перегородок, переважно компактної кісткової пластинки [8].

Системні захворювання сполучної тканини мають виражені прояви на СОПР. Основними патогенетичними механізмами є аутоімунне запалення, що призводить до виразково-атрофічних змін; мікроангіопатії, які спричиняють ішемію слизової оболонки та її витончення; порушення регенерації тканин, що продовжує загоєння ерозій та виразок; а також гіпосалівація, що сприяє розвитку множинного карієсу, кандидозу та інших вторинних інфекцій [10].

Ураження СОПР при СЧВ можуть проявлятися трьома формами: гіперемія з гіперкератозом, гіперемія з ексудацією та ерозивно-виразкова форма. Часто виявляють гіперемовані ерозії або виразки з білим ореолом і променистими лініями, відомі як дискоїдні ураження. Вони здебільшого локалізуються на слизовій щік, твердому піднебінні та нижній губі. Крім того, у пацієнтів із СЧВ часто спостерігається ураження СНЩС. Встановлено, що серед 50 обстежених хворих у 24 були наявні скарги з боку СНЩС, а у 35 – різні клінічні симптоми, зокрема глосит, люпус-хейліт, глосодинія [8]. Також у таких пацієнтів нерідко діагностують множинний карієс зубів, що характеризується активним перебігом, імовірно, зумовленим імунологічною активністю захворювання.

Додаткові стоматологічні прояви аутоімунних хвороб включають ксеростомію, яка може розвиватися при синдромі Шегрена або при прийомі певних лікарських засобів, що спричиняє множинний карієс та ерозивні ураження слизової оболонки [11]. У хворих на хворобу Бехчета діагностують рецидивуючі афтозні виразки СОПР [10].

Отже, пацієнти з аутоімунними захворюваннями мають підвищений ризик розвитку патологій твердих тканин зубів, пародонта, СОПР і СНЩС. Це потребує тісної взаємодії стоматологів і ревматологів для раннього виявлення системних хвороб та оптимізації лікування.

Лікування пацієнтів із поєднаною патологією має включати контроль основного захворювання, корекцію остеопорозу та комплексну стоматологічну терапію. Для зменшення запалення та болю, пов'язаних із ревматологічною патологією, застосовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та глюкокортикостероїди. Враховуючи їхній потенційний вплив на тканини пародонта та СОПР, необхідно контролювати стан пацієнтів і коригувати дозування. У випадках тяжких форм РА чи СЧВ, коли традиційне лікування є недостатньо ефективним, застосовують біологічні препарати. Вони володіють потужною протизапальною дією, проте потребують моніторингу через можливий вплив на імунну відповідь та ризик інфекційних ускладнень.

Остеопороз є поширеним ускладненням ревматологічних хвороб, що спричинює втрату кісткової маси, включно з кістковою структурою альвеолярного відростка. Для його корекції використовують біфосфонати, деносумаб, препарати кальцію, вітамін D, які сприяють ремоделюванню кістки. Водночас тривале застосування біфосфонатів може викликати медикаментозний остеонекроз щелепи, що потребує ретельного стоматологічного контролю [12].

Пародонтологічне лікування включає професійну гігієну та санацію порожнини рота, усунення пародонтальних кишень і травматичної оклюзії, місцеву медикаментозну терапію тканин пародонта та фізіотерапію. Лазерні технології застосовують для стимуляції процесів регенерації та ремоделювання

кістки. Стоматологам необхідно враховувати вплив болю та функціональних порушень, пов'язаних із РА, для адаптації рекомендацій щодо догляду за порожниною рота та індивідуальної гігієни відповідно до потреб пацієнта.

Лікування пацієнтів із захворюваннями СОПР на фоні супутньої патології потребує комплексного підходу з інтеграцією стоматологічних і ревматологічних аспектів, що сприятиме максимальній ефективності терапії та покращенню якості життя [13]. Необхідно мінімізувати травмуючі фактори: виключити подразнюючу, гарячу та кислу їжу, контролювати рівень глюкокортикостероїдів, імунодепресантів та НПЗП, які можуть провокувати стоматологічні ускладнення; здійснювати регулярний стоматологічний огляд для профілактики та раннього виявлення патологічних змін слизової оболонки.

Ревматологічні пацієнти мають високий ризик ускладнень після стоматологічних втручань через порушення імунної відповіді, прийом імуносупресивних препаратів та супутні системні зміни, тому їм потребують ретельного збору анамнезу перед стоматологічним лікуванням для запобігання ускладненням [14]. Основними факторами ризику ускладнень є: - порушення процесів регенерації тканин через знижену васкуляризацію і дію глюкокортикоїдів, що ускладнює загоєння уражень слизової; - зміни в кістковій тканині при остеопорозі чи остеонекрозі щелепи, що ускладнює відновлення після видалення зубів або імплантації; - підвищений ризик інфекційних ускладнень через імуносупресивну терапію, що сприяє розвитку вторинних інфекцій; - обмежене відкривання рота при ураженні СНЩС, що ускладнює проведення стоматологічних маніпуляцій; - висока ймовірність медикаментозних ускладнень, зокрема при взаємодії НПЗП з антикоагулянтами.

Через знижену імунну відповідь та застосування імунодепресантів у ревматологічних пацієнтів можливе загострення хронічного пародонтиту. Його проявами є біль у щелепно-лицевій ділянці, рухомість зубів, пародонтальний абсцес із можливим швидким прогресуванням запально-деструктивного процесу, що потребує невідкладної стоматологічної допомоги – негайного

дренування та антибактеріальної терапії. У пацієнтів, які отримують цитостатики або кортикостероїди, часто розвивається виразковий гінгівіт. Побічні ефекти протиревматичних препаратів, таких як тоцилізумаб при лікуванні РА, можуть бути пов'язані з медикаментозним остеонекрозом щелепи [10]. Запалення СОПР та поява виразок є можливими наслідками прийому метотрексату. Імуносупресивні препарати, які призначають при РА, підвищують ризик розвитку кандидозу СОПР. Інші можливі побічні ефекти лікування РА включають сухість у роті (ксеростомія), зміни смаку (дисгевзія), біль і набряк ясен або язика, неприємний запах з рота (галітоз), відчуття оніміння, поколювання чи печіння губ, а також біль у щелепі.

Доведено взаємозв'язок між тяжкістю запальних і запально-дистрофічних хвороб пародонта й ефективністю певних лікарських засобів, що застосовуються для лікування РА. Тривале запалення слизової оболонки порожнини рота може знижувати ефективність анти-TNF-препаратів, що ускладнює відповідь на терапію. Водночас лікування пародонтиту сприяє покращенню активності РА, що підтверджується лабораторними показниками: зменшенням ШОЕ та рівня С-реактивного білка, а також зниженням рівня фактора некрозу пухлини [5].

Особливості надання невідкладної стоматологічної допомоги у ревматологічних хворих включають наступні аспекти: менеджмент больового синдрому та запалення – використання місцевої анестезії з мінімальним вмістом вазоконстрикторів через ризик серцево-судинних ускладнень, при наявності остеонекрозу щелепи слід уникати інвазивних процедур, а за необхідності – застосовувати антибактеріальну профілактику. У разі розвитку інфекційних ускладнень (абсцеси, флегмони) потрібне швидке дренивання гнійних осередків із супутньою антибактеріальною терапією з урахуванням чутливості патогенних мікроорганізмів. Для пацієнтів із ураженням СНЩС необхідно застосовувати спеціальні методи фіксації щелепи для зручності маніпуляцій та фізіотерапевтичні процедури (теплові компреси, ЛФК для СНЩС).

Рекомендації щодо невідкладної хірургічної допомоги мають включати обов'язкову консультацію з ревматологом перед хірургічними втручаннями; використання антибактеріальної терапії відповідно до ризику інфекційних ускладнень; мінімізацію травматичності маніпуляцій і вибір атравматичних методик лікування; контроль загоєння та проведення повторних оглядів [14].

Післяопераційний контроль передбачає регулярний моніторинг процесу загоєння для раннього виявлення ускладнень та корекцію медикаментозної терапії у співпраці з ревматологом для оптимізації регенерації тканин. Оскільки аутоімунні захворювання можуть супроводжуватися болем і обмеженнями в життєвій активності, важливо забезпечити пацієнтам психологічну підтримку для підвищення якості життя та мотивації до лікування [1].

Таким чином, розуміння взаємозв'язку між загально-соматичним захворюванням і станом порожнини рота сприяє комплексному підходу до діагностики та лікування ревматологічної патології. Пацієнтам, ревматологам і стоматологам потрібні оновлені рекомендації, які відображатимуть поточні стратегії лікування та будуть відповідати індивідуальним потребам хворих. Мультидисциплінарний підхід може бути ефективним для лікування симптомів і запобігання ускладненням.

Висновки: Системні хвороби сполучної тканини мають тісний взаємозв'язок із патологією зубощелепної системи, що обумовлює необхідність комплексного підходу до діагностики та лікування. Пацієнти з ревматологічною патологією мають підвищений ризик розвитку ускладнень після стоматологічних втручань, що потребує ретельного планування та персоналізованої стратегії надання невідкладної допомоги. Врахування стоматологічного та ревматологічного статусу пацієнтів дозволяє підвищити ефективність терапії та зменшити ризик ускладнень. Оптимізація алгоритмів невідкладної стоматологічної допомоги пацієнтам з аутоімунними хворобами сприятиме зменшенню ризиків ускладнень та покращенню якості життя. Тісна співпраця між стоматологами та ревматологами є необхідною для ефективного ведення пацієнтів, особливо в умовах екстрених станів.

Список використаної літератури:

1. Oral-Health-Related Quality of Life in Adult Patients with Rheumatic Diseases—A Systematic Review / G. Schmalz et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2020. Vol. 9, no. 4. P. 1172. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm9041172>.
2. Шевчук М. М. Особливості надання пародонтологічної допомоги хворим із загальносоматичною патологією : дис. ... докт. філософії: 221 Стоматологія. Львів, 2022. 236 с.
3. Ревматоїдний артрит і коморбідний пародонтит: клініко-патогенетичні особливості зв'язків. *Rheumatology*. 2020. Т. 82, № 4. URL: <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.82.15656>.
4. Oral Health in Rheumatoid Arthritis: Listening to Patients / J. L. P. Protudjer et al. *JDR Clinical & Translational Research*. 2021. P. 238008442110126. URL: <https://doi.org/10.1177/23800844211012678>(date of access: 24.01.2025).
5. POS0488 Oral health, oral follow-up and infectious risk management of rheumatoid arthritis patients on anti-TNF drugs: A survey of a French E-cohort / M. Gosset et al. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024. Vol. 83. P. 761. URL: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.893>
6. Povsheniuk A., Gadzhula N., Rekun T. Assessing mucosal immunity in patients with oral diseases associated with rheumatoid arthritis. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024. Vol. 12, no. 1. P. 99–105. URL: [https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12\(1\):99-105](https://doi.org/10.21272/eumj.2024;12(1):99-105).
7. Manifestations of systemic connective tissue diseases on the oral mucosa: a literature review / A. V. Povsheniuk et al. *Reports of Vinnytsia National Medical University*. 2023. Vol. 27, no. 4. P. 690–695. URL: [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(4\)-28](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(4)-28).
8. Лучин І. І. Патологія пародонту при системному червоному вовчаку. *Науковий вісник Ужгородського університету Серія Медицина*. 2023. № 1. С. 101–106. URL: <https://doi.org/10.32782/2415-8127.2023.67.18>.

9. Systemic Lupus Erythematosus and Periodontal Disease: A Complex Clinical and Biological Interplay / B. Sojod et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2021. Vol. 10, no. 9. P. 1957. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm10091957>.
10. Main Oral Manifestations in Immune-Mediated and Inflammatory Rheumatic Diseases / R. Gualtierotti et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2018. Vol. 8, no. 1. P. 21. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm8010021>.
11. Fernández-Martínez G., Zamora-Legoff V., Hernández Molina G. Oral health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome. *Reumatología Clínica (English Edition)*. 2020. Vol. 16, no. 2. P. 92–96. URL: <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2018.04.001>.
12. Combined approach to treatment of advanced stages of medication-related osteonecrosis of the jaw patients / O. Şahin et al. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.04.004>.
13. Efficiency of low-intensity laser irradiation in the management of patients with oral mucosal diseases associated with rheumatoid arthritis by results of Doppler ultrasound / A. Povsheniuk et al. *Acta Balneologica*. 2023. Vol. 65, no. 4. P. 244–248. URL: <https://doi.org/10.36740/abal202304108>.
14. Orofacial manifestations and dental management of systemic lupus erythematosus: A review / M. Benli et al. *Oral Diseases*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1111/odi.13271>.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЇ

Анна ГОРОДЕЦЬКА, Анатолій ЛЕВКОВ

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Полтава, Україна

Вступ. Сучасна стоматологія охоплює широкий спектр патологічних станів, серед яких особливе місце займають невідкладні стани. Вони можуть виникати раптово, супроводжуватися сильним болем, запаленням та ускладненнями, що впливають не лише на здоров'я ротової порожнини, а й на загальний стан організму. Несвоєчасна допомога в таких випадках може

призвести до тяжких наслідків, зокрема сепсису, поширення інфекції та навіть летального результату.

Актуальність теми. Стоматологічні невідкладні стани потребують швидкої та професійної реакції з боку лікарів. Вони можуть розвинутися як у пацієнтів із хронічними захворюваннями зубів, так і в людей без видимих стоматологічних проблем. Саме тому важливо знати, як проявляються ці стани, що слід робити у разі їх виникнення та які методи лікування є найбільш ефективними.

Мета. Аналіз основних невідкладних станів у стоматології, визначення їх причин, клінічних проявів, а також розгляд методів надання першої допомоги та подальшого лікування. Розуміння цих аспектів дозволить як стоматологам, так і пацієнтам вчасно виявити проблему та уникнути тяжких ускладнень.

Ключові слова: стоматологія, невідкладна допомога, гострий біль, запалення, інфекція, ускладнення, лікування.

Основна частина

1. Гострий пульпіт

Гострий пульпіт - це запалення пульпи зуба, яке супроводжується інтенсивним болем, що посилюється вночі.

- Причини включають глибокий карієс, механічні травми та термічні подразники.
- Лікування полягає у видаленні ураженої пульпи та пломбуванні корневих каналів.
- Реабілітація: лікування корневих каналів, знеболювання, антибіотики (за необхідності), м'яка дієта та контрольний огляд.

2. Гострий періодонтит

Гострий періодонтит - це запалення тканин навколо кореня зуба, що проявляється болем при натисканні, набряком ясен, можливим виділенням гною.

- Без лікування може призвести до утворення абсцесу.

- Терапія включає дренування запаленої ділянки, антибіотикотерапію та лікування кореневих каналів.
- Реабілітація: санація зуба, антибіотикотерапія, полоскання антисептиками, уникнення навантаження на зуб.

3. Абсцес і флегмона щелепно-лицевої ділянки

Абсцес - це локалізоване гнійне запалення, тоді як флегмона – поширене, дифузне нагноєння.

- Симптоми включають інтенсивний біль, набряк обличчя, підвищену температуру.
- Лікування полягає у розтині гнійника, дренуванні та застосуванні антибіотиків.
- Реабілітація: хірургічне дренування, антибіотики, антисептичні полоскання, контроль стану.

4. Перикоронарит

Перикоронарит - запалення тканин навколо прорізуваного зуба мудрості, що супроводжується болем, утрудненим відкриванням рота та неприємним запахом.

- Лікування включає антисептичну обробку, полоскання антисептиками, у важких випадках – видалення зуба.
- Реабілітація: промивання, видалення «капюшона» (за необхідності), знеболювання.

5. Альвеоліт

Альвеоліт - запалення лунки після видалення зуба, що виникає при порушенні утворення згустку. Пацієнти скаржаться на сильний біль, неприємний запах.

- Лікування передбачає промивання лунки, накладання лікувальних пов'язок та знеболення.
- Реабілітація: санація лунки, антисептичні аплікації, антибіотики, уникнення механічного впливу.

6. Гострий остеомієліт щелепи

Гострий остеомієліт щелепи - гнійне запалення кісткової тканини щелепи, що супроводжується набряком, болем, лихоманкою.

- Вимагає хірургічного втручання, антибіотикотерапії та підтримуючого лікування.
- Реабілітація: антибіотикотерапія, хірургічне лікування (за необхідності), фізіотерапія, контроль стану.

7. Одонтогенний гайморит

Одонтогенний гайморит - запалення гайморової пазухи внаслідок інфекції з коренів верхніх зубів. Проявляється болем у проекції пазухи, виділенням з носа.

- Лікування включає промивання пазух, антибіотикотерапію, у деяких випадках – хірургічне втручання.
- Реабілітація: лікування зуба, антибіотики, деконгестанти, контроль ЛОР-лікаря.

8. Травматичні ушкодження зубів і щелеп

Травматичні ушкодження зубів і щелеп - переломи, вивихи зубів, пошкодження слизової оболонки рота вимагають негайного лікування.

- Застосовується репозиція зубів, шини, хірургічне втручання при переломах щелепи.
- Реабілітація: іммобілізація, знеболювання, м'яка дієта, контрольний огляд.

9. Кровотеча після видалення зуба

Кровотеча після видалення зуба може виникати через пошкодження судин або порушення згортання крові.

- Зупиняється шляхом накладання марлевого тампона, гемостатичних засобів, у важких випадках – ушивання рани.
- Реабілітація: тампонада лунки, холод, уникнення фізичного навантаження, контроль.

10. Ангіоневротичний набряк

Ангіоневротичний набряк - швидке наростання набряку обличчя, губ, язика, що може спричинити задиху.

- Вимагає негайного введення антигістамінних препаратів та кортикостероїдів.
- Реабілітація: антигістамінні препарати, кортикостероїди (за необхідності).

11. Анафілактичний шок

Анафілактичний шок - найважча алергічна реакція, що призводить до різкого зниження тиску, втрати свідомості.

- Потребує введення адреналіну, антигістамінних засобів та невідкладної госпіталізації.
- Реабілітація: екстренне введення адреналіну, антигістамінні препарати, кортикостероїди, госпіталізація.

12. Флегмона дна ротової порожнини

Флегмона дна ротової порожнини - розлите гнійне запалення, що загрожує життю через ризик обструкції дихальних шляхів.

- Лікується хірургічним дрениванням та масивною антибіотикотерапією.
- Реабілітація: хірургічне дренивання, антибіотики, антисептичні полоскання, контроль стану.

13. Опіки слизової оболонки рота

Опіки слизової оболонки рота - термічні, хімічні чи електричні опіки викликають сильний біль, некроз тканин.

- Лікування включає полоскання антисептиками, знеболювальні засоби, у важких випадках – відновлення тканин.
- Реабілітація: анестезійна гелі, антисептичні засоби, м'яка дієта, уникнення подразнення.

14. Гострий герпетичний або афтозний стоматит

Гострий герметичний або афтозний стоматит - запальне ураження слизової оболонки з утворенням виразок, підвищенням температури.

- Лікується антисептиками, протівірусними препаратами.
- Реабілітація: протизапальні мазі, антисептичні полоскання, знеболювання, вітамінотерапія.

15. Невралгія трійчастого нерва

Невралгія трійчастого нерва - різкий, нападоподібний біль у ділянці обличчя.

- Лікування включає анальгетики, антиконвульсанти та фізіотерапевтичні методи.
- Реабілітація: знеболювання, протисудомні препарати, фізіотерапія, консультація невролога.

Висновок. Невідкладні стани в стоматології вимагають швидкої діагностики та лікування, оскільки можуть призвести до тяжких ускладнень. Своєчасне звернення до стоматолога та відповідне лікування допомагає зберегти здоров'я пацієнтів та запобігти загрозливим для життя станам. Дотримання гігієни ротової порожнини, регулярні профілактичні огляди та своєчасне лікування стоматологічних проблем значно знижують ризик розвитку невідкладних станів. Таким чином, профілактика та швидке реагування є ключовими факторами у збереженні здоров'я пацієнтів.

Список використаних джерел

1. Кононенко О.М. «Основи ургентної стоматології» – Київ, 2018.
2. Григор'єва Л.В. «Сучасні методи лікування гострих стоматологічних станів» – Харків, 2019.
3. Oxford Handbook of Dental Emergency Care – Oxford University Press, 2021.
4. American Dental Association (ADA) Guidelines on Emergency Dental Care – 2022.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПРИ СИНДРОМІ ДОВГОТРИВАЛОГО ЗДАВЛЕННЯ

Жаботинська Н.В.¹, Кіреєв І.В.², Бакуменко М.Г.³, Хижянк В.М.⁴

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна¹

Інститут підвищення кваліфікації фармацевтів, м. Харків, Україна²

КНМ «Міська студентська лікарня» ХМР, м. Харків, Україна³

КНП «Міська дитяча поліклініка № 23», ХМР, м. Харків, Україна⁴

Вступ. Синдром довготривалого здавлення (СДЗ) – це невідкладний стан при якому на певну частину тіла постраждалого здійснюється зовнішній тиск, внаслідок чого порушується кровопостачання цієї частини тіла та як наслідок розвивається ішемія та пошкодження м'яких тканин [1]. СДЗ розвивається при багатьох надзвичайних ситуаціях, але найчастіше при землетрусах – 30-50% [2], а також внаслідок обвалів у шахтах; в результаті дорожньо-транспортних пригод – до 20%; при тотальних обваленнях багатопверхових будівель – до 40% [3]. Найчастіше спостерігаються ураження нижніх кінцівок (74%), верхніх кінцівок (10%), тулуба (9%) [4]. Актуальність вивчення питань надання медичної допомоги при СДЗ значно зросла внаслідок збройної агресії росії проти України оскільки ризики розвитку СДЗ внаслідок руйнування будівель через постійні бомбардування об'єктів цивільної інфраструктури є дуже високими.

Метою роботи було вивчення та узагальнення алгоритмів надання домедичної та екстреної медичної допомоги при СДЗ на догоспітальному етапі.

Матеріали і методи. В процесі дослідження було проведено аналіз та узагальнення українських та іноземних літературних джерел щодо організації медичної допомоги на догоспітальному етапі при СДЗ.

Результати дослідження. СДЗ – це реперфузійне пошкодження, яке призводить до травматичного рабдоміолізу – руйнування скелетної м'язової тканини, що призводить до викиду компонентів внутрішньоклітинного вмісту поперечно-смугастої мускулатури, таких як міоглобін, калій, фосфат, креатинфосфокіназа, сечова кислота у кров і позаклітинний простір [4].

Вивільнення міоглобіну внаслідок рабдоміолізу підвищує ризик пошкодження нирок. Ураження нирок призводить до гіперкаліємії та, зрештою, порушень серцевого ритму. Пошкоджені клітини м'язів захоплюють з крові іони кальцію, що може викликати гіпокальціємію, і також сприятиме розвитку аритмій. Ризики появи описаних розладів збільшуються у разі розчавлення великих обсягів м'яких тканин (однієї або двох нижніх кінцівок), а також у разі збільшення часу до моменту звільнення, протягом якого поранений залишається затиснутим [5].

На смертність від СДЗ впливають дві групи факторів. Фактори, що залежать від пацієнта (вік, тяжкість ураження, наявність супутніх травм та супутньої патології, зокрема хронічної ниркової недостатності, тощо) та місцеві фактори (температура навколишнього середовища, доступ кисню, наявність пилу, токсичних газів, тривалість знаходження під завалами та ін.) [4].

Для правильної організації надання домедичної і подальшої медичної допомоги потрібно пам'ятати, що клінічне погіршення стану постраждалого, включно зі смертю, може відбутися протягом 20 хвилин після вилучення з під предмету, що здавлює. Постраждалий раптово помирає від фібриляції шлуночків, спричиненою витоком калію (найімовірніше), фосфору та міоглобіну з ділянок уражених м'язів. Відстрочені ускладнення та смерть виникають внаслідок, насамперед, гострої ниркової недостатності або поліорганної недостатності та сепсису.

У зонах великомасштабних надзвичайних ситуацій з великими руйнуваннями своєчасний доступ до лікувально-профілактичних закладів для таких процедур, як безперервна внутрішньовенна інфузія та гемодіаліз може бути обмежений. Тому дуже важливою є організація надання правильної домедичної та екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі. Згідно з оновленим [Порядком надання домедичної допомоги постраждалим при СДЗ](#), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України в 2022 року [1], а також міжнародним оглядом втручань при СДЗ на догоспітальному етапі [6], рекомендовано виконувати наступні дії.

1) Перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку.

2) Заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії.

3) За можливості уточнити точний час виникнення СДЗ. Якщо постраждалий без свідомості, вважати, що пройшло більше ніж 10 хвилин.

4) Негайно зателефонувати до диспетчера системи екстреної медичної допомоги, чітко надати необхідну інформацію за необхідності виконувати його вказівки та відповісти на всі запитання.

5) Якщо з моменту стискання пройшло менше ніж 10 хвилин, звільнити стиснену частину тіла і виконати такі дії:

- за наявності рани та масивної зовнішньої кровотечі зупинити її відповідно до [Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при масивній зовнішній кровотечі](#);

- за наявності ознак перелому кінцівки діяти відповідно [Порядку надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на перелом кісток кінцівок](#);

- існують літературні дані [7], що застосування льоду над ураженим м'язом, є ефективним для покращення мітохондріальної дисфункції та запалення і сприяє тимчасовому продовженню життєздатності такни після СДЗ;

- за наявності ознак шоку діяти відповідно [Порядку надання домедичної допомоги при підозрі на шок](#).

6) Якщо з моменту стискання пройшло більше ніж 10 хвилин, не слід звільняти стиснену частину тіла постраждалого; у випадку, коли необхідно терміново евакуювати постраждалого, але з моменту стискання пройшло більше ніж 10 хвилин, перед звільненням стиснутої частини кінцівка накладити кровоспинний джгут.

7) Вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою.

8) Забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(ш)МД).

9) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади Е(ш)МД повторно зателефонувати диспетчеру екстреної медичної допомоги;

10) За можливості зібрати у постраждалого максимально можливу кількість інформації стосовно обставин травми та обставинах при її отримання. Всю отриману інформацію передати працівникам бригади Е(ш)МД або диспетчеру прийому виклику.

Рятувальники повинні знати про ризик гіперкаліємії незабаром після вилучення постраждалого з-під завалів та про вкрай важливий ранній початок постійного внутрішньовенного введення рідини, навіть до вилучення потерпілого.

Згідно з новим клінічним протоколом «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап» [8] одразу після прибуття працівники бригади Е(ш)МД повинні виконати наступні втручання:

1) Розпочати лікування постраждалих з СДЗ пацієнтів одразу після їх виявлення (за можливості перед початком процесу вивільнення пацієнта).

2) За наявності масивної кровотечі, діяти згідно з настановою "Травма кінцівок/Контроль зовнішніх кровотеч".

3) Проводити оксигенотерапію.

4) Забезпечити в/в доступ і розпочати інфузійну терапію болюсно в об'ємі 10-15 мл/кг (за можливості перед початком процесу вивільнення пацієнта). В ідеалі внутрішньовенне введення рідини повинно бути розпочато якнайшвидше (бажано протягом 6 годин після травми м'яза) [6]. У випадку тяжкої травми або тривалого перебування кінцівок під завалами ввести бікарбонат натрію 1 мЕкв/кг (макс доза – 50 мЕкв) в/в болюсно протягом 5 хв.

5) Приєднати кардіомонітор. Зняти та розшифрувати показання ЕКГ в 12 відведеннях, за можливості. Потрібно бути готовим до розвитку аритмій або ознак гіперкаліємії перед та після евакуації з-під завалу та під час транспортування.

6) Для знеболення застосуйте анальгетики (див. настанову "Контроль болю").

Після звільнення пацієнта потрібно дотримуватись наступного порядку дій:

1) Продовжити інфузійну ресусcitaцію (500-1000 мл/год для дорослих, 10 мл/кг/год для дітей).

2) Якщо ЕКГ вказує на наявність гіперкаліємії, то необхідно проводити в/в інфузію з додаванням кальцію хлориду - 1 г в/в або в/к протягом 5 хв. або кальцію глюконату 2 г в/в або в/к протягом 5 хв. з постійним моніторингом серцевих ритмів. Необхідно уникати використання комбінованого лікарського засобу зі складом натрію хлорид + калію хлорид + натрію лактат + кальцію хлориду, оскільки він містить калій. Якщо попередньо не вводили, то необхідно ввести натрію бікарбонат. Однак на сьогоднішній день жодне рандомізоване контрольоване дослідження не порівнювало ефективність внутрішньовенної інфузійної терапії з використанням різних розчинів [9].

3) За наявності на ЕКГ ознак гіперкаліємії застосувати сальбутамол 5 мг через невеликого розміру небулайзер.

4) Госпіталізація всіх постраждалих з СДЗ в лікарню (бажано травматологічний центр). Продовження інфузійної ресусcitaції в ході евакуації та транспортування до лікарні.

Висновки. СДЗ є небезпечним для життя невідкладним станом, який розвивається у постраждалих в різних надзвичайних ситуаціях. Причинами смерті постраждалих зазвичай є фібриляції шлуночків, гостра ниркова недостатність або поліорганна недостатність та сепсис. Правильна організація домедичної та екстреної медичної допомоги постраждалим з СДЗ на догоспітальному етапі є запорукою виживання найбільшої кількості постраждалих та зменшення ризиків подальшої інвалідизації.

Література.

1. Про затвердження порядків надання домедичної допомоги постраждалим при синдромі довготривалого здавлення [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 09.03.2022 № 441. — Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n521>

2. Vanholder R., Sever M.S., Palevsky P.M. Crush-related acute kidney injury/ Motwani S. (DE). Literature review, (2020). URL:

<https://www.uptodate.com/contents/crush-related-acute-kidney-injury> (дата звернення: 24.02.2025)

3. Васильєв Г.О., Васильєва А.Г., Недашковський С.М. Синдром травматичного здавлювання/роздавлювання (краш-синдром). *Медицина невідкладних станів*. 2013. №7(54). С. 15-21.

4. Синдром тривалого здавлювання : методичні рекомендації для підготовки до практичних занять здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Загальна хірургія» [Електронний ресурс]/ укладачі Д. В. Васильєв, М. С. Матвєєнко, Т. В. Козлова. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2024. – (PDF 24 с.) URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/server/api/core/bitstreams/4f6b39c3-4135-4707-a73a-a761b57d1f54/content> (дата звернення: 24.02.2025)

5. Краш-синдром – тривала допомога в польових умовах URL: <https://tccc.org.ua/guide/crush-syndrome-under-prolonged-field-care-pcc> (дата звернення: 24.02.2025)

6. Usuda, D., Shimozawa, S., Takami, H. at all. Crush syndrome: a review for prehospital providers and emergency clinicians. *Journal of translational medicine*. 2023. № 21(1). P. 584.

7. Murata I, Imanari M, Komiya M, Kobayashi J, Inoue Y, Kanamoto I. Icing treatment in rats with crush syndrome can improve survival through reduction of potassium concentration and mitochondrial function disorder effect. *Exp Ther Med*. 2020. № 19(1). P. 777-785.

8. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269. — Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1269282-19#n17> (дата звернення: 24.02.2025)

9. Chavez LO, Leon M, Einav S, Varon J. Beyond muscle destruction: a systematic review of rhabdomyolysis for clinical practice. *Crit Care*. 2016. № 20(1). P. 135.

ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В РАЗІ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ

Климченко В. В., Левков А. А., Лавренко Д. О.

Національний університет “Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка”,

Полтава, Україна

Вступ. З початком повномасштабної війни на території нашої країни збільшилася ймовірність отримання травм і, отже, травматичного шоку. Від цього можуть страждати як військові, так і мирне населення, тому всім слід бути обізнаними щодо цього поняття, адже від цього залежить здоров'я та життя людей. Крім того варто розуміти, як розвивається травматичний шок та знати правильний алгоритм надання допомоги, бо це є головним при меті не нашкодити, а допомогти та врятувати.

Мета: пояснити, що таке травматичний шок; розглянути причини виникнення та клінічні фази шоку, основні його прояви; визначити головні фактори, які впливають на тяжкість перебігу; визначити, яку невідкладну допомогу потрібно надавати при травматичному шоці та те, яка допомога буде надаватися далі після приїзду швидкої.

Матеріали та методи: аналіз літератури на цю тематику.

Травматичний шок - це синдром, що виникає при тяжких травмах і характеризується критичним зниженням кровотоку в тканинах (гіпоперфузією) та супроводжується клінічно вираженими порушеннями кровообігу та дихання. Травматичний шок являє собою ускладнення травми, вага якої перевищує захисні можливості організму [1, с.32].

Основні причини виникнення травматичного шоку:

1. Масивна зовнішня або внутрішня кровотеча, яка призводить до гіповолемічного шоку;
2. Важкі травми, такі як: переломи великих кісток, черепно-мозкові ушкодження або поранення внутрішніх органів;
3. Опіки великої площі та глибини, що викликають значну втрату плазми;

4. Інфекційні процеси та важка інтоксикація організму, які можуть спровокувати септичний шок;
5. Загострення серцево-судинних захворювань, зокрема інфаркт міокарда, що іноді спричиняє кардіогенний шок;
6. Алергічні реакції, які можуть викликати анафілактичний шок

На тяжкість клінічного перебігу травматичного шоку впливають такі чинники, як: пізня і неповноцінна первинна медична допомога, повторна травматизація, охолодження та перегрівання, голодування, гіпо- та авітаміноз, фізична й емоційна перевтома. Клінічно розрізняють три фази травматичного шоку: еректильну, торпідну, термінальну [3, с. 22].

Перша фаза – *еректильна* – виникає у момент травмування. Внаслідок надходження больових імпульсів, що йдуть від зони ураження, виникає різке збудження нервової системи, підвищується обмін речовин, у крові зростає вміст адреналіну, прискорюється дихання, спостерігається спазм кровоносних судин, посилюється діяльність ендокринних залоз (гіпофізу, надниркових залоз). Ця фаза шоку дуже короткочасна та проявляється вираженим психомоторним збудженням.

Згодом захисні властивості організму виснажуються, компенсаторні можливості згасають та розвивається друга фаза – *торпідна* (фаза загальмованості). У цій фазі виникає пригнічення діяльності нервової системи, серця, легень, печінки, нирок. Токсичні речовини, що накопичуються у крові, викликають параліч судин та капілярів. Знижується артеріальний тиск, надходження крові до органів різко зменшується, посилюється кисневе голодування. Все це дуже швидко може призвести до загибелі нервових клітин та смерті постраждалого.

У клінічному перебігу торпідної фази виділяють такі періоди: компенсований зворотний шок, декомпенсований зворотний шок і декомпенсований незворотний шок [4, с. 29].

Термінальна фаза травматичного шоку ділиться на передагональний стан, агонію і стан клінічної смерті.

В основі діагностики і визначення ступеня тяжкості травматичного шоку лежать показники загального стану: зовнішній вигляд, частота дихання, систолічний АТ, частота пульсу. Вони залежать від розміру крововтрати і тяжкості гіповолемії [3, с. 22-23].

Шок, який виникає як наслідок комбінованих ушкоджень, в тому числі і деяких внутрішніх органів (печінки, легень, серця, наднирників та ін.) «перебігає» особливо важко. Механізм гіпоталамічної регуляції кровообігу при шоку до кінця не вивчений. Однак є переконливі дані, які засвідчують неоднакову роль гіпоталамічних утворень в реакції організму на важку травму. Змінюється спектр вазоактивних речовин крові і чутливість судин різних органів до них.

Розлади кровообігу є найбільш характерними проявами шоку, від яких в значній мірі залежить його перебіг і наслідки. Зміни кровообігу, які спостерігаються в процесі розвитку шоку, не відповідають інтенсивності метаболічних процесів. Така невідповідність є ключовим моментом в патогенезі шоку. Сутність гіпоксії в різних органах теж відрізняється і визначається співвідношенням інтенсивності обміну і характеру кровотоку в них.

Розлади мікроциркуляції при шоці в різних органах неоднакові: вони менше виражені в судинах мозку, більш суттєві в печінці і особливо в кишківнику, нирках, шкірі.

Важка механічна травма опорно-рухового апарату призводить до глибоких змін показників системної гемодинаміки. У людей похилого і старечого віку має місце надто виражена централізація кровообігу, що нерідко призводить до серцевої недостатності і до смерті [5, с. 126].

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 9 березня 2022 року № 441 послідовність дій при наданні домедичної допомоги постраждалим при підозрі на шок відбувається таким чином:

- 1) перед наданням допомоги переконатися у відсутності небезпеки та за її відсутності перейти до наступного кроку;

- 2) заспокоїти постраждалого та пояснити свої подальші дії;
- 3) здійснити виклик екстреної медичної допомоги та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику;
- 4) за можливості виявити та усунути причину виникнення шоку;
- 5) надати постраждалому протишокове положення:
 - a) перевести постраждалого в горизонтальне положення, якщо це не погіршує його дихання;
 - b) покласти під ноги постраждалого ящик, валик з одягу тощо таким чином, щоб ступні ніг знаходились на рівні його підборіддя;
 - c) підкласти під голову постраждалого одяг/подушку, якщо це не погіршує його дихання;
- 6) вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою;
- 7) забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;
- 8) при погіршенні стану постраждалого до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги, повторно здійснити виклик екстреної медичної допомоги
- 9) за можливості зібрати у постраждалого максимально можливу інформацію, стосовно обставин травми та механізму її отримання. Всю отриману інформацію передати працівникам бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги або диспетчеру служби екстреної медичної допомоги [6].

На II рівні допомоги при травматичному шоці проводять комплексну диференційну терапію. Швидка діагностика травматичного шоку, ранній початок загальних заходів первинної реанімації до встановлення етіологічного фактора: відновлення прохідності дихальних шляхів, забезпечення адекватного газообміну, кардіореанімація, екстрений гемостаз, підтримка ОЦК, іммобілізація переломів, знеболення, надання раціонального положення постраждалому. Проводять визначення провідних етіологічних факторів травматичного шоку: огляд постраждалого, оцінку тяжкості і характер травми.

Катетеризація центральної вени, встановлення назогастрального зонда і катетеризація сечового міхура з контролем діурезу, проведення електрокардіограми, рентгенографія органів грудної клітки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, при необхідності — лапароцентез, плевральна пункція, торакоцентез [3, с. 23].

Висновки. Травматичний шок є небезпечним ускладненням важких ушкоджень, що супроводжується критичними розладами кровообігу, дихання та функцій життєво важливих органів. Провівши своєчасну діагностику та правильну послідовність надання домедичної допомоги, ми можемо уникнути погіршення стану постраждалого та уникнути летальних випадків. До того ж, врахування фаз шоку, основних механізмів його розвитку та впливу супутніх факторів дозволяє ефективніше боротися з його наслідками та збільшити шанси на виживання пацієнта.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Шишук В. Д., Шкатула Ю. В. Циркуляторні шоки в травматології: навч. посіб. Суми: Вид-во СумДУ, 2009. 90 с.
2. Що таке травматичний шок: перша допомога, причини та симптоми. *TacMedicine*. URL: https://tacmedicine.in.ua/post/shcho-take-travmatychnyy-shok-persha-dopomoha-prychyny-ta-symptomy?srsId=AfmBOoqEdng_mPwLB7TK8AfNWfEm01qwA9VnMAbfZPsfJ6yxDUUGREEz (дата звернення 08.01.2025).
3. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Зозуля А. І. Травма, травматичний шок. Діагностика та надання невідкладної допомоги. *Укр. мед. часопис*. 2021. Т. 144, № 4. С. 20–25. URL: <http://ir.nuozu.edu.ua:8080/bitstream/lib/3817/1/УМЧ%202021%20Травма.pdf>.
4. Бур'янов О. А., Страфун С. С., Шлапак І. П., Лакша А. М., Галушко О. А., Ярмолюк Ю. А., Мазевич В. Б., Лиходій В. В. Вогнепальні поранення кінцівок. Травматичний шок. Методичні рекомендації. Київ. 2015. 41 с.

5. Михайлищук В. С. Про деякі патофізіологічні аспекти травматичного шоку. *Вісник Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника. Серія «Біологія»*. 2012. № 16. С. 125-128. URL: <http://lib.pu.if.ua:8080/bitstream/123456789/17786/1/%D0%9C%D0%B8%D1%85%D0%B0%D0%B9%D0%BB%D0%B8%D1%89%D1%83%D0%BA%20%D0%92.%20%D0%A1.%20%D0%A1.125-128.pdf>.
6. Порядок надання домедичної допомоги постраждалим при підозрі на шок: Наказ Міністерства охорони здоров'я України №441 від 09.03.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0356-22#n543> (дата звернення: 09.03.2022).

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Анатолій ЛЕВКОВ, Микола СТОНОГА

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Судинна патологія головного мозку, а саме інсульт, є однією з головних причин захворюваності та смертності у світі. За ступенем поширеності інсульт - найбільш вагома причина тривалої непрацездатності, частково інвалідизації, зниження якості життя пацієнтів та їх рідних, розвитку деменції [1].

Невідкладними станами, які часто супроводжують судинні катастрофи головного мозку, є гострі стани потьмарення, або якісно продуктивного порушення свідомості, серед яких найчастіше зустрічаються делірій та сутінкові стани потьмарення свідомості [2]. В нашому розумінні проблема гострих якісних змін свідомості традиційно знаходиться в компетенції психіатра. Разом з тим, в зарубіжній клінічній практиці деліріозний стан та сплутаність свідомості розцінюється як неврологічна або навіть соматична проблема.

Метою даної роботи є висвітлення етіо-патогенетичних та клінікотерапевтичних аспектів деліріозних станів.

Гострі психічні порушення є мультидисциплінарною пролемою та досить часто зустрічаються в неврологічній, нейрохірургічній практиці, клініці внутрішніх та інфекційних хвороб.

Серед них особливе місце займають деліріозні стани, які, як правило розвиваються при судинних катастрофах головного мозку, в рамках декомпенсації соматичної патології та є важливим маркером погіршення прогнозу захворювання. Кожен випадок делірію у пацієнта обумовлює необхідність ретельного обстеження для з'ясування причин його розвитку і призначення адекватної терапії. Пацієнти з явищами делірію можуть становити небезпеку для себе і оточуючих, потребують постійного медичного супроводу, ретельного спостереження.

Досить часто хірурги вимушені звертатися за допомогою до невропатологів та психіатрів у зв'язку зі зміною стану свідомості пацієнта після оперативного втручання. Проблема периопераційних інсультів вивчається науковцями й клініцистами. Провокуючим фактором деліріозних станів в даному випадку є проведення анестезії під час оперативного втручання, його об'єм, крововтрата, яка несе за собою гемодинамічні порушення.

Раннє виявлення і лікування деліріозних станів повинно бути одним з пріоритетних завдань в роботі з тяжкохворими пацієнтами, зокрема неврологічного та терапевтичного профілю.

Делірій визначається як гострий стан потьмарення свідомості, який супроводжується вираженими когнітивними та поведінковими порушеннями. За даними вітчизняних та закордонних авторів, частота розвитку делірію складає 10-31% на момент госпіталізації пацієнтів до лікувального закладу, у 3-30% він розвивається протягом перебування в стаціонарі. У пацієнтів похилого віку частота розвитку деліріозного стану значно вища і може досягати 50% [3].

Виділяють фактори, які підвищують ризик виникнення деліріозних станів. Дані фактори співзвучні з факторами ризику цереброваскулярної

патології: вік старше 65 років, чоловіча стать, низький рівень рухової активності, нераціональне харчування, порушення водно-електролітного балансу, поліпрагмазія, безсистемне неконтрольоване використання ноотропних препаратів, тяжка хронічна соматична патологія (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хронічні захворювання печінки та нирок), наявність в анамнезі судинних захворювань головного мозку, попередніх інсультів, черепно-мозкових травм, нейроінфекцій, стан хронічного емоційного стресу, стійкий больовий синдром, вживання алкоголю, тривале порушення сну.

В патогенетичному аспекті, в основі розвитку делірію лежить поєднаний ефект гострого чи хронічного ураження головного мозку й патологічної стресреакції (надлишковий викид кортизолу, асептичне запалення). Важлива роль в патогенезі делірію належить нейрохімічним змінам. Дефіцит холінергічної й надлишкова активація допамінергічної нейротрансмітерних систем призводять до розвитку порушень у когнітивній та поведінковій сферах. Розлади сну і загострення стану саме у нічний час, які спостерігаються при деліріозних станах, вчені пов'язують з порушеннями в мелатонінергічній нейротрансмітерній системі [4]. Клініко-лабораторні дослідження підтверджують важливу роль нейроендокринних і нейроімунних порушень в розвитку делірію. Рівень Среактивного білка, інтерлейкінів, кортизолу в різних біосферах організму корелює з тяжкістю і тривалістю перебігу деліріозного стану. Наявність алеля АРОЕ4 є генетичним фактором ризику делірію. В спинномозковій рідині пацієнтів з делірієм визначається підвищення рівня білка S-100B і нейроспецифічних енолаз - маркерів деструкції нейронів [5].

Діагностика. Делірій не є самостійною проблемою в неврологічній чи соматичній практиці, він є проявом основного захворювання і декомпенсації стану. В психіатричній практиці також делірій розцінюється як попередній діагноз, а після проведення обстеження і з'ясування причинно-наслідкових зв'язків стає ускладненням основного захворювання.

При постановці діагнозу згідно МКХ-10, з урахуванням нової її модифікації МКХ-10-АМ (Австралійська модифікація, 2017 р.) деліріозний стан відноситься до рубрики «F05» Делірій, не спричинений алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Діагностичними критеріями є: за етіологією неспецифічний органічний церебральний синдром характеризується одночасним порушенням свідомості та уваги, усвідомлення, мислення, пам'яті, психомоторної поведінки, емоцій, режиму сну та активності. Тривалість може бути різною, а ступінь тяжкості варіює від середнього до дуже тяжкого. В дану діагностичну рубрику включено гострий або підгострий: - мозковий синдром, - стан сплутаності свідомості (неалкогольний), - інфекційний психоз, - органічна реакція, - психоорганічний синдром. З діагностичної рубрики виключено: біла гарячка, спричинена алкоголем або неуточнена «F10.4».

Делірії, які виникають як ускладнення судинних мозкових катастроф включені до рубрики «F05.0» Делірій, не спричинений деменцією.

Делірій, спричинений деменцією кодується «F05.1», але, як було сказано вище, даний стан не є самостійною патологією. Тому деліріозний стан, що відповідає описаним вище критеріям, але розвивається на фоні деменції кодується у межах рубрик «F00-F03».

Також, при первинних діагностичних сумнівах є можливість наступних варіацій кодування: «F05.8» Інший делірій. Делірій змішаного походження та «F05.9» Делірій, неуточнений.

Існують чисельні діагностичні шкали та опитувальники, які використовуються для оцінки делірію: «Delirium Rating Scale - Revised-98», «Confusion Assessment Method», «Delirium Symptom Interview».

Найпростішими у використанні є методики дослідження порушень уваги (завдання на віднімання 7 від 100, запам'ятовування різних серій цифр, називання складних слів по буквам з одночасним стисканням пальців дослідника під час називання певної букви тощо). Але усі діагностичні та скринінгові методики не є специфічними, їх чутливість досить низька для

постановки діагнозу. Порушення уваги можуть супроводжувати чисельні патологічні процеси, в тому числі психічні та органічні. Елементарно, у лікаря-клініциста немає часу на їх використання.

Найціннішим для постановки клінічного діагнозу є ретельний збір анамнестичних даних у рідних пацієнта, свідків зміни його стану, персоналу лікувального відділення, в якому він перебував, динамічне спостереження за станом пацієнта. Ретельне фізикальне та лабораторне обстеження проводиться з метою виявлення станів, які сприяють виникненню делірію та впливають на його перебіг.

Базуючись на отриманих даних клініцисти спираються на діагностичні критерії делірію за DSM-IV та МКХ-10. Діагностичні критерії делірію за DSM-IV:

1. Розлади свідомості (знижена ясність усвідомлення обстановки) із зниженням спроможності зосередження, підтримання або переключення уваги;

2. Розлади когнітивної сфери (пам'яті, порушення мовлення, дезорієнтація) або розвиток розладів сприйняття, які не пояснюються наявністю деменції.

3. Розлади розвиваються упродовж короткого часу (декількох годин або днів), тенденція до хвилеподібного коливання симптоматики протягом доби.

4. Анамнестичні дані про наявність органічних етіологічних факторів.
Діагностичні критерії делірію за МКХ-10:

- A. Порушення свідомості та уваги.

- B. Глобальний розлад когнітивної функції.

- C. Психомоторні розлади.

- D. Розлади циклу сон/неспанья.

- E. Емоційні розлади.

Диференціальна діагностика деліріозних станів викликає труднощі, так як наявні когнітивні розлади не є специфічними, вони характерні головним

чином для деменції, але можуть бути при інтоксикаціях, інфекційних та нейропроцесах, психічній патології.

Деменція характеризується хронічними порушеннями когніції та поведінки, які розвиваються поступово, прогресують досить повільно. Розлади свідомості характерні для пізніх стадій деменції, коли діагностика не викликає сумнівів. Зниження пам'яті наявне при обох станах, але при делірії, головним чином, страждає фіксаційна пам'ять. Порушення мовлення при делірії та деменції відрізняються: хаотичність мови при делірії на противагу прогресуючій афазії при деменції. Сфера мислення страждає при обох станах, але при делірії мислення незв'язне і нелогічне, тоді як при деменції збіднене і сповільнене. Галюцинаторні розлади є частими при деліріозних станах, в той час як при деменції вони характерні тільки для окремих форм, наприклад для деменції з тільцями Леві, яку також супроводжує розвиток паркінсонізму. Треба зауважити, що делірій часто ускладнює перебіг деменції, тобто наявність деменції не виключає розвиток делірію, інсульту. Більш того, делірій може бути прогностичною ознакою розвитку судинної мозкової катастрофи [6].

Деліріозні стани є ургентною патологією, потребують екстреної госпіталізації пацієнта і невідкладної комплексної терапії. Обсяг лікувальних заходів визначається з урахуванням етіології та клінічної картини. Негайної медикаментозної корекції потребують не тільки тяжкі форми делірію, а й порушення психічних функцій будь-якого ступеню вираженості. Така необхідність виникає у зв'язку з потенційною небезпекою пацієнта для оточуючих і самого себе. Лікувальні та профілактичні заходи при деліріозному стані спрямовані, перш за все, на усунення його причинного фактора. Основне завдання - це фармакотерапія основного захворювання, а також купірування збудження, нормалізація сну. Важливою є інфузійно-детоксикаційна терапія, підтримання водно-електролітного балансу, нейропротекція, з огляду на те, що в основі патогенезу лежать метаболічні порушення в головному мозку; усунення психічних розладів

будь-якої інтенсивності; стабілізація роботи серцево-судинної системи, зниження вираженості печінкової та ниркової недостатності.

Дискусійним залишається питання місцезнаходження пацієнтів з деліріозними розладами, які виникли в соматичному стаціонарі. Пацієнти з порушенням свідомості потребують перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ), так як тут можлива адекватна седація. Не обов'язковим є переведення до психіатричного стаціонару. Ефективними є вчасно проведені адекватні медикаментозні заходи, спрямовані на купірування делірію.

На етапі купірування делірію пацієнту необхідно забезпечити суворий лікувально-охоронний режим з динамічним спостереженням медичного персоналу, профілактикою травматизації. Для купірування психомоторного деліріозного збудження частіше використовують транквілізатори - анксиолітики, які володіють снодійною, седативною, анксиолітичною, міорелаксуючою та протисудомною дією, в той час як нейролептики (антипсихотичні препарати: рисперидон, кветіапін, галоперидол) необхідно застосовувати з обережністю через ризик виникнення колапсу. При призначенні психотропних препаратів доцільно уникати надмірної седації в денний час, так як можна не звернути увагу на декомпенсацію соматичної патології та ранній розвиток специфічних ускладнень. Комбінація бензодіазепінів та нейролептиків зменшує ймовірність виникнення екстрапірамідних симптомів. Одночасно з психотропними препаратами призначають дезинтоксикаційну терапію, корегують порушення гемодинаміки.

Застосування антипсихотичних препаратів з профілактичною метою на тепер вважається недоцільним. Для профілактики делірію рекомендовано своєчасно коригувати соматичний стан пацієнтів. Важливо також мінімізувати інтенсивність зовнішніх подразників, контролювати підтримання адекватного режиму сон-неспанья, орієнтування пацієнта.

Раціональним є застосування препаратів мемантину, ривастигміну, мелатоніну [7].

Таким чином, лікування делірію в неврологічній, соматичній, хірургічній практиці - складне мультидисциплінарне медичне завдання, яке вимагає ґрунтовного підходу до діагностичних, диференціально-діагностичних позицій зі схожими станами. Деліріозний стан є предиктором розвитку та поглиблення когнітивного дефіциту. Тому роль лікаря полягає, перш за все, у ретельному діагностичному пошуку, контролі лікувальних заходів та своєчасній їх корекції, спостереженні за пацієнтом в динаміці з метою терапії можливих пізніх ускладнень.

Своєчасна комплексна адекватна медикаментозна терапія та симптоматична корекція із застосуванням психотропних препаратів повинна проводитися з ретельним контролем соматичного та неврологічного стану пацієнта.

Список літератури

1. Дельва МЮ. Постінсультний делірій: предиктори розвитку, характеристики, наслідки. Світ медицини та біології. 2017;2(60):44-48.
2. Infante MT, Pardini M, Balestrino M, et al. Delirium in the acute phase after stroke: comparison between methods of detection. Neurol Sci. 2017;386:1101-1104.
3. Khan BA, Zawahiri M, Campbell NL, et al. Biomarkers for delirium - a review. J Am Geriatr Soc. 2011;59(2):256-261.
4. Гринь ВГ. Лімбічна система. Ретикулярна формація. Ядра стріопалідарної системи. Вісник проблем біології та медицини. 2016;4(1,133):17- 20.
5. Скрипніков АМ, Гринь КВ, Погорілко ОВ. Деменція: Клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навчально-методичний посібник. Полтава: «Астроя», 2021. 148с. ISBN 978-617-7915-25-5.

6. Foster J, Burry LD, Thabane L, et al. Melatonin and melatonin agonists to prevent and treat delirium in critical illness: a systematic review protocol. Systematic Reviews. 2016;5:199. doi:10.1186/s13643-016-0378-2.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

Левков А.А., Юрченко В.С., Кулик Е.А.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Мета: Ознайомлення з екстреною та невідкладною медичною допомогою, домедичною допомогою в умовах бойових дій. Як надати першу медичну допомогу? Які правила медичної допомоги? Пріоритети надання допомоги у різних типах ситуацій.

Екстрена та невідкладна медична допомога є клінічною практично-орієнтованою нормативною дисципліною, під час вивчення якої відбувається формування у студентів професійних вмінь з організації негайних медичних дій, спрямованих на відновлення гостро порушених функцій життєзабезпечення пацієнтів і постраждалих.

В умовах воєнного стану варто бути готовим до всього, навіть якщо ви цивільна особа. Прості речі рятують життя. А чітке розуміння алгоритму дій допоможе взяти себе в руки в екстреній ситуації та надати першу допомогу постраждалому. Тож ми вирішили підготувати для вас найкращі ресурси, де можна детальніше дізнатись про надання першої домедичної допомоги.

Перш ніж ми продовжимо, варто запам'ятати найважливіше правило будь-якої допомоги - збереження власного життя. Це означає, що якщо ви не є впевненими у власній безпеці, ви не розпочинаєте надання допомоги.

У цій статті ми поговоримо про:

- різницю між домедичною допомогою та тактичною медициною;

-першу домедичну допомогу у випадках серцево-легеневої реанімації, зупинки кровотечі, допомоги при інсульті, переохолодженні, опіках, удавленні, втраті свідомості тощо;

-першу домедичну допомогу у випадку кровотечі із застосуванням підручних засобів;

-алгоритми тактичної медицини в основних випадках на полі бою: кровотечі, непрохідності дихальних шляхів та пневмотораксі;

-поведінку та пріоритезацію допомоги у трьох різних зонах на полі бою;

-мінімізацію особистих ризиків після надання допомоги.

Важливо розділяти поняття домедичної допомоги та тактичної медицини. В чому ж різниця?

Домедична допомога - це найпростіші невідкладні медичні дії, що виконуються безпосередньо на місці пригоди терміново після травми. Зазвичай, вона надається не медичними працівниками, а особами, що на момент пригоди знаходяться поруч, безпосередньо на місці пригоди або поблизу від постраждалого. В цьому контексті ми говоримо про серцево-легеневу реанімацію, зупинку кровотечі, допомогу при інсульті, переохолодженні, опіках, удавленні, втраті свідомості тощо.

Тактична медицина – це надання медичної допомоги власне під час військових дій, враховуючи загрозу бойових дій чи обстрілу. Тактична медицина враховує той факт, що місце і обставини, в яких надається допомога під час бойових дій, принципово відмінні від лікарень, салону карети швидкої допомоги або, навіть, тротуару серед міста.

Основними причинами смерті 80-90% поранених на полі бою є:

- масивні крововтрати - 60%

- непрохідність дихальних шляхів - 34%

- пневмоторакс (скупчення повітря та підвищення тиску в легенях) - 6%.

Проте, якщо як мінімум 60% особового складу батальйону вміє надавати першу допомогу, шанси поранених вижити різко зростають.

Також критично важливо розуміти пріоритети надання допомоги у різних типах ситуацій. Виділяють три “зони”, в яких тактика та пріоритезація надання допомоги пораненим у військово-польових умовах суттєво відрізняється.

- 1.«Червона зона» - зона обстрілу.(Пряма загроза)
- 2.«Жовта зона» - зона тактичного укриття.(Непряма загроза)
- 3.«Зелена зона» – мобільні польові госпіталі, військові чи цивільні шпиталі, спеціалізовані клініки.

Перший етап — при наданні допомоги в „червоній зоні” ви знаходитесь під вогнем супротивника, що значно обмежує допомогу, яку ви можете надати. Допомога переважно складається з використання джгута для зупинки небезпечної для життя кровотечі з ран в області кінцівок і якнайшвидшого переміщення потерпілих у безпечне місце.

Другий етап – надання медичної допомоги у військово-польових умовах в жовтій зоні.

Третій етап – надання допомоги під час тактичної евакуації. При здійсненні евакуації допомога надається до надходження постраждалого в пункт збору або до медичної установи.

Немедична евакуація потерпілого (CASEVAC) відноситься до переміщення потерпілих з використанням немедичного транспортного засобу або літального апарату. Під час такої евакуації боєць-рятувальник може перебувати з потерпілим для надання йому допомоги під час транспортування.

Медична евакуація (MEDEVAC) відноситься до евакуації потерпілих з використанням спеціалізованого санітарного автомобіля або санітарного літака. На медичних транспортних засобах для евакуації (наземних і повітряних) присутній медичний персонал для надання потерпілим допомоги під час евакуації.

В обох випадках допомога надається по протоколу С-А-В-С! (Критична кровотеча – Дихальні шляхи, Дихання – Циркуляція) в послідовності та по правилам описаних для другого етапу.

Поранених слід оперативно переміщати на наступний рівень надання допомоги, інакше наявні цінні ресурси витратимуться на підтримання пацієнтів, що перешкоджатиме іншим постраждалим отримати допомогу.

Порядок дій та об'єм надання екстреної медичної допомоги в зоні «Прямої загрози»

1. В цій фазі виправдано застосування мінімального переліку медичних маніпуляцій, оскільки ризик отримання додаткових травм постраждалим або безпосереднє травмування медичного персоналу є надзвичайно високим (наприклад, внаслідок вогню озброєних осіб або чинниками зовнішнього середовища – палаючі конструкції будівель, дія токсичних речовин тощо). Слід врахувати, що в цій фазі може існувати обмеження в медичному обладнанні, або у неможливості його повного застосувати, враховуючи тактичну ситуацію.

2. Пріоритетним в цій зоні є особиста безпека фахівців та пошук укриття.

3. Порадьте постраждалому рухатись в укриття і при можливості надати собі допомогу. Якщо постраждалий не може самостійно пересуватися або якщо тактична ситуація дозволяє – евакуюйте постраждалого до укриття.

4. При вирішенні питань переміщення постраждалого слід враховувати можливі перепони та загрози оточуючого середовища: зруйновані будівлі, пожежі, наявність хімічних, біологічних чи радіоактивних елементів в зоні ураження тощо.

5. При переміщенні постраждалого намагайтесь мінімізувати у нього отримання додаткових травм.

6. За необхідності та можливості, припиніть горіння на постраждалому.

7. Якщо у постраждалого є масивна зовнішня кровотеча і тактична ситуація не дозволяє вам наблизитися до нього – рекомендуйте йому самостійно зупинити/обмежити кровотечу, шляхом прямого притискання рани або накладання турнікета максимально високо, якщо кровотеча з кінцівки.

8. Для зупинки кровотечі рекомендовано використовувати турнікети типу САТ, а за їх відсутності – наявне табельне оснащення. Якщо місце масивної зовнішньої кровотечі не очевидне, накладіть кровоспинний турнікет

максимально високо на кінцівку. Якщо ідентифікуєте краї рани, накладіть турнікет на 5-7 см проксимальніше. Не намагайтеся записати час накладання турнікет у в зоні «Прямої загрози», зробіть це відразу, як дозволить тактична ситуація.

9. Подальше надання екстреної медичної допомоги постраждалому, що евакуюється, слід відкласти до наступних етапів/зон. В тому числі і забезпечення прохідності дихальних шляхів краще відтермінувати до зони «Непрямої загрози», якщо тактична ситуація в зоні «Прямої загрози» обмежує ваші дії.

10. Якщо евакуація постраждалого без свідомості тимчасово неможлива, поверніть його на живіт або в стабільне бокове положення.

11. Під час переміщення постраждалих у цій зоні слід враховувати значний ризик травми в шийного відділу хребта, особливо при мінно-вибуховій травмі. При можливості слід максимально обмежити рухи в шийному відділі хребта.

Порядок дій та об'єм надання екстреної медичної допомоги в зоні «Непрямої загрози»

1. При наявності декількох постраждалих проведіть медичне сортування.
2. У постраждалих з порушенням свідомості слід вилучити всю наявну зброю та засоби зв'язку.
3. Зупинка масивної зовнішньої кровотечі:
 - обстежте постраждалого на предмет масивної зовнішньої кровотечі та за її наявності – зупиніть доступним методом:
 - для зупинки кровотечі з кінцівок рекомендовано використовувати турнікети, за їх відсутності наявне табельне оснащення. В цій зоні кровоспинний турнікет накладається проксимальніше візуального краю рани на 5-7 см.

У випадку, якщо кровотеча не зупинена накладанням першого турнікета, накладіть другий турнікет вище та безпосередньо близько, на скільки це можливо, біля першого, або скористайтесь іншим методом контролю кровотечі.

- для зупинки вузлових кровотеч, виконайте тампонування рани за допомогою хімічних гемостатичних засобів або за їх відсутності – марлевими відрізами;

- виконайте прямий тиск на рану протягом 3 хвилин, якщо для тампонування використовували хімічні гемостатичні засоби, та протягом 10 хв – якщо для тампонування використовували марлеві відрізи. Усі хімічні гемостатичні засоби можуть працювати по-різному, тому у випадку, якщо кровотеча залишається неконтрольованою, використаний засіб може бути видалений та замінений на інший такого ж типу або інший. У момент заміни:

- використовуйте, як проміжний захід - прямий тиск на рану.

- при вузлових кровотечах, за наявності, слід використати вузловий турнікет. Під час його підготовки слід затампонувати рану гемостатичним засобами та здійснювати прямий тиск на рану;

4. Проведіть швидкий огляд на предмет наявності геморагічного шоку (знижений рівень свідомості (за відсутності черепно-мозкової травми) та/або різко ослаблений або відсутній пульс на променевій артерії, низький АТ) та розгляньте необхідність негайного лікування шоку. Зважаючи на механізм травми постраждалого, визначення ознак шоку та його лікування слід розпочинати якомога швидше: при наявності достатньої кількості фахівців робити це одночасно з оцінкою та забезпеченням прохідності дихальних шляхів.

5. Прохідність дихальних шляхів.

1) У постраждалого в свідомості та за відсутності загрози прохідності дихальних шляхів жодної допомоги не потрібно.

2) Постраждалому без свідомості та без обструкції дихальних шляхів відновіть прохідність шляхом підняття нижньої щелепи або висунання нижньої щелепи (якщо механізм травми не виключає ушкодження хребта) і/або використайте доступний повітровід чи будь-який інший надгортанний засіб (якщо немає травми лицьового черепа).

3) Постраждалому з обструкцією верхніх дихальних шляхів або загрозою їх непрохідності:

- якщо постраждалий в свідомості та має значні травми обличчя: дозвольте зайняти будь-яке положення, при якому найкраще зберігається прохідність його дихальних шляхів, у тому числі сидячи, та/або нахилившись вперед

- якщо постраждалий без свідомості виконайте будь-яку доступну та необхідну маніпуляцію для забезпечення та підтримання прохідності дихальних шляхів: виконайте аспірацію вмісту верхніх дихальних шляхів, якщо це необхідно; введіть повітровід, надгортанний пристрій або виконайте інтубацію трахеї (інтубація трахеї виконується виключно кваліфікованим персоналом);

- надайте постраждалому стабільного положення.

4) якщо вищевказані методи не були ефективними проведіть конікопункцію (стандартним набором) або конікотомію, використовуючи одне з нижченаведеного:

- хірургічно відкриту техніку по провіднику, використовуючи крикотиरेотомічну трубку з манжетою зовнішнім діаметром ≤ 10 мм, внутрішнім діаметром 6-7 мм та завдовжки 5-8 см;

- стандартну відкриту хірургічну техніку, використовуючи крикотиреотомічну трубку з манжетою зовнішнім діаметром ≤ 10 мм, внутрішнім діаметром 6-7 мм та завдовжки 5-8 см (найменш бажаний варіант).

5) Мобілізацію шийного відділу хребта не потрібно проводити у постраждалих у яких є тільки проникаючі поранення

6) Проводьте регулярну переоцінку прохідності дихальних шляхів у постраждалих.

7) Під час відновлення прохідності дихальних шляхів слід враховувати наступне:

- якщо застосовуються надгортанні пристрої з манжетами, яка наповнюється повітрям, необхідний контроль тиску всередині манжети для запобігання перероздування, особливо під час повітряної евакуації;

- надгортанні пристрої, як правило погано переносяться постраждалими з неглибоким порушенням рівня свідомості. Якщо постраждалий не має травми дихальних шляхів однак вимагає підтримання їх прохідності і реагує на надгортанні пристрої, застосуйте назофарингеальний повітровід;

- у постраждалих з травмами обличчя та ротової порожнини, опіками обличчя та ознаками інгаляційного ураження дихальних шляхів носові повітроводи та надгортанні пристрої будуть неефективними. У таких випадках слід виконувати інтубацію трахеї або хірургічні методи відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів.

8) Не рекомендовано одразу проводити конікопункцію/томію постраждалим без свідомості у яких не виявлено прямої травми дихальних шляхів, допоки не буде доведена неефективність застосування надгортанних пристроїв та/чи інтубації.

Порядок дій та об'єм надання екстреної медичної допомоги в зоні евакуації:

- Контроль масивної кровотечі
- Прохідність дихальних шляхів
- Функція дихання
- Кровообіг
- Моніторинг
- Знеболювання
- Обробка наявних ран

Англійські літери С.А.В.С. означають базовий алгоритм роботи із постраждалим:

- С (critical bleeding — критична кровотеча)
- А (airways — дихальні шляхи)
- В (breathing — дихання)

- С (circulation — циркуляція)

За статистикою зі 100% бійців, які гинуть на полі бою, 70% помирають через критичну кровотечу (С). Вона відрізняється від звичайної кровотечі тим, що становить загрозу життю через стрімку втрату крові. Наприклад, при пошкодженні стегнової артерії боєць може загинути за кілька хвилин — вже за 35-40 секунд він втратить свідомість і не зможе надати собі допомогу.

Саме тому в алгоритмі С.А.В.С. критична кровотеча посідає перше місце. При її виявленні необхідно застосувати кровоспинний турнікет, джгут, пальцеве притиснення або підручні засоби. Для зупинки кровотечі в сучасну аптечку має входити турнікет виробництва США — так званий С.А.Т. (Combat Application Tourniquet).

Література:

1. Кокун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Головне управління морально-психологічного забезпечення збройних сил України. Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій. Видавництво:ЦУЛ.2023.
2. Березуцький В.В., Яковцов І.З.,Куліш Ю.О., Аветисян В.Г., Аніщук В.П., Загуровський В.М., Мустафа В.І., Яцина Г.С. Надзвичайні ситуації,рятувальні роботи та надання першої медичної допомоги при невідкладних станах. Навчальний посібник,видавництво: ФОРТ 2013.
3. Рой Л.Елсон, Кайі Г.Ган, Джон Е. Кемпбелл. Догоспітальна допомога при травмах.2023
4. Тарасюк В.С., Матвійчук І.В., Паламар І.В., Поляруш Н.Д., Корольова В.М., Подолян В.М, за редакцією В.С.Тарасюка. 2021.
5. Карамішев Д., Гордієнко Л. Тактична медицина та безпека в умовах бойових дій. 2023.

ЗМІНИ В СТРУКТУРІ ЗВЕРНЕНЬ ЗА ЕКСТРЕНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ВИКОНАНИХ ВИКЛИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Мирошниченко Л.І.

Комунальне підприємство "Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради" м. Полтава

Функціонування системи екстреної медичної допомоги в Україні під час воєнного стану неможливо переоцінити. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є обов'язковою складовою спроможної мережі закладів охорони здоров'я в межах кожного госпітального округу, що визначено національною стратегією реформування системи охорони здоров'я країни (Закон України № 2347-IX, Постанова КМУ №174). Вони забезпечують організацію та виконання діагностично-лікувальних заходів для збереження життя і здоров'я хворих та постраждалих на догоспітальному етапі.

За три роки повномасштабної агресії проти України відбулись певні зміни в структурі звернень за екстреною медичною допомогою та в структурі виконаних викликів екстреної медичної допомоги до населення Полтавської області. Географічне розташування регіону, розвиток бойових дій та міграція населення зумовили перетворення області на логістичний «хаб» та створили нові виклики для галузі охорони здоров'я.

Аналіз за цими показниками роботи Полтавського центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф виявив наступне.

Кількість звернень населення на лінію «103» за екстреною медичною допомогою в перший рік повномасштабного вторгнення у 2022 році зменшилась на 6,5% і становила 303,2 тис. проти 324,1 тис. звернень у 2021 році. Кількість звернень за екстреною медичною допомогою у 2023 році зросла на 9% і становила 330,8 тис. звернень. Кількість звернень за екстреною

медичною допомогою у 2024 році продовжила збільшуватись і склала 355,3 тис. звернень, що на 7% більше за показник 2023 року.

Всі звернення опрацьовувались на етапі прийому для забезпечення виконання Постанови КМУ №1271 щодо виконання нормативу прибуття на місце події, тому непрофільні звернення шляхом роз'янювальної та консультативної роботи склали групу відмовлених необґрунтованих звернень. У 2022 році їх частка становила 23%, або 70,8 тис. від всіх звернень, проти 15% у 2021 році. Кількість відмовлених необґрунтованих звернень продовжила зростати у 2023 році до 83,6 тис., або 25 % від всіх звернень, у 2024 році – до 94,2 тис. , або 26 % від усіх звернень.

Така значна кількість дзвінків на лінію «103», які не потребували виїзду бригади екстреної медичної допомоги, зумовлена абсолютною цілодобовою доступністю та безкоштовністю послуг, збільшенням тривожних настроїв та погіршенням загальних показників здоров'я населення в умовах воєнного стану.

Структура звернень, які вимагають виїзду бригади на місце події, складається з критичних, екстрених та неекстрених відповідно до регламентуючого наказу МОЗ України №263, і включають режим максимально швидкого реагування для критичних станів із загрозою життю людини, режим екстреного реагування для екстрених станів та режим неекстреного реагування бригадою ЕМД, вільною від виконання критичних та екстрених викликів.

Кількість критичних звернень за три роки воєнного стану була найвища у 2022 році – 4923, або 2,2% від загальної кількості звернень за рік. У 2023 році – 3612, або 1,5% від загальної кількості звернень за рік. І кількість критичних звернень вдвічі зменшилась у 2024 році проти початку повномасштабного вторгнення – 2280 звернень, або 0,9% від загальної кількості.

Динаміка екстрених звернень протилежна. Так у 2022 році їх кількість склала 207 тис. за рік, або 90,6% від загальної кількості звернень. У 2023 році цей показник збільшився до 225 тис. звернень, або 92,6% від загальної

кількості, а у 2024 році відбулось зростання до 239 тис. звернень, або 93,1% загальної кількості.

Кількість неекстрених звернень з 2022 по 2024 рік зменшувалась і склала 7,2% від загальної кількості звернень у 2022 році, 5,9% - у 2023 році та 5,1% у 2024 році.

Структура виконаних викликів екстреної медичної допомоги до населення складається з наступних основних груп: нещасні випадки, травми та отруєння; раптові захворювання та стани; позалікарняні пологи та патологія вагітності; виїздів до хронічних хворих; перевезення пацієнтів, породіль; безрезультатні виїзди.

Аналіз виконаних викликів екстреної медичної допомоги до населення Полтавської області за три роки воєнного стану виявив наступну динаміку.

Кількість виїздів за викликами на нещасні випадки, травми та отруєння у 2022 році збільшилась до 24,3 тис. виїздів, або 10,6 % від загальної кількості виїздів проти 9,0 % (23,6 тис. виїздів) у 2021 році. У 2023 році продовжується збільшення до 26,3 тис. виїздів, або 10,8 % від загальної кількості виїздів. У 2024 році кількість таких виїздів зменшилась до 25,7 тис. виїздів, або 10,0 % від загальної кількості виїздів.

Кількість виїздів на раптові захворювання та стани збільшилась у 2022 році до 170,5, або 74,6% від загальної кількості виїздів проти 72,2 % у 2021 році. У 2023 році продовжується збільшення до 181 тис. виїздів, або 74,7% від загальної кількості виїздів. У 2024 році – збільшення до 195,5 тис. виїздів, або 76,2% від загальної кількості виїздів.

Кількість виїздів до хронічних хворих у 2022 році зменшилась до 6,5 тис., або 2,9 % від загальної кількості виїздів проти 6,0 % (15,8 тис.) у 2021 році. У наступному 2023 році кількість цих виїздів збільшилась до 7,6 тис. виїздів або 3,1 % від загальної кількості виїздів. У 2024 році відбулось зменшення до 5,6 тис. виїздів, або 2,2 % від загальної кількості виїздів.

Кількість непрофільних викликів у 2022 році значно зменшилась – до 3,6 тис., або 1,6% від загальної кількості виїздів проти 3,9% (10,2 тис.) у 2021 році.

У 2023 році кількість цих виїздів збільшилась до 5,4 тис. виїздів, або 2,2% від загальної кількості виїздів. У 2024 році кількість непрофільних викликів зменшилась до 4,4 виїздів, або 1,7 % від загальної кількості виїздів.

Кількість виїздів на позалікарняні пологи та патологію вагітності у 2022 році збільшилась до 2,6 тис., або 1,1 % від загальної кількості виїздів проти 0,6 % (1,5 тис.) у 2021 році, що було пов'язано із закриттям пологових відділень в частині лікувальних закладів області та скеровуванням породіль до обласного перинатального центру. У 2023 році кількість цих виїздів зменшилась до 2,0 тис. виїздів, або 0,8 % від загальної кількості виїздів. У 2024 році показник не змінюється – 2,0 тис. виїздів, або 0,8 % від загальної кількості виїздів.

Кількість перевезень пацієнтів, породіль до лікувальних закладів і травмпунктів у 2022 році зменшилась до 6,3 тис., або 2,7 % від загальної кількості виїздів проти 3,3 % (8,6 тис.) у 2021 році. У 2023 році кількість цих виїздів збільшилась до 6,9 тис. виїздів, або 2,8 % від загальної кількості виїздів. У 2024 році продовжується збільшення до 8,4 тис., або 3,3 % від загальної кількості виїздів.

Кількість безрезультатних виїздів у 2022 році зменшилась до 10,7 тис., або 4,7 % від загальної кількості виїздів проти 4,9 % (12,9 тис.) у 2021 році. Зменшення продовжилось частка у 2023 році – 4,5 % (10,7 тис. виїздів) від загальної кількості виїздів. У 2024 році кількість цих виїздів збільшилась до 4,8 % (12,2 тис. виїздів) від загальної кількості.

Необхідно зазначити, що три роки поспіль зростає частка доставлених для госпіталізації осіб від загальної кількості осіб, яким надана медична допомога під час виїздів та амбулаторних звернень. У 2022 році – 32,9 % від загальної кількості (71.4 тис. пацієнтів) проти 28,5 % у 2021 році, у 2023 році – 34,1 % від загальної кількості (80.4 тис. пацієнтів), у 2024 році – 35 % від загальної кількості (87.4 тис. пацієнтів).

Таким чином, за три роки повномасштабної агресії проти України відбулось значне збільшення обсягу звернень за екстреною медичною допомогою та кількості виконаних викликів екстреної медичної допомоги до

населення Полтавської області, певні зміни в їх структурі, понад третину осіб, яким надана медична допомога, бригади екстреної медичної допомоги доставили для госпіталізації в заклади охорони здоров'я. На це вплинуло декілька чинників, як то збільшення населення за рахунок внутрішньо переміщених осіб, кількість яких сягала 200 тис., абсолютною цілодобова доступність, якість та безкоштовністю послуг, збільшення тривожних настроїв та погіршення загальних показників здоров'я населення в умовах воєнного стану.

Полтавський Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф продовжує виконувати щоденну роботу та удосконалювати її організацію для забезпечення доступних, якісних і безоплатних послуг екстреної медичної допомоги в регіоні відповідно до викликів сьогодення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2020 р. №1271, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1271-2020-%D0%BF#Text>
2. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 р. № 174, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#top>
3. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 1 липня 2022 року № 2347-IX, URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
4. Про затвердження Переліку причин вернень та скарг про необхідність надання екстреної медичної допомоги: наказ МОЗ України №263 від 16 лютого 2021 року

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ НА ЕТАПІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Могильник А. І.¹, Могильник А. М.², Тарасенко К. В.¹,

Давиденко А. В.¹, Архиповець О. О.¹, Телегань В. О.¹

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава

²КП "Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр ПОР", Полтава

Вступ. Венозному тромбоемболізму властиві висока летальність та відсутність методів ранньої діагностики тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА). Досить часто ТЕЛА належить до причини смерті пацієнтів, що не розпізнається під час лікування. Проблеми ранньої діагностики пов'язані з поліморфізмом клінічних проявів та частим безсимптомним перебігом хвороби.

Мета: аналіз етіології, методів профілактики та лікування тромбоемболічних ускладнень у відділеннях інтенсивної терапії, виявлення особливостей інтенсивної терапії, а також аналіз підходів при лікуванні ТЕЛА у відділеннях інтенсивної терапії.

Матеріал та методи: робота проводилась на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського Полтавської обласної ради».

ТЕЛА є венозним тромбоемболізмом, обумовленим у більшості випадків тромбозом вен малого таза і тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок ТГВНК. ТГВНК і пов'язана з ним ТЕЛА є одним з найважчих для діагностики захворювань. Щорічна летальність від ТЕЛА сягає 0,1%. Сприятливими факторами ТГВНК та ТЕЛА можуть бути як надбані, так і спадкові фактори. Ризик розвитку ТГВНК і ТЕЛА залежить від виду оперативного втручання, тривалості іммобілізації, віку, наявності травм, ожиріння, надбаних і генетично детермінованих факторів. Хірургічні операції є причиною розвитку понад чверті випадків ТГВНК та ТЕЛА. У пацієнтів терапевтичного профілю при обстеженні в стаціонарі частота виявлення ТГВНК становить усередньому 20 % , а при низці патологій може досягати 80 % [9]. Клінічно розпізнаваними

симптомами ТЕЛА є: гостра коронарна та серцева недостатність, біль у черевній порожнині, ознаки гострої дихальної недостатності, блювання та втрата свідомості. Ознаками масивної ТЕЛА є дисфункція правого шлуночка, шок, гіпотензія. Для прогнозування ймовірності ризику розвитку ТЕЛА при амбулаторному лікуванні застосовується «Женевська шкала» (індекс Geneva), а в стаціонарі – «Шкала Уеллса» (Wells Score) [6].

На етапі швидкої медичної допомоги з метою оцінки ризику розвитку ТЕЛА при збиранні анамнезу уточнюють час виникнення задишки, кашлю, кровохаркання. При первинному огляді лікарем швидкої медичної допомоги реєструють ступінь порушення дихання, кровообігу, частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, пульс. Під час огляду нижніх кінцівок виявляють клінічні ознаки ТГВНК. На першому етапі діагностики інформативним є проведення ЕКГ-дослідження з метою виявлення ознак гострого навантаження на правий шлуночок. На етапі діагностики у стаціонарі проводиться визначення D-димеру плазми, показників коагуляції, рентгенографія грудної клітини, ехокардіографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ), ангіопульмонографія [1].

У разі стабільного стану пацієнта з ТЕЛА надання медичної допомоги здійснюється персоналом швидкої медичної допомоги, а у разі шоку допомога надається силами бригади реанімації. При високому ризику розвитку ТЕЛА на догоспітальному етапі одразу проводять антикоагулянтну терапію під контролем артеріального тиску та корекцію гіпотензії із застосуванням адреноміметиків, не припиняючи інфузію під час транспортування в стаціонар. Госпіталізація пацієнта здійснюється у відділення інтенсивної терапії. В умовах госпіталізації при невисокому ризику та за відсутності шоку та гіпотензії проводиться визначення D-димеру плазми та у разі підвищеного D-димеру проводять МСКТ дослідження, за результатами якого приймають рішення про доцільність тромболізу або емболектомії.

За високого ризику при шоці та гіпотензії проводять МСКТ, а в разі неможливості – ехокардіографію. Ознаками ТЕЛА у цьому випадку буде

навантаження на правий шлуночок. Якщо антикоагулянтна терапія була розпочата на догоспітальному етапі, то вона має продовжуватися в умовах стаціонару як основний метод лікування. В разі помірного ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень протягом п'яти діб застосовують НМГ-терапія з використанням еноксапарину 1,0 мг/кг маси тіла кожні 12 годин. У разі застосування фондапаринукса дозування становить 10 мг/кг при вазі пацієнта понад сто кілограмів та 7,5 мг при вазі пацієнта 50-100 кг. Після п'яти діб переходять на оральні антикоагулянти: варфарин або ривароксабан [7].

У разі потреби та можливості екстреного усунення обструкції легеневої артерії та відновлення її прохідності застосовують методи селективного тромболізу та тромболітичної терапії. Як активатор фібринолізу найчастіше застосовуються рекомбінантний людський активатор плазміногену – альтеплаза (актилізе) та рекомбінантний фібринспецифічний активатор плазміногену – тенектеплаза (металізе). Більш ефективним методом тромболітичної терапії є метод фрагментації емболу ангіографічним катетером та проведенням селективного тромболізу із застосуванням катетера Свана-Ганца та альтеплази дозою 50 мг.

Післяопераційний період включає кілька етапів: безпосередній «післяопераційний» період (перші 24 години після операції), який є частиною *раннього* післяопераційного періоду, що триває протягом перших шести діб після операції; *пізній* післяопераційний період триває від шести діб до виписки пацієнта. За іншою класифікацією післяопераційний період поділяють на *найближчий* (триває до чотирьох діб після операції) та *віддалений* (від шести діб і до виписки пацієнта).

Післяопераційний період характеризується чотирма фазами, які потребують особливого контролю: *катаболічна фаза*, тривалість якої залежить від індивідуальних особливостей кожного пацієнта (переважно це 3-5 днів); *фаза зворотного розвитку* (перехідна фаза, тривалістю до 3 діб), що характеризується переходом від катаболічних процесів до анаболічних;

анаболічна фаза, триває 2-3 тижні; та *фаза збільшення маси тіла*, яка починається після 4-х тижнів після операції.

Безпосередній післяопераційний період, що проходить в перші 24 години після операції характеризується стимуляцією катаболізму, збільшенням основного обміну, розвитком компенсаторних змін периферичного кровотоку, а також зниженням дихального об'єму легень з помірною гіпервентиляцією.

Ранній післяопераційний період, що триває протягом перших шести діб після операції, характеризується зміною системи гомеостазу. Процес активізації синтезу тромбіну з утворенням фібрину, починається під час операції та збільшує свою активність до максимального значення на 4-5 добу після операції, приходить у норму через 2-3 тижні. Нормалізація водного обміну відбувається через 4-5 днів після операції, а позитивний баланс калію нормалізується через 6-7 днів після операції. Ранній післяопераційний період характеризується також змінами кислотно-основного стану. Післяопераційний перерозподіл крові, пов'язаний з підвищенням вмісту піровиноградної та молочної кислот, призводить до розвитку метаболічного ацидозу.

Основними завданнями інтенсивної терапії у післяопераційний період є: адекватне знеболювання, оцінка свідомості та адекватне пробудження, проведення антибактеріальної терапії, профілактика гострої дихальної недостатності та гіповолемії, профілактика анемії та коагулопатій, корекція водно-електролітного та кислотно-основного стану [2].

Порушення водного обміну при нестачі або надлишку рідини (дегідратація та гіпергідратація) може мати ізоосмолярний, гіпоосмолярний або гіперосмолярний характер. Для ізоосмолярної дегідратації характерний дефіцит солей та рідини. Гіперосмолярна дегідратація характеризується дефіцитом рідини за підвищеною осмолярністю плазми. Для гіпоосмолярної дегідратації характерний дефіцит рідини із підвищеною втратою електролітів.

Гіпергідратація настає при періопераційному інфузійному перевантаженні та гострому пошкодженні нирок.

При лабораторному дослідженні водно-електролітного стану контролю підлягають електроліти, осмолярність плазми, гематокрит, сечовина, натрійурез та щільність сечі [3].

При вагітності ризик розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень у п'ять разів перевищує ризик ускладнень у не вагітних пацієнток. Наявність широкого спектра соматичних захворювань, генетичних та набутих тромбофілій під час вагітності сприяє розширенню показань для застосування дезагрегантів та антикоагулянтів [8].

Ризик тромбоемболії при вагітності максимально високий у третьому триместрі вагітності, а також протягом місяця після пологів. Найбільшим фактором тромбоемболії є екстракорпоральне запліднення. У зоні підвищеного ризику розвитку тромбоемболії знаходяться жінки, які отримують гормональну замісну терапію, а також отримують препарати, що активізують утворення еритроцитів. Переливання крові також асоційоване із ризиком розвитку тромбоемболії. При вагітності спадкові дефекти в системі гемостазу та наявність епізодів підвищеної кровоточивості виявляються на етапі збирання анамнезу. Оцінка ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень доцільно проводити перед вагітністю, під час вагітності та післяпологовий період [5]. У разі приймання пацієнткою антикоагулянтів або дезагрегантів необхідно оцінити ризик розвитку геморагічних ускладнень. У разі необхідності тромбопрофілактики призначаються низькомолекулярні гепарини на весь період вагітності та протягом півтора місяця після пологів [10].

Фактор кесаревого розтину збільшує ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень у 3-4 рази. У випадках наявності протипоказань до застосування фармакологічних антикоагулянтів доцільним є проведення механічної тромбопрофілактики [4].

Висновки. ТЕЛА не завжди виявляється прижиттєво. Успіх інтенсивної терапії значно залежить від оперативності та якості оцінки ризику розвитку тромбоемболії на етапі діагностики швидкої медичної допомоги. При вагітності

ризик розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень у п'ять разів перевищує ризик ускладнень у не вагітних пацієнток.

Список літератури.

1. Могильник А. І., Бодулев О. Ю. Клінічні маніпуляції в невідкладній медицині: ілюстрований навчальний посібник. Полтава: ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», 2016. 124 с.
2. Могильник А.І. Синдром системного капілярного витоку та методи його корекції в інтенсивній терапії критичних станів // Клінічна хірургія. 2018. Том 85, № 4. С. 57-61.
3. Могильник А. І., Шумейко О. Г. Сучасні уявлення про ендотеліальну дисфункцію // Вісник УМСА, Актуальні питання сучасної медицини. Т. 13, вип. 2 (42). Полтава, 2013. С. 268-272.
4. Afshari A., Ageno W., Ahmed A., Duranteau J., Faraoni D., Kozek-Langenecker S., Samama C. M. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: executive summary // European Journal of Anaesthesiology. 2018. Vol. 35, № 2. P. 77-83.
5. Croles F. N., Nasserinejad K., Duvekot J. J., Kruip M. J., Meijer K., Leebeek F. W. Pregnancy, thrombophilia, and the risk of a first venous thrombosis: systematic review and bayesian meta-analysis // BMJ. 2017 Oct. 26. Vol. 359 : j4452. doi: 10.1136/bmj.j4452.
6. Hirsch D. R., Ingenito E. P., Goldhaber S. Z. Prevalence of deep venous thrombosis among patients in medical intensive care // Jama. 1995. Vol. 274, № 4. P. 335-337.
7. Hirsh J., Hoak J. Management of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a statement for healthcare professionals from the council on thrombosis (in consultation with the council on cardiovascular radiology), American Heart Association // Circulation. 1996. Vol. 93, № 12. P. 2212-2245.
8. Ormisher L., Simcox L. E., Tower C., Greer I. A. «To test or not to test», the arguments for and against thrombophilia testing in obstetrics // Obstetric Medicine. 2017. Vol. 10, № 2. P. 61-66.

9. Samama M. M., Cohen A. T., Darmon J. Y., Desjardins L., Eldor A., Janbon C., Weisslinger N. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients // New England Journal of Medicine. 1999. Vol. 341, № 11. P. 793-800.
10. Sénat M. V., Sentilhes L., Battut A., Benhamou D., Bydlowski S., Chantry A., Marpeau L. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF) // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2016, Vol. 202. P. 1-8.

ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ СКОЛІОЗУ

Подвін А.М.¹, Голованова І. А.¹, Ляхова Н. О.¹, Калатур Г.В.²

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

²Комунальне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги 2
Полтавської міської ради", м. Полтава

Вступ. Захворювання опорно-рухового апарату, зокрема сколіозу, у дитячому віці стають дедалі більш актуальною проблемою в умовах сучасного способу життя. Швидкий розвиток технологій, який супроводжується зростанням сидячого способу життя, недостатньою фізичною активністю та порушенням постави, сприяє поширенню патологій хребта серед дітей.

Мета. Ознайомитися з впливом рухової активності у дітей шкільного віку як профілактики виникнення та розвитку сколіотичної хвороби.

Матеріали і методи. Використовувався теоретичний рівень пізнання літературних джерел.

Результати дослідження. Найбільш поширеними причинами сколіозу є недостатня рухова активності та гіподинамія, що призводить до неповноцінного розвитку зв'язкового-м'язового апарату, викликаючи слабкість м'язів тулуба, спини, черевного преса, що негативно впливає на працездатність окремих органів і систем людини, в першу чергу, на серцево-судинну, дихальну, центральну, вегетативну і травну системи.

Міжнародне товариство ортопедичного та реабілітаційного лікування сколіозу рекомендує спеціальні терапевтичні вправи для запобігання прогресуванню сколіозу серед дітей та підлітків [1]. Заняття лікувальною фізкультурою привернула увагу великої кількості досліджень, оскільки має такі переваги, як хороший клінічний ефект, підвищення працездатності, висока комплаєнсність, низькі побічні ефекти та низьку вартість.

Багато досліджень вказують на те, що спортивні заняття мають захисну роль проти прогресування під час спостереження протягом року у підлітків з легкими формами сколіотичної хвороби. За винятком спортивних занять високого рівня, ризики прогресування яких зменшуються зі збільшенням частоти занять спортом на тиждень [2].

Слід зазначити, що протягом останнього десятиліття значно збільшилася кількість публікацій, зокрема, у Китаї, Північній Америці та країнах Західної Європи щодо актуальності та ефективності занять лікувальною фізкультурою як одного із способів профілактики для виникнення та розвитку сколіотичної хвороби у дітей шкільного віку [3].

Висновки. Сколіоз, розвиваючись у дітей, прогресує до тих пір, поки триває зростання дитини. Тому збільшення рухової активності та виконання комплексних фізичних вправ сприяє не тільки зміцненню здоров'я в цілому, а й є профілактикою виникнення та розвитку сколіотичної хвороби.

Список використаної літератури:

- 1.Andrade RM, Callegari Ferreira ME, Piras L, et al. Effect of therapeutic exercises on the progression of adolescent idiopathic scoliosis: a protocol of a systematic review.*BMJ Open*. 2024;14(12):e083282. Published 2024 Dec 5. doi:10.1136/bmjopen-2023-083282
- 2.Negrini A, Donzelli S, Vanossi M, et al. Sports participation reduces the progression of idiopathic scoliosis and the need for bracing. An observational study of 511 adolescents with Risser 0-2 maturation stage.*Eur J Phys Rehabil Med*. 2023;59(2):222-227. doi:10.23736/S1973-9087.23.07489-0

3.Ma RT, Wu Q, Xu ZD, Zhang L, Wei YX, Gao Q. Exercise therapy for adolescent idiopathic scoliosis rehabilitation: a bibliometric analysis (1999-2023).*Front Pediatr.* 2024;11:1342327. Published 2024 Jan 4. doi:10.3389/fped.2023.1342327

РОЛЬ ПАРАМЕДИЦИНИ ТА СУЧАСНИЙ СТАН ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

**Приліпка К. О., Коршенко В. О, Матвієнко Т. М, Саргош О.Д, Тимошенко
В.М., Коваленко Т.І., Рак Т.І.**

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Вступ. У дослідженні висвітлені основні питання щодо перспектив та ключових тенденцій розвитку парамедицини в умовах сьогодення. Нами досліджено, які є головні засади медичної освіти майбутніх фахівців для надання якісної медичної допомоги населенню. Встановлено, що попередні дослідження демонструють, ефективне впровадження та використання парамедицини в екстрених ситуаціях, а саме можливість забезпечення ефективного, швидшого лікування пацієнтів, зокрема це стосується населення, яке проживає у віддалених районних центрах, або ж при виникненні надзвичайних ситуацій.

Реформи у системі охорони здоров'я в Україні здійснюються на засадах пацієнто-орієнтованості і забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг з одночасним підвищенням продуктивності у зайнятості медичного персоналу та оптимізації системи соціальної підтримки.

Парамедицина в Україні – це відносно новий напрямок у галузі, що активно розвивається у відповідь на сучасні виклики в сфері екстреної медичної допомоги. Впровадження європейських стандартів, підвищення рівня підготовки фахівців і вдосконалення законодавчої бази сприяють формуванню ефективної системи надання домедичної допомоги [1].

Мета дослідження. Визначити ключові напрями розвитку парамедицини в Україні та оцінити основні виклики, що впливають на її ефективність.

Матеріали та методи дослідження. Першочергово це - аналіз нормативно-правових актів у сфері екстреної медичної допомоги. Наступним кроком є огляд сучасних освітніх програм для підготовки парамедиків. Подальшим кроком важливим стає опитування та інтерв'ю з експертами медичної галузі. І звісно не забуваємо про аналіз статистичних даних щодо ефективності парамедичних служб.

Результати і обговорення. Парамедицина є важливою складовою системи екстреної медичної допомоги, що сприяє збереженню життя населення та покращенню якості медичних послуг у критичних ситуаціях. В Україні ця сфера почала активно розвиватися після реформи медичної галузі, спрямованої на підвищення ефективності та доступності невідкладної допомоги [2].

За визначенням організації National Emergency Medical Services Scope of Practice Model (США), парамедик є медичним працівником, основними завданнями якого є: надання медичних послуг, у тому числі медико-рятувальних робіт самостійно або під наглядом лікаря, забезпечення безпеки людей на місці та прийняття заходів для запобігання погіршенню стану здоров'я пацієнта.

Транспортування людей у надзвичайної ситуації в організації охорони здоров'я, надання моральної підтримки, проведення санітарної освіти та пропаганди [1,2].

Найчастіше у цих напрямках вони можуть мати кращі навички та компетенції, ніж професійні лікарі, оскільки вони треновані і навчені надавати подібні маніпуляції у будь-яких, навіть найекстремальніших техногенних, природних і погодних умовах.

Крім зазначених навичок, парамедик має відповідати вимогам емоційної стійкості, мати хорошу фізичну форму та міцне здоров'я та фізичну витривалість.

Парамедики – це фахівці, які мають необхідні знання та навички для надання невідкладної медичної допомоги до прибуття постраждалого до лікарні. Вони проходять спеціальну підготовку, яка включає як теоретичні

знання, так і практичні навички з реанімації, надання першої допомоги та стабілізації стану пацієнта.

Парамедики здатні швидко та послідовно надавати невідкладну допомогу при гострих станах терапевтичного та хірургічного профілю у складі бригади швидкої допомоги. Підготовка парамедиків дозволить суттєво скоротити термін та витрати на навчання спеціалістів, призначених для надання невідкладної медичної допомоги, відповідно, знизити витрати на охорону здоров'я загалом.

Підготовлені парамедики можуть працювати у відділеннях невідкладної медицини багатопрофільних стаціонарів як фахівці, які здійснюють медичне сортування пацієнтів. Особливо актуальним це питання є в умовах масових військових атак з боку РФ, надзвичайних ситуацій, до яких належать пандемії, такі як спалах COVID-19.

Можна виділити основні завдання у роботі парамедиків: надання екстреної допомоги постраждалим у разі ДТП, травм, інфарктів, інсультів тощо. Виконання базових медичних маніпуляцій, таких як серцево-легенева реанімація, зупинка кровотечі, іммобілізація кінцівок. Супровід пацієнтів до медичних закладів у стабільному стані. Робота у складі бригад екстреної медичної допомоги, забезпечення швидкої реакції на виклики[3].

Сучасний стан парамедицини в Україні

З 2017 року в Україні почалася реформа екстреної медичної допомоги, яка передбачала перехід від старої системи фельдшерів до моделі, що діє в більшості розвинених країн – з залученням парамедиків. Було створено спеціалізовані освітні програми для підготовки парамедиків, що тривають від двох до трьох років у медичних закладах України.

Основні досягнення реформи: запровадження сучасних навчальних стандартів для підготовки парамедиків. Оснащення бригад екстреної допомоги сучасними медичними засобами. Підвищення рівня оперативності та ефективності надання невідкладної допомоги.

Та попри позитивні зміни, існують і виклики: Недостатнє фінансування програми навчання та забезпечення обладнанням. Брак кваліфікованих кадрів у деяких регіонах. Необхідність удосконалення законодавчої бази для повноцінного функціонування парамедицини [4].

Основні напрями розвитку парамедицини

Освіта та підготовка кадрів. Важливим кроком є запровадження спеціалізованих навчальних програм для парамедиків. Уже сьогодні у медичних закладах України проводяться: навчання, курси та тренінги для медичних працівників, зокрема з використанням симуляційних технологій.

Законодавча база. Удосконалення нормативно-правових актів щодо діяльності парамедиків є ключовим завданням. Прийняття нових стандартів допоможе чітко визначити компетенції фахівців і їхню відповідальність у межах системи охорони здоров'я.

Матеріально-технічне забезпечення. Оснащення бригад екстреної медичної допомоги сучасним обладнанням і спеціалізованим транспортом відіграє важливу роль у підвищенні ефективності їхньої роботи.

Популяризація серед населення. Розвиток програм з навчання домедичної допомоги для населення сприяє підвищенню рівня загальної медичної грамотності та здатності громадян діяти в екстрених ситуаціях [5].

Висновки:

парамедицина відіграє ключову роль у наданні екстреної медичної допомоги, і її подальший розвиток є важливим для підвищення якості медичних послуг в Україні. Незважаючи на існуючі проблеми, впровадження міжнародних стандартів та покращення підготовки фахівців сприятиме створенню ефективної системи швидкого реагування на надзвичайних ситуаціях.

Список літератури:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

2.Зозуля І.С. Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога: підручник / І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. — 5-е видання, К. ВСВ «Медицина», - 2023.ISBN: 978-617-505-917-3.-С.560.

3.Льовкін О. А. Екстрена та невідкладна медична допомога : підручник для студентів III–VI курсів медичних факультетів спеціальностей «Медицина», «Педіатрія», «Стоматологія» та які попередньо здобули освітньо-кваліфікаційний рівень «Молодший спеціаліст» / О. А. Льовкін, В. І. Перцов. – Львів : Видавець Марченко Т. В., 2022. -С.212.

4.Слободяник Г. І. Екстрена та невідкладна медицина. Перша долікарська та лікарська допомога: підручник / Г. І. Слободяник. 2-ге вид. Київ, 2021. - С.168.

5.Рой Л. Елсон. Догоспітальна допомога при травмах. International trauma life support / Підручник, переклад з англ. 9-го видання / Рой Л. Елсон, Кайі Г. Ган, Джон Е. Кемпбелл; наук. ред. пер. д.мед.н. А.О. Волосовець. – К: ВСВ «Медицина», - 2022. -С.560.

ГОСТРИЙ БІЛЬ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ: ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна

Вступ. Ускладнений карієс (пульпіт, періодонтит) зазвичай супроводжується вираженим больовим синдромом, зумовленим запальним процесом у тканинах ендодонта. Його лікування потребує призначення знеболювальних препаратів. За різними даними, пацієнти звертаються до лікаря в середньому на 3 день після появи болю, а до цього намагаються самостійно його зменшити різними медикаментозними засобами.

У більшості випадків пацієнти використовують нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), оскільки вони мають виражений анальгезуючий та протизапальний ефект і доступні без рецепта. Проте неконтрольований прийом

НПЗП без урахування дозування, віку та супутньої соматичної патології може призводити до різноманітних ускладнень, зокрема з боку травної, видільної, серцево-судинної систем і системи згортання крові. Під час ендодонтичного лікування спеціалісти також призначають НПЗП, однак не завжди враховують супутні захворювання пацієнта та безпечність терапії.

Мета: дослідити ефективність та особливості застосування НПЗП у лікуванні ускладненого карієсу з вираженим больовим синдромом у пацієнтів із супутніми соматичними захворюваннями.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 45 лікарів-стоматологів м. Вінниця та Вінницької області щодо критеріїв вибору та призначення НПЗП. В анкеті містилися запитання стосовно препаратів, які рекомендують пацієнтам до та після ендодонтичного лікування, їх дозування, врахування супутньої соматичної патології при призначенні. Крім того, проаналізували клінічні випадки 230 пацієнтів з ускладненим карієсом, причиною звертання яких до лікаря був гострий біль. Під час збору анамнезу з'ясовували чи приймали вони НПЗП до візиту в клініку, які саме препарати використовували для зменшення гострого болю та за якими критеріями їх обирали. На основі отриманих даних розроблено рекомендації щодо призначення НПЗП з урахуванням особливостей соматичної патології пацієнтів.

Механізм дії нестероїдних протизапальних препаратів. Фармакологічна дія НПЗП полягає в пригніченні активності ферменту циклооксигенази (ЦОГ), який каталізує біотрансформацію арахідонової кислоти у біологічно активні речовини (простагландини, простацикліни, тромбоксан) [1]. Відомо кілька ізоформ цього ферменту:

- ЦОГ-1 контролює синтез простагландинів (ПГ), що забезпечують нормальну функцію слизової оболонки шлунково-кишкового тракту (ШКТ), агрегацію тромбоцитів, нирковий кровообіг тощо.
- ЦОГ-2 бере участь у продукції ПГ при запаленні. У нормальних умовах ця ізоформа відсутня та синтезується у відповідь на вплив запальних факторів. На агрегацію тромбоцитів ЦОГ-2 не впливає.

- ЦОГ-3 локалізується у головному та спинному мозку, відіграє роль у розвитку болю та лихоманки, проте не бере участі у запальних процесах. Активність ЦОГ-3 інгібується парацетамолом, який не впливає на ЦОГ-1 і ЦОГ-2.

За вибірковістю впливу на ЦОГ, НПЗП класифікують [2]:

1. Селективні інгібітори ЦОГ-1: ацетилсаліцилова кислота.
2. Неселективні НПЗП (інгібують ЦОГ-1 і ЦОГ-2: ібупрофен (Вольтарен, Ортофен), кеторолак (Кеторол), диклофенак, напроксен.
3. Препарати з помірною селективністю до ЦОГ-2: мелоксикам, німесулід, набуметон.
4. Високоселективні інгібітори ЦОГ-2: целекоксиб, еторикоксиб.
5. Інгібітори ЦОГ-3: парацетамол.

Результати. Обговорення. За результатами анкетування було встановлено, що лікарі-стоматологи при комплексному лікуванні ускладненого карієсу, який супроводжується вираженим больовим синдромом, рекомендують своїм пацієнтам НПЗП. Найчастіше призначають німесулід (62,2%), ібупрофен (13,3%), кеторол (6,67%) та мелоксикам (4,4%). Водночас 11,1% стоматологів не застосовують НПЗП у лікуванні ускладненого карієсу. Правильне призначення схеми лікування відповідно до рекомендацій виробника відзначено у 82,2% лікарів. Разом із тим 33,3% стоматологів зазначили, що не враховують супутню соматичну патологію пацієнта. Крім того, 64,4% лікарів зауважили, що їх пацієнти до звернення в клініку самостійно використовували НПЗП, перевищуючи максимальні дози без урахування їхнього впливу на ШКТ та ССС.

Аналіз анкетування показав, що в доклінічний період пацієнти найчастіше обирали німесулід (43,5%), ібупрофен (23,9%) та кеторол (21,73%), решта застосовували інші препарати, переважно піразолони. Пацієнти пояснювали свій вибір рекламою, рекомендаціями знайомих, можливістю придбання без рецепта та доступною вартістю. Водночас вони відзначали, що

застосовані препарати зменшують біль на короткий час і не можуть замінити повноцінне лікування.

Відповідно до результатів досліджень [3, 4], найбільший анальгезуючий ефект при ендодонтичному лікуванні має ібупрофен. Доза 800 мг цього препарату значно зменшує гострий біль на 4-6 годин. Також виявлено кореляційний зв'язок між болем перед ендодонтичним втручанням і після нього: чим інтенсивнішим був біль у доклінічний період, тим менш вираженим він ставав після лікування, і навпаки. Відносний контроль болю можна здійснювати медикаментозно. На інтенсивність болю також впливають деструктивні зміни в періапикальних тканинах та форма пульпіту (зворотний чи незворотний) [5]. Інші дослідження [6, 7] підтвердили ефективність ібупрофену у зменшенні больових відчуттів при незворотному пульпіті та загостренні періодонтиту в дозі 600-800 мг.

Особливості використання НПЗП у пацієнтів із супутньою соматичною патологією

Захворювання шлунково-кишкового тракту. Прийом НПЗП може спричинити диспепсію, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки, гастрит. Це пов'язано з блокадою ізоферменту ЦОГ-1 і зменшенням синтезу цитопротекторних ПГ, що призводить до пошкодження слизової оболонки шлунка соляною кислотою.

У разі високого ризику ускладнень із боку ШКТ доцільним є застосування селективних інгібіторів ЦОГ-2, наприклад, мелоксикаму, у комбінації з інгібіторами протонної помпи як гастропротекторами. Рекомендовано приймати НПЗП під час їжі, у період виникнення болю, та уникати їхнього тривалого використання.

Для мінімізації ризику ускладнень було розроблено високоселективні інгібітори ЦОГ-2 (коксиби), наприклад, целекоксиб, який має доведено нижчий ризик гастропатій порівняно традиційними НПЗП у комбінації з інгібіторами протонної помпи.

Захворювання серцево-судинної системи. НПЗП можуть сприяти прогресуванню серцево-судинних захворювань, особливо у пацієнтів похилого віку. Вони пригнічують синтез ПГ, які регулюють судинний тонус і виведення натрію. Найвищий ризик інсульту пов'язаний із застосуванням кеторолаку, тоді як селективні НПЗП (целекоксиб) його не підвищують. Тривале використання НПЗП може спричинити судинний тромбоз через пригнічення ЦОГ-2-залежного синтезу простагліну ендотеліальними клітинами.

Прийом різних НПЗП може збільшувати ризик кардіоваскулярних ускладнень у хворих з ішемічною хворобою серця, після перенесеного інфаркту міокарда, операції стентування [8]. Доведено, що напроксен та целекоксиб незначним чином сприяють дестабілізації ССС у пацієнтів із такими захворюваннями.

Захворювання печінки та нирок. Порушення функції печінки та нирок на фоні прийому НПЗП зумовлене зниженням синтезу ПГ і простагліну, які регулюють тонус ниркових артерій, швидкість клубочкової фільтрації та екскрецію солей. Відомі випадки розвитку інтерстиційного нефриту та мембранозної нефропатії.

Ризик ускладнень найвищий у пацієнтів похилого віку, які приймають інші гепатотоксичні препарати. Безпека НПЗП залежить від періоду їхнього напіввиведення та кількості активних метаболітів: чим менший цей показник, тим нижчий ризик ураження печінки та нирок.

Бронхіальна астма. При застосуванні НПЗП у пацієнтів із бронхіальною астмою (БА) можливий розвиток «аспіринової» астми (синдром Відаля), що пов'язаний із підвищеним синтезом лейкотрієнів та тромбоксану А₂. Це може спричинити бронхоспазм, напад задухи, ціаноз, а в рідкісних випадках – токсико-алергічний набряк легень.

Порівняльна характеристика НПЗП з урахуванням загально-соматичних захворювань [2, 4, 7]

Препарат / З якого віку	Німесул ід з років	Ібупроф ен 2 з 6 міс	Парацетам ол Безпечний для немовлят	Напрокс ен з 6 років	Кеторо л з 16 років	Целекокс иб з 18 років
Інгібірування ЦОГ	ЦОГ-2 більше, ніж ЦОГ-1	ЦОГ-1 і ЦОГ-2	ЦОГ-3 більше, ніж ЦОГ-1 і ЦОГ-2	ЦОГ-1 і ЦОГ-2	ЦОГ-1 і ЦОГ-2	ЦОГ-2
Знеболюваль ний ефект	++	+	+	+	+++	+
Тривалість дії	Коротко ї дії, період н/в 3,2-6 годин	Коротко ї дії, період н/в 2-8 годин	Короткої дії, період н/в 1-4 години	Середнь ої дії, період н/в 12-20 годин	Коротк ої дії період н/в 5-6 годин	Середньо ї дії, період н/в 8-12 годин
Безпека ШКТ	для +	+ з ІПП	+/-	-	-	+++
Безпека ССС	для +	+/-	+/-	+++	-	+++
Безпека печінки	для -	+	-	+/-	-	-
Безпека БА	для +	-	-	-	-	-
Безпека вагітності і лактації	при -	+	+++	+	-	-

Висновки:

Аналізуючи літературні дані та результати анкетування, можна дійти висновку, що вибір НПЗП та схема їхнього призначення стоматологічним пацієнтам із больовим синдромом повинні здійснюватися з урахуванням клінічної ситуації та супутньої соматичної патології. Пацієнтам з ускладненим карієсом доцільно призначати НПЗП для зменшення гострого болю. При гострих формах пульпіту та періодонтиту рекомендовано максимальні дози НПЗП короткої дії, а при хронічних формах – препарати тривалої дії. Не слід одночасно застосовувати кілька препаратів групи НПЗП, за винятком комбінації з парацетамолом для посилення знеболювального ефекту. Вибір НПЗП має бути індивідуалізованим, особливо у пацієнтів із супутніми соматичними захворюваннями.

Список використаної літератури:

1. Ждан В. М. Діагностика, профілактика і лікування НПЗП-гастропатій / В. М. Ждан, І. П. Катеренчук, Т. І. Ярмола. – Полтава, 2005. – 135 с.
<https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/11258>
2. Bindu S., Mazumder S., Bandyopadhyay U. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. *Biochemical Pharmacology*. 2020. Vol. 180. P. 114147.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2020.114147>.
3. Efficacy of preoperative and postoperative medications in reducing pain after non-surgical root canal treatment: an umbrella review / F. d. S. Matos et al. *Clinical Oral Investigations*. 2024. Vol. 28, no. 9.
URL: <https://doi.org/10.1007/s00784-024-05876-z>.
4. Holstein A., Hargreaves K. M., Niederman R. Evaluation of NSAIDs for treating post-endodontic pain. *Endodontic Topics*. 2002. Vol. 3, no. 1. P. 3–13.
URL: <https://doi.org/10.1034/j.1601-1546.2002.30102.x>.
5. Efficacy and Safety of Postoperative Medications in Reducing Pain after Nonsurgical Endodontic Treatment: A Systematic Review and Network Meta-

- analysis / M. Zanjir et al. *Journal of Endodontics*. 2020. Vol. 46, no. 10. P. 1387–1402.e4. URL: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.07.002>.
6. Bortoluzzi M. C., Reis A. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs Alone or in Combination With Acetaminophen are Effective and Safe Treatments for Short-Term Pain Control in Nonsurgical Endodontic Treatment. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2021. Vol. 21, no. 2. P. 101536. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2021.101536>.
7. Shahravan A., Nekouei A. H. What is the best effective postoperative medication in reducing pain after non-surgical root canal treatment?. *Evidence-Based Dentistry*. 2022. Vol. 23, no. 2. P. 70–71. URL: <https://doi.org/10.1038/s41432-022-0265-8>.
8. Buriak R. V., Slobodanyk M. V., Pozur T. P. Стоматологічна допомога пацієнтам із серцево-судинними захворюваннями. *Oral and General Health*. 2022. Т. 3, № 3. С. 16–20. URL: <https://doi.org/10.22141/ogh.3.3.2022.127>.

ОСНОВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ. ПОСЛІДОВНІСТЬ ЕТАПІВ НАДАННЯ ПЕРШОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ У ВОЄННО-ПОЛЬОВИХ УМОВАХ

Філатова О.В., Філатова В.Л., Матвієнко Т.М., Саргош О.Д.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Тактична медицина являє собою надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі. Вона направлена на усунення можливих причин смерті, враховуючи загрозу від бойових дій.

На сьогоднішній день структура медичного забезпечення в українській армії має перехідний етап від колишніх радянських методів роботи медичної служби до сучасних критеріїв та стандартів з лікувально-евакуаційного забезпечення особового складу, прийнятих в збройних силах країн НАТО. Радянська система військової медицини була дуже ефективною ще в роки Другої світової війни. Та поступовий розвиток схеми надання невідкладної

медичної допомоги в збройних силах країн Північно-Атлантичного Альянсу спонукав до поступової зміни підходу з надання екстренної допомоги пораненим на полі бою. На вимогу сьогодення, була створена передумова виникнення концепції Tactical Combat Casualty Care (TCCC). За її критеріями, наданням невідкладної медичної допомоги займаються фельдшери, військові лікарі, бойові медики [2.4].

При наданні домедичної допомоги потрібно вміти вчасно розпізнати ознаки, що загрожують життю потерпілого, і оперативно надати необхідну допомогу. Якщо ситуація критична, то доля пораненого насамперед, залежить від швидкості дій, своєчасності та професіоналізму з проведення невідкладних заходів. Якість наданої допомоги, в першу чергу, залежить від освоєння сучасних методів надання домедичної допомоги, знань способів, правил, прийомів, досвіду, моральної готовності бути поруч, умінь користуватися засобами індивідуальної аптечки, наявності індивідуального медичного оснащення. Своєчасне та грамотне надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою порятунку життя пораненому, тому що вона надається оперативно, у мінімальний проміжок часу, а це дозволяє при різних бойових травмах забезпечити своєчасне лікування та попередити розвиток важких ускладнень [7].

Мета. Провести вивчення особливостей надання медичної допомоги в умовах воєнного стану та роботи системи екстреної медичної допомоги в Україні.

Матеріали і методи. В даній статті представлено бібліосемантичний метод, контент- аналізу.

Результати дослідження. За час повномасштабних військових дій, має місце використання дронів, різних типів ракет, вогнепальної зброї, боєприпасів та касетних боєприпасів та інше. На полі бою мають місце наступні поранення: осколкові, вогнепальні, кулькові поранення. Своєчасним є постачання в армію касок, бронежилетів, наколінників, тактичних джгутів, аптечок першої допомоги, биндів для екстреної допомоги, хімічних засобів для зупинки

кровотечі. Попереднє проведення навчань з тактичної допомоги у військово-польових умовах позитивно вплинуло на санітарні втрати. Так знизилася частота вогнепального поранення голови, грудної клітини. Проаналізувавши причини загибелі військовослужбовців під час виконання бойових завдань, можна зробити певний висновок, що більшість солдатів було б врятовано при наданні своєчасної та якісної домедичної допомоги.

У наш час маємо перспективний напрямок з надання допомоги це Tactical Combat Casualty Care (TCCC) тактична допомога пораненим на полі бою, що зараз вважається золотим стандартом надання допомоги пораненим в умовах бойових дій. Метою TCCC є надання ефективної допомоги пораненим, запобігання новим пораненням та досконалевиконання військових завдань залежно від тактичної ситуації. Впровадження в практику принципів TCCC (домедичної допомоги на полі бою) є одним із основних чинників зниження кількості превентивних смертей під час виконання бойових дій серед поранених [5.9.11].

Домедична допомога – невідкладні своєчасні дії та організаційні заходи, спрямоване на врятування та збереження життя людини у критичному стані з мінімізацією наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками щодо рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Невідкладний стан – спонтанне погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок травми, хвороби, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх чинників.

На сьогоднішній день, актуальною є надання допомоги у військово-польових умовах відповідно до стандарту НАТО – TCCC (Tactical Combat Casualty Care), який має на меті зберегти життя пораненого до того моменту, як він потрапить до госпіталю, де він зможе отримати відповідне лікування. Перші рекомендації, які входили до TCCC, зосереджувались на лікуванні трьох

основних причин превентивних смертей у поранених, що виникають на полі бою: масивної кровотечі з ран кінцівок, напруженого пневмотораксу, обструкції верхніх дихальних шляхів.

Основним важливим моментом цих рекомендацій була зміна плану поведінки та прийняття адекватних рішень при наданні допомоги пораненим, підкреслюючи наявність певних тактичних обмежень (ворожий вогонь, необхідність виконання бойового завдання, тощо).

Розблені відповідні етапи та обсяг надання допомоги у військово-польових умовах. Відповідно до стандарту ТССС процес надання допомоги пораненим у військово-польових умовах розділяється на три етапи:

I етап – допомога під вогнем – Care under Fire («червона зона»). Це зона ведення бойових дій, де постраждалий перебуває у зоні вогневого впливу противника. У цей період надзвичайно висока ймовірність одержання додаткового поранення. Надання допомоги та час різко обмежені. Допомога складається з накладання джгута для зупинки кровотечі з ран в області кінцівок і переміщення потерпілого у безпечне місце.

II етап – тактична польова допомога. Тактична допомога в польових умовах – Tactical field care («жовта зона»). Постраждалий перебуває поза межами вогню противника (окоп, бліндаж, тимчасове укриття,). Жовта зона умовна, оскільки в будь-який момент може стати як червоною, так і зеленою. Час надання допомоги – від декількох хвилин до декількох годин. Тактична польова допомога надається за рахунок само- та взаємодопомоги, або бійцем-рятувальником після переміщення потерпілого в безпечне місце.

III етап – допомога під час евакуації – Tactical evacuation («зелена зона»). Це зона ведення бойових дій, віддалена від вогневого контакту, або медична допомога на шляхах евакуації. Тут існують більш широкі можливості для надання допомоги з достатнім медичним оснащенням та кваліфікованим персоналом. На цьому етапі допомога надається під час евакуації постраждалого до пункту збору або медичної установи.

Медична евакуація (MEDEVAC) відноситься до евакуації постраждалих з використанням санітарного автомобіля або санітарного (транспортного) гелікоптера. На медичних транспортних засобах евакуації (наземних і повітряних) присутній медичний персонал з надання постраждалим допомоги під час евакуації. Медичну допомогу обсягом ТССС можуть надавати: боєць-рятувальник (1-й етап), санітарний інструктор чи старший бойовий медик (1-й та 2-й етапи), військовий лікар (1, 2 та 3-й етапи надання допомоги) [1,3,6].

Бойовий медик є солдатом без медичної освіти, який пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 12-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному навчально-тренувальному центрі, і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 6-годинною програмою.

Старший бойовий медик - немедичний працівник, але пройшов спеціальну підготовку з питань надання невідкладної допомоги за 48-годинною навчально-тренувальною програмою при спеціальному навчально-тренувальному центрі і раз на три роки проходить відповідну перепідготовку за 18-годинною програмою, та який проводить заходи щодо збереження життя, як вторинну місію, після виконання своєї першочергової бойової задачі.

Боєць-рятувальник може діагностувати та надавати допомогу при масивній кровотечі, проблемах дихальних шляхів, проникного поранення грудної клітки. Він керує евакуацією до медичного закладу, а також може асистувати військовому медикові під час надання допомоги або підготовки постраждалих до евакуації, якщо в нього немає невиконаних завдань бійця. Основною перевагою наявності бійця-рятувальника є те, що він завжди поруч на бойовій позиції та навчений надавати домедичну допомогу пораненому.

Санітарний інструктор (старший бойовий медик) може опинитися поруч із постраждалим через кілька хвилин чи пізніше, особливо якщо постраждалих кілька або вони перебувають на відстані;

Військовий парамедик (на полі бою, на відміну від бійця-рятувальника, може надати допомогу при масивній кровотечі, пораненням із проблемами дихальних шляхів, проникними пораненнями грудної клітки, забезпечити догляд за ранами, відновити прохідність дихальних шляхів, підтримувати тривале дихання та рівень артеріального тиску, надати допомогу при переломах та опіках, забезпечити медичний догляд за пораненими в польових умовах та евакуацію до медичних закладів;

Військові лікарі крім вищезазначених завдань, забезпечують хірургічну допомогу, діагностику та лікування загальних захворювань, підтримують життєдіяльність травматологічних пацієнтів, на догоспітальному етапі забезпечують кардіологічну підтримку життєдіяльності пораненого чи хворого на полі бою, керують і підтримують функціонування медичного пункту батальйону, надають гігієнічний нагляд в підрозділі.

Заходи домедичної допомоги включають наступні першочергові моменти: витягнення поранених з бойових машин, важкодоступних місць, осередків пожежу, відтягування їх в укриття; гасіння обмундирування, що горить, і запалювальної суміші, що попала на тіло; проведення первинного та вторинного огляду пораненого; тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі за допомогою джгута, пов'язки, що давить, або закрутки з підручних засобів; усунення асфіксії шляхом усунення западання язика, постановки назофарингеального зонду, переведення в стабільне положення; накладення первинної пов'язки на рану або опікову поверхню і оклюзійної пов'язки при проникаючих пораненнях грудної клітки; постановка декомпресійної голки; введення знеболюючого засобу за допомогою шприц-тюбика; іммобілізацію кінцівок при переломах і масивних ураженнях тканин з використанням табельних і підручних засобів; захист поранених від переохолодження (перегрівання); надівання, на уражених при знаходженні на зараженій місцевості, протигаза і засобів захисту шкіри.

Наступний досвід освід надання домедичної допомоги в ході ведення повномасштабних бойових дій, дозволяє виділити наступні сектори надання допомоги:

сектор обстрілу – зона прямого обстрілу зі значним ризиком отримання кульового чи іншого поранення;

сектор укриття – місце, захищене від прямого вогню противника елементами природного (пагорби, схили) чи штучного походження (стіни, будинки, захисні інженерні конструкції) [8,10].

Висновки. Домедична допомога на полі бою є складовою частиною підготовки одиночного солдата до надання домедичної допомоги в бойових умовах як самостійно, так і в складі підрозділу з метою забезпечення готовності громадян до виконання бойових завдань в зоні проведення бойових дій, з метою формування високих морально-психологічних, військово-професійних якостей для подальшого виконання військового обов'язку за призначенням. Для домедичної допомоги характерна безперервність процесу готовності до виконання та забезпечення потреби надання військовим та цивільним громадянам медичної допомоги. Аспекти надання домедичної допомоги на полі бою постійно удосконалюються. Своєчасне і безперервне надання домедичної допомоги постраждалому особовому складу в загрозливих для життя станах є запорукою бойової готовності військових підрозділів та спроможності їх вести бойові дії в різних умовах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адаптована настанова «Тактична екстрена медична допомога». Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України». Київ, 2016.
2. Військові медики на полі бою. Джон Квінн, Центр учбової літератури.2022. 237 с.
3. Військово-медична підготовка : навчальний посібник / Р. І. Сапіга, С. І. Задерієнко, В. О. Кондратишин [та ін.]. – Львів : АСВ, 2014. – 229 с.

4. Домедична допомога в умовах бойових дій : методичний посібник / В. Д. Юрченко, В. О. Крилюк, А. А. Гудима [та ін.]. – Київ : Середняк Т. К., 2014. – 80 с.
5. Основи тактичної медицини. Тактична медицина для підрозділів спеціального призначення. Іван Тітов, Володимир Голуб. – Київ: ФОП Стебеляк 2022. – 61 с.
6. Перша екстерна і тактична медична допомога на догоспітальному етапі : навч. посіб. / В.С. Тарасюк, М.В. Матвійчук, І.В.Паламар та ін. ; за ред. В.С. Тарасюка. – 4-е вид., стер. – К. : ВСВ «Медицина», 2021. – 504 с.
7. Пінчук О. Військові медики на полі бою (Combat Medicine) : навчальна програма / Олена Пінчук, Віктор Пінчук. – К., 2015.
8. Стандарт підготовки І-СТ-3. Підготовка військовослужбовця з тактичної медицини. – Видання 2. – К. : МП “Леся”, 2015. – 148 с.
9. Тактична медицина. Методичні рекомендації за редакцією к.м.н Корсака В., Луцьк 2022. 128 с.
10. Тактика надання самодопомоги та взаємодопомоги під час ведення бойових дій / навч. посібник / Уклад.: Р.С. Троцький, О.В. Чуприна, О.А. Блінов; за ред. М.О. Ктіторова. Київ, 2016. 137 с.
11. Юрченко В.Д. Кирилюк В.О., Гудима А.А. та ін. Домедична допомога в умовах бойових дій: метод. посібник. Київ: Середняк Т.К., 2014. 80 с.

**НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З
ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ В КП «1-А МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ»
ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ПІД ЧАС РАКЕТНОГО ОБСТРІЛУ 1
ЛЮТОГО 2025 РОКУ**

**Челішвілі А.Л., Селькіна Г.Б., Малик С.В., Подлесний В.І., Котовий О.В.
Драбовський В.С.**

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна
КП 1-А міська клінічна лікарня Полтавської міської ради, м. Полтава, Україна

***Анотація.** У статті представлено досвід надання медичної допомоги постраждалим з вибуховими травмами, які були доставлені до відділення екстреної невідкладної медичної допомоги 1-ї міської клінічної лікарні м. Полтава після ракетного обстрілу 1 лютого 2025 року. Описано організацію координації медичної допомоги за участю керівництва лікарні та завідувачів відділень, формування операційних бригад із залученням співробітників кафедри хірургії, а також мультидисциплінарний підхід до лікування, що включав участь ангіохірурга, уролога та травматолога. Наведено результати лікування 12 постраждалих, серед яких 3 пацієнти були успішно прооперовані, 8 отримали амбулаторну допомогу, а 1 дитина була транспортована до дитячої лікарні. Підкреслено важливість ефективної координації та мультидисциплінарного підходу в наданні медичної допомоги при масовому надходженні постраждалих з вибуховими травмами.*

***Abstract.** The article presents the experience of providing medical care to victims with blast injuries who were admitted to the Emergency Department of the 1st City Clinical Hospital in Poltava following a missile strike on February 1, 2025. It describes the organization of medical assistance coordination involving the hospital administration and department heads, the formation of surgical teams with the participation of staff from the Department of Surgery, and a multidisciplinary approach to treatment, including the involvement of an angiosurgeon, urologist, and traumatologist. The treatment outcomes of 12 victims are presented: 3 patients were*

successfully operated on, 8 received outpatient care, and 1 child was transported to a children's hospital. The importance of effective coordination and a multidisciplinary approach in providing medical care during mass casualty incidents involving blast injuries is emphasized.

Ключові слова: *ракетний обстріл, сортування постраждалих, медична допомога.*

Keywords: *missile strike, casualty triage, medical assistance.*

Вступ. Досвід у наданні невідкладної медичної допомоги колектив КП «1-а міська клінічна лікарня» Полтавської міської ради отримав ще 3 вересня 2025 року під час порятунку постраждалих від ракетної атаки армії Росії на один із навчальних закладів міста. Аналіз роботи медичного персоналу, зокрема її сильних і слабких сторін, представив на засіданні Асоціації хірургів Полтавщини імені М.В. Скліфосовського завідувач хірургічного відділення лікарні. Отримані знання та досвід стали основою для подальшого вдосконалення медичної допомоги, зокрема під час рятувальних заходів після ракетного обстрілу ракетою Х-22 житлового будинку 1 лютого 2025 року.

Мета. Проаналізувати надання медичної допомоги постраждалим з вибуховою травмою в КП «1–А міська клінічна лікарня» Полтавської міської ради під час ракетного обстрілу 1 лютого 2025 року.

Матеріали та методи. До відділення екстреної невідкладної медичної допомоги КП «1–А міська клінічна лікарня» Полтавської міської ради бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» було доставлено 12 постраждалих з різноманітними травмами. З них 3 пацієнти потребували негайного хірургічного втручання, 8 отримали амбулаторну допомогу, а 1 дитина була транспортована до дитячої лікарні для спеціалізованого лікування. Летальних випадків серед цих пацієнтів не зафіксовано.

Результати і обговорення. Координацію медичної допомоги здійснювали директор лікарні, медичні директори та завідувачі відділень екстреної невідкладної медичної допомоги, реанімації та інтенсивної терапії, хірургічного

та травматологічного. Первинний тріаж (сортування) за шкалою SALT дозволив ефективно розподілити пацієнтів на три групи:

- **Червона зона (3 пацієнти)** – потребували ургентного хірургічного втручання через масивні кровотечі, проникаючі поранення грудної клітки та черевної порожнини.
- **Жовта зона (8 пацієнтів)** – отримали невідкладну медичну допомогу в стаціонарі без необхідності оперативного втручання.
- **Зелена зона (1 дитина)** – була стабілізована та транспортована до дитячої лікарні для подальшого лікування.[3]

Усі постраждали були оглянуті профільними фахівцями: неврологами, терапевтами, окулістами, ЛОР-лікарями. Постраждалим за FAST протоколом попередньо були виконані УЗД, рентген діагностика та КТ дослідження, загальноклінічні аналізи крові та сечі. Завідувачем хірургічного відділення було сформовано операційні бригади із залученням провідних хірургів та співробітників кафедри хірургії Полтавського державного медичного університету. Також у виконанні оперативних втручань брали участь ангіохірург, уролог, комбустіолог та травматолог, що забезпечило мультидисциплінарний підхід до лікування постраждалих.

Двом пацієнтам, які потребували оперативного втручання, було проведено хірургічні операції з приводу поєднаних комбінованих травм, серед яких домінували осколкові поранення, опіки, ушкодження внутрішніх органів живота, грудної клітки та заочеревного простору. Постраждалому з враженням кульшового суглобу надана кваліфікована допомога, що забезпечить імплантацію ендопротезу кульшового суглобу в подальшому лікуванні. Оперативні втручання виконані за принципами Damage Control Surgery (DCS), що включає етапне хірургічне лікування із початковою зупинкою кровотечі, стабілізацією стану та відтермінованою реконструкцією пошкоджених органів.[1]

У відділенні екстренної невідкладної медичної допомоги до складу якого входить міський цілодобовий травматологічний пункт, 8 пацієнтів з легкими

ушкодженнями отримали амбулаторну допомогу, включаючи первинну хірургічну обробку ран та призначення відповідної терапії. Після надання допомоги постраждалим призначено амбулаторне лікування. Дитина з середньотяжкими ушкодженнями була стабілізована та транспортована до дитячої лікарні, де отримала необхідну спеціалізовану допомогу.

Ефективна організація надання медичної допомоги постраждалим з вибуховими травмами в умовах масового надходження пацієнтів є критично важливою.[2] Координація між адміністрацією лікарні, завідувачами відділень та медичним персоналом, а також залучення фахівців кафедри хірургії Полтавського державного медичного університету дозволили забезпечити якісну та своєчасну допомогу всім постраждалим.

Відсутність летальних випадків серед доставлених пацієнтів свідчить про високий рівень підготовки медичного персоналу та ефективність впроваджених протоколів надання екстреної медичної допомоги.

Висновки. Досвід КП «1-А міська клінічна лікарня» Полтавської міської ради підтверджує ефективність застосування сучасних міжнародних протоколів надання медичної допомоги постраждалим із вибуховими травмами. Зокрема, використання MARCH-протоколу для первинної оцінки, SALT-сортування для швидкого розподілу ресурсів, методик FAST/eFAST для ранньої діагностики та принципів Damage Control Surgery значно покращує результати лікування. Важливими факторами успішного менеджменту вибухової травми є мультидисциплінарний підхід, швидка евакуація та ефективна координація між адміністрацією та медичним персоналом. Рекомендовано розширити застосування цих алгоритмів у закладах охорони здоров'я України для підвищення ефективності медичної допомоги при масових надходженнях поранених.

Література.

1. Дудка І.В., Дудка Т.В. Перша допомога при мінно-вибухових травмах: методичні рекомендації. – Київ: НУОЗ України імені П.Л. Шупика, 2023. – 30 с.

2. Пашков В.М. Медицина катастроф: навчальний посібник. / В.М.Пашков – Полтава: ПДМУ, 2022. – 200 с.
3. Шейко В. Д. Хірургія надзвичайних ситуацій : навч. посіб. / В. Д. Шейко, С. І. Панасенко, А. Л. Челішвілі ; МОЗ України, УМСА. – Полтава : Астроя, 2019. – 217 с.

ПОНЯТТЯ ПРО ПАРАМЕДИЦИНУ, ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

Вербовик Д. А., Левков А.А.

Національний університет “Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка”,
Полтава, Україна

АНОТАЦІЯ. У статті розглядається поняття парамедицини як складової системи екстреної медичної допомоги, її роль у збереженні життя та здоров'я пацієнтів до прибуття в лікарню. Аналізується світовий досвід у цій сфері та перспективи розвитку парамедицини в Україні з урахуванням поточних викликів, нормативно-правової бази та можливостей удосконалення підготовки фахівців.

Ключові слова: парамедицина, екстрена медична допомога, парамедики, реформування медицини, медична освіта, невідкладна допомога.

ВСТУП. Системи екстреної медичної допомоги відіграють важливу роль у порятунку людських життів. Система екстреної медичної допомоги складається з декількох рівнів, серед яких особливе місце посідає швидка медична допомога.

Парамедики – це спеціально навчені фахівці, які надають первинну допомогу на догоспітальному етапі, стабілізують стан пацієнтів і транспортують їх до медичних закладів. В Україні парамедицина тільки почала розвиватися як самостійна спеціальність: до 2019 року більшість викликів швидкої допомоги обслуговували лікарі або фельдшери. Після впровадження реформи парамедицини до складу бригад стали вводити спеціально навчених фельдшерів. Однак цей процес стикається з низкою проблем, включно з браком

кваліфікованих кадрів, обмеженим фінансуванням і недосконалою нормативно-правовою базою.

Мета цієї статті – проаналізувати концепцію парамедицини, її значення в системі охорони здоров'я та оцінити перспективи розвитку в Україні.

Основні завдання парамедиків:

- оцінка стану пацієнта,
- проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР),
- використання дефібрилятора,
- накладання шин і зупинка кровотечі,
- забезпечення стабільного транспортування пацієнта до лікарні.

У країнах із добре розвиненою системою надання невідкладної допомоги парамедики виконують ширший спектр маніпуляцій, таких як введення медикаментів, інтубацію трахеї та проведення складних реанімаційних заходів.

РОЗДІЛ 1. ПОНЯТТЯ ПАРАМЕДИЦИНИ ТА ЇЇ РОЛЬ У СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Визначення парамедицини

Парамедицина – це напрямок медицини невідкладних станів, що включає в себе систему підготовки, сертифікації та практики медичних працівників, які надають невідкладну допомогу до госпіталізації пацієнта.

Основними завданнями парамедиків є:

- проведення первинної оцінки стану пацієнта;
- підтримка дихання, кровообігу та свідомості;
- серцево-легенева реанімація (СЛР);
- використання автоматичних зовнішніх дефібриляторів (AED);
- зупинка критичних кровотеч;
- іммобілізація при травмах (переломи, черепно-мозкові травми);
- внутрішньовенне введення медикаментів (на більш високих рівнях підготовки).

Парамедики працюють у складі бригад швидкої допомоги, службах екстреного реагування і навіть військових підрозділах.

1.2 Відмінності між парамедиком та лікарем швидкої допомоги

На відміну від лікарів швидкої допомоги, парамедики не мають права самостійно ставити діагнози і виконувати складні медичні втручання, але вони можуть швидко реагувати на критичні стани і стабілізувати стан пацієнтів до їхнього прибуття в лікарню. У багатьох країнах світу парамедики, завдяки своїй великій підготовці, надають долікарську допомогу, яку можна порівняти з лікарською.[1]

РОЗДІЛ 2. СВІТОВИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ПАРАМЕДИЦИНИ

2.1 Розвинені системи парамедицини

Моделі надання швидкої медичної допомоги в різних країнах різні, але загалом їх можна розділити на дві основні системи:

парамедична система (пострадянська модель) – бригади швидкої допомоги укомплектовані лікарем або фельдшером, який ухвалює рішення про лікування пацієнта.

Парамедична система (західна модель) – більшу частину долікарської допомоги надають парамедики з різним рівнем підготовки, а лікар працює в лікарні.

2.2 Структура підготовки парамедиків у світі

У таких країнах, як США, Канада, Велика Британія та Австралія, парамедики проходять кілька рівнів підготовки:

- first responder – базові навички надання першої допомоги.
- EMT-Basic (EMT-B) – базові втручання, такі як боротьба з кровотечами, штучна вентиляція легенів.
- Emergency Medical Technician-Paramedic (EMT-P) – розширені реанімаційні заходи, медикаментозне лікування та інвазивні процедури.[2]

РОЗДІЛ 3. СУЧАСНИЙ СТАН ПАРАМЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Згідно з реформою екстреної медичної допомоги, ухваленою у 2019 році, лікарів було виключено зі штату фельдшерів, а їхнє місце посіли парамедики, які здобули спеціальну підготовку в медичних коледжах і технікумах.

Однак існують деякі проблеми:

1. Недостатня кількість підготовлених парамедиків;
2. Матеріально-технічне забезпечення – не всі бригади мають необхідне обладнання (дефібрилятори, кардіомонітори тощо).
3. Неоднозначне ставлення до реформи серед медичних працівників – деякі фахівці наполягають на поверненні лікарів у машини швидкої допомоги.[3]

РОЗДІЛ 4. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПАРАМЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

Подальший розвиток першої допомоги потребує таких кроків:

1. Розширення освітніх програм – запровадження більш практичного навчання, співпраця з міжнародними організаціями;
2. Закупівля сучасного обладнання, оновлення машин швидкої допомоги;
3. Створення єдиної системи сертифікації для спеціалістів з надання першої допомоги – введення іспитів та обов'язкового навчання;
4. Інтеграція парамедицини в охорону здоров'я – тісна співпраця між лікарнями та службами швидкої допомоги;
5. Поширення знань про першу допомогу серед населення – організація освітніх програм[4]

ВИСНОВКИ. Парамедицина є ключовою ланкою екстреної медичної допомоги, що дозволяє швидко реагувати на критичні стани та рятувати життя до прибуття пацієнта в лікарню. В Україні реформа триває, але для її успішної реалізації необхідні системні зміни в освіті, фінансуванні та організації роботи парамедиків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» № 5081-VI від 05.07.2012. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
2. WHO Emergency Medical Teams Initiative. <https://www.who.int/emergencies/partners/emergency-medical-teams>

3. European Resuscitation Council Guidelines 2021.
<https://cprguidelines.eu/assets/guidelines/European-Resuscitation-Council-Guidelines-2021-Ex.pdf>
4. American Heart Association. Basic Life Support Guidelines, 2020.
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000892>

**ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОНСТРУКЦІЙ ТИМЧАСОВИХ
ПРОТЕЗІВ ДЛЯ УСУНЕННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ
УСКЛАДНЕНИХ ПАТОЛОГІЧНОЮ СТЕРТІСТЮ ЗУБНИХ РЯДІВ**

*Дворник В.М., Перепелова Т.В., Лунькова Ю.С., Ілляшенко Ю.І.,
Семененко І.П., Шеметов О.В., , Мартиненко І.М.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Дефекти зубного ряду, які ускладнені патологічною стертістю твердих тканин зубів як наслідок прояву порушень оклюзії призводять до функціональних змін в зубощелепній системі. В свою чергу патологічна стертість твердих тканин зубів являється швидким процесом, який призводить до зміни твердих тканин зуба і як наслідок відбувається порушення функції жувальних м'язів та патологічних змін у скроневопідщелепному суглобі. Зазвичай, на розвиток даної патології впливає поєднання дії декількох етіологічних чинників. Такі патологічні стани потребують комплексного підходу до відновлення нормального функціонування зубощелепної системи. Тому одним із найдоцільніших підходів до усунення даних патологічних явищ на початкових етапах лікувального процесу є використання тимчасових ортопедичних конструкцій для перебудови міостатичного рефлексу м'язів та формуванні нових міжоклюзійних взаємовідносин зубних рядів верхньої та нижньої щелеп для відновлення нормального функціонування всіх елементів зубощелепної системи: відновлення правильного змикання зубних рядів, нормалізація функціонування жувальних м'язів та відновлення правильного розташування елементів скроневопідщелепного суглоба; покращена адаптація до постійної конструкції.

Початковий етап лікування обов'язково буде включати усунення причинного фактору дії, складання чіткого плану лікування згідно сучасних протоколів відновлення зубних рядів та повноцінне всебічне дослідження стану зубощелепної системи, а потім – відновлення анатомічної форми зубів. Для

досягнення вищеперерахованого використовують реставрація, штучні коронки, вініри, люмініри, в окремих випадках – тотальне відновлення прикусу.

Застосування тимчасового протезування має важливий лікувальний ефект на етапах перебудови в зубощелепній системі, покращує реабілітацію пацієнтів та виконує багато важливих функцій:

- стабілізує наявну клінічну ситуацію, попереджає вторинні деформації зубних рядів на період проведення ортопедичного лікування;
- захищає опорні зуби від зовнішнього впливу чинників після препарування та формує ложе приясеневого краю навколо зуба;
- зберігається естетичний момент за рахунок чого у пацієнта покращується психосоматичний стан;
- не порушується функціонування зубощелепної системи, що позитивно вплине на результат ортопедичного лікування;
- можливо доцільне підвищення прикусу як важливий етап лікування патологічної стертості зубів;
- завдяки таким конструкціям є можливість фіксувати певні оклюзійні параметри та вносити необхідні зміни до остаточної конструкції до того, як виготовлятимуть остаточну конструкцію;
- контролювати поступове підвищення висоти оклюзії та коректувати ці зміни на тимчасовій конструкції;
- покращує взаємодію пацієнта з лікарем протягом всього періоду лікування.

Застосовують тимчасові конструкції від періоду підготовки зубів до завершення заміщення постійними ортопедичними конструкціями.

Мета дослідження.

Проведення оцінювання та обговорення тимчасових ортопедичних конструкцій для заміщення дефектів зубних рядів ускладнених патологічною стертістю зубів.

Об'єкт і методи дослідження.

На базі кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією Полтавського державного медичного університету проводилось заміщення дефектів зубних

рядів III класу за Кенеді ускладнених патологічною стертістю зубів горизонтальної та змішаної форми I та II ступенів серед мешканців міста Полтава та Полтавська область, що звернулися з метою лікування на кафедру 37 пацієнтів (22 жінок та 15 чоловіків) віком від 45 до 69 років. Лікування проводилося у період 2023 - 2024 роки. Письмова інформована згода була отримана від усіх пацієнтів, які брали участь у дослідженні.

Лікування проводилось поетапно:

- діагностичне обстеження – визначення міжоклюзійної висоти, рентгенологічне дослідження та анкетування, проводили електроміографічне дослідження стану жувальних м'язів,
- після огляду пацієнтів складався план лікування: заміщення дефектів зубних рядів та всіх поверхонь патологічно стертих твердих тканин незнімними конструкціями з підвищенням висоти оклюзії на потрібну висоту та в разі необхідності активація за рахунок нашарування певного шару пластмаси або їх повна заміна на нові тимчасові конструкції. Підвищення висоти оклюзії відбувалося кожні 3 місяці, загалом лікування одного пацієнта тривало близько року. Кожен візит проводилося клінічне обстеження, анкетування та електроміографія.

Визначили, що у 19 пацієнтів спостерігалася горизонтальна форма патологічної стертості твердих тканин зубів, а у 18 осіб – змішана форма. Зниження висоти оклюзії на 3 мм спостерігалось у 21 досліджуваного пацієнта, до 5 мм – у 16. Додатково всіх пацієнтів поділили на групи відповідно до зміни висоти оклюзії: I група – зниження висоти оклюзії до 4 мм, та II група – на 5 мм. Одній частині пацієнтів виготовлені тимчасові пластмасові мостоподібні протези для заміщення дефектів зубних рядів та відновлення поверхні стертих зубів, а іншій – протези на весь зубний ряд з використанням CAD/CAM технології із поліметилметакрилату (PMMA) з тривалим терміном користування.

Статистична обробка матеріалу за результатами опитування проводилося за допомогою інструментів програмного пакету Statgraphics - 19 (Statgraphics

Technologies Inc., The Plains, Virginia, USA). Рівень значущості для всіх статистичних тестів були на рівні 0,05, з достовірністю 95,0%.

Результати дослідження та їх обговорення.

Показники електроміографічного дослідження показали подовження часу жування, зниження його амплітуди та частоти наповнення, і, як наслідок, зниження тонузу жувальних м'язів. Відзначалося різке погіршення співвідношення між збуджувальними та гальмівними процесами зі збільшенням терміну активності за рахунок скорочення терміну відносного біоелектричного спокою. Для встановлення ступеню функціональних порушень проведено кількісний аналіз змін на кожному етапі підвищення оклюзійної висоти.

Порівнюючи дані які отримані до початку лікування відмічалися значні статистично достовірні зміни у визначених показниках ЕМГ жувальних м'язів у пацієнтів із патологічним стиранням твердих тканин зубів І групи, тоді як через рік, вони наближалися до показників норми. Зокрема, у обстежених пацієнтів, через рік після початку лікування показники амплітуди стиснення підвищилися, знизилася середня частота коливань біопотенціалів під час жування. Тривалість фази активності правих та лівих жувальних м'язів зменшилася, та коефіцієнту «К» у І групі пацієнтів через рік наблизився до значення 1,0.

У пацієнтів ІІ групи до початку лікування відмічалися наступні зміни у електроміографічних показниках жувальних м'язів: збільшилась амплітуда при стисненні жувальних м'язів, амплітуда паттернів зросла у фазі жування. Частота коливань біопотенціалів під час жування знизилась. Тривалість фази активності у правих жувальних м'язах зменшилася. Показники коефіцієнту «К» у ІІ групи пацієнтів через рік був в межах норми.

Багато авторів низками своїх робіт підтверджують доцільність проведення електроміографічного дослідження як об'єктивного метода оцінки стану зубощелепної системи на етапах діагностики, лікування та контролю віддалених результатів. Підтвердженням цього твердження є і дана робота, де показано високу ефективність та доцільність виготовлення тимчасових

ортопедичних конструкцій та контроль відновлення та нормалізації функціональної діяльності зубощелепної системи пацієнтів.

Висновки.

Застосування тимчасових ортопедичних конструкцій для відновлення оклюзійної висоти та заміщення дефектів зубних рядів є доцільним, оскільки є можливість не тільки заміщення дефекту зубного ряду, а й поступове підвищення оклюзійної висоти, що сприяє поступовій перебудові міостатичних рефлексів, відновленню функцій жування та мовлення, полегшує адаптацію до остаточних конструкцій, покращує функціональний, естетичний та психоемоційний стан пацієнта.

УРГЕНТНЕ ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТИЧНИХ БОЛЕЙ ПРИ ТРАВМІ ЯЗИКОВОГО НЕРВУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ ТА ПРЕПАРАТІВ НУКЛЕОТИДІВ.

¹Барило О. С., ¹Фурман Р. Л., ¹Поліщук С. С., ²Свистунов Д. М.

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії, м. Вінниця.

²Вінницька міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Вінниця.

Вступ. Ускладнення, які виникають після оперативних втручань в ділянці нижньої щелепи, викликають не лише тимчасову, але й тривалу втрату працездатності потерпілих. Такими ускладненнями є неврит та невропатії язикового нерву. Вони виникають як ускладнення при проведенні операції хірургічного видалення 3 нижніх молярів, при розсіченні абсцесів та флегмон під'язикової ділянки, при проведенні мандибулярної та торусальної анестезії з використання великої дози анестетика. В клінічній практиці досить часто спостерігається наявність післяопераційних ускладнень після проведення операцій в ділянці нижньої щелепи. Оскільки останніми найчастіше являються особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не лише як загальномедична, але і як соціально-економічна.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої задачі нами було проведено післяопераційне лікування 25 хворих з клінікою пошкодження язикового нерву. Пацієнти, в яких під час обстеження було клінічні ознаки пошкодження язикового нерву (анестезія зони іннервації, гіперестезії, парестезії) в післяопераційному періоді після видалення 3 нижніх молярів були поділені на 2 клінічні групи: основна група та група порівняння.

В групу порівняння увійшли 12 пацієнтів. В даних пацієнтів проводилось використання антибіотика широкого спектру дії терміном 10 діб (Цефуроксим) парентерально, нестероїдного протизапального препарату (Декскетопрофен) парентерально.

В основну групу увійшли 13 пацієнтів. В даних пацієнтів проводилось така ж терапія, як в групі порівняння та додатково вводився препарат Нуклео ЦМФ форте парентерально (в/м ін'єкції) в дозі 3 мл один раз на добу 10 ін'єкцій та Прегабалін в дозі 75 мг (капсули) 2 рази на добу.

Для порівняння було відібрано наступні показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантаженні, печіння, алодинії (спотворений біль), поколювання, та данні об'єктивного обстеження – порушення тактильної чутливості, порушення температурної чутливості, порушення больової чутливості язика. Скарги оцінювали по наступній шкалі: 0 – відсутність скарг, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Нами було проаналізовано симптоми пацієнтів, що віддзеркалюють клініку пошкодження язикового нерву, протягом періоду лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 добу та на 14 добу. Хворим використовувався препарат Нуклео ЦМФ форте та Прегабалін 75 мг терміном 10 діб (починаючи з 3 доби лікування). Препарат використовувався з даного періоду тому, що на перші 3 дні припадає гострий період коли різко порушена гемодинаміка тканин та знижується ефективність препарату.

Результати. Після проведеного спостереження було виявлено позитивну динаміку в скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції язикового нерву, як в порівняльній так і основній групі. Так, що за період спостереження

інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилась в 2 рази ($p>0,05$), тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано комбінацію Нуклео ЦМФ форте + Прегабалін, знизився в 12,8 рази. Скарги, що напряму характеризують функцію язикового нерву, мали наступні показники: в порівняльній групі відчуття печіння знизилось в 2,45 рази ($p>0,05$), аллодинія (спотворення болі) – в 2,38 рази ($p>0,05$), відчуття поколювання – в 2 рази ($p>0,05$), крампії (посмикування) – в 1,86 рази. Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14 день лікування *були відсутні* ($p<0,05$).

За період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що отримують іннервацію від язикового нерву. Так видно, що в групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості проходило повільно і за період спостереження суттєво не змінилось. Інша картина спостерігається в основній групі з використанням комбінації Нуклео ЦМФ форте + Прегабалін. Тут відбулось значне покращення в усіх показниках (відповідно на 66,07%($p<0,05$), 67,85%($p<0,05$), 60,71%($p<0,05$)).

Висновки. Використання комбінації препаратів Нуклео ЦМФ форте + Прегабалін повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання. Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації язикового нерву.

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНИХ, КЛІНІЧНИХ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ УСКЛАДНЕНОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ

Бережна В.А., Селькіна Г.Б., Удовицька Н.О.

Комунальне підприємство «1-А міська клінічна лікарня Полтавської міської
ради» Перинатальний центр II рівня

Вступ. Післяпологовий (ПП) період є критичним етапом для здоров'я породіллі, під час якого можуть виникати різноманітні ускладнення, що

потребують своєчасної діагностики та лікування. Ускладнення ПП залишаються значущою проблемою сучасного акушерства, впливаючи на материнську захворюваність та смертність. Дослідження факторів ризику та структури ускладнень має важливе значення для розробки ефективних профілактичних заходів.

Метою даного дослідження було проаналізувати соціально-демографічні характеристики, клінічні особливості та мікробіологічний профіль жінок, які народили в Перинатальному центрі II рівня у 2024 році та мали ускладнення в ПП періоді.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз історій вагітності і пологів 32 жінок із ПП ускладненнями. Оцінювались соціально-демографічні показники, акушерський анамнез, особливості перебігу вагітності та пологів, структура ускладнень ПП періоду та результати мікробіологічних досліджень. Статистична обробка даних проводилась з використанням описової статистики.

Результати дослідження:

Аналіз соціально-демографічних даних засвідчив, що найбільш уразливою віковою групою серед породіль виявилися жінки у віці 31-35 років (37,5%), тоді як найменша кількість ускладнень реєструвалася у жінок віком 36-41 років (15,6%). Більшість жінок мешкали у міській місцевості (71,9%), перебували в офіційному шлюбі (75%) та мали офіційне працевлаштування (68,8%).

Досліджуючи акушерський анамнез, то серед жінок переважали ті, хто мали першу (40,6%) та другу (37,5%) вагітності. Перші пологи зареєстровано у 53,1% жінок, другі – у 40,6%, треті – у 6,3%. У 56,3% випадків діагностовано супутню патологію, серед яких найчастіше зустрічалися захворювання травної (27,8%), сечовидільної (22,2%) та статеві (22,2%) систем.

Ускладнений перебіг вагітності зафіксовано у 87,5% випадків. Основними патологічними станами були: гострі респіраторні вірусні інфекції (39,3%), безсимптомна бактеріурія (17,9%), анемія різного ступеня (17,9%),

патологічні мікробіологічні посіви з цервікального каналу (17,9%) з переважним виявленням *E.coli* (60%), загроза передчасних пологів (12,5%), дріжджовий кольпіт (10,7%), вагітність після екстракорпорального запліднення (10,7%).

Пікова частота пологів припадала на січень (15,5%), квітень, серпень та вересень (по 12,5%). Більшість пологів проходили через природні пологові шляхи (65,6%), тоді як кесарів розтин виконано у 34,4% випадків. У 46,9% пологів зафіксовано ускладнення: обвиття пуповиною з дистресом плода, вторинна слабкість пологової діяльності (по 26,7%), пологи відбувались на тлі дисфункції плаценти, розриви промежини (по 20%), маловоддя, розриви піхви, родопосилення (по 13,3%).

Анестезіологічне забезпечення застосовувалося у 75% пологів, причому у 91,7% випадків використовувалася регіонарна анестезія.

Аналізуючи післяпологові ускладнення, то в акушерському стаціонарі післяпологові ускладнення виникли у 28,1% жінок. Повторна госпіталізація до гінекологічного відділення найчастіше реєструвалася у березні та червні (по 16,7%). Структура ускладнень післяпологового періоду включала: субінволюцію матки (43,6%), лактостаз (37,5%), лохіометру (15,6%), післяпологову кровотечу (12,5%), ендометрит та мастит (по 9,4%), гематому та гематометру (по 6,3%). Поодинокі випадки розходження операційної рани, панметриту, пельвіоперитоніту та сепсису зафіксовані у 3,1% випадків.

Розглядаючи мікробіологічний профіль дозволило ідентифікувати такі патогенні агенти: у цервікальному каналі: *Enterococcus faecalis* (43,5%), *Staphylococcus epidermidis* (34,8%), *E.coli* (26,1%); у молоці *Staphylococcus aureus* (43,8%); у плаценті *Enterococcus faecalis* (60%); у сечі: *Enterococcus faecalis*, *E.coli* та *Klebsiella pneumoniae* (по 11,1%); у порожнині матки переважно *Enterococcus faecalis*; у крові *Staphylococcus epidermidis*.

Висновки. Дослідження засвідчило високу частоту ускладнень під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, що вказує на необхідність удосконалення перинатального спостереження та ранньої профілактики

патологічних станів. Особливу увагу слід приділити жінкам віком 31-35 років, які виявилися найбільш уразливою категорією. Значна частка патологій пов'язана з інфекційними агентами, що підкреслює важливість мікробіологічного моніторингу під час вагітності. Отримані результати можуть бути використані для оптимізації акушерсько-гінекологічної допомоги та розробки заходів щодо зниження рівня ускладнень у жінок репродуктивного віку.

CHARITIES IN THE TUBERCULOSIS CONTROL SYSTEM

Iryna A. Holovanova, Oksana I. Krasnova, Natalia A. Lyakhova, Oleh G. Krasnov

POLTAVA STATE MEDICAL UNIVERSITY, POLTAVA, UKRAINE

БЛАГОДІЙНІ ОРГАНІЗАЦІЇ В СИСТЕМІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ірина А. Голованова, Оксана І. Краснова, Наталія О. Ляхова, Олег Г. Краснов

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, ПОЛТАВА,
УКРАЇНА

Вступ. Захворюваність на туберкульоз має негативні наслідки для здоров'я населення. Протидія туберкульозу в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я. Поряд з державними заходами особливо важлива на сучасному етапі діяльність громадських з метою забезпечення повноцінної допомоги хворим на туберкульоз.

Мета. Проаналізувати нормативно-правові документи, звіти, щодо повноважень, завдань, напрямів роботи благодійних організацій які залучені до протидії туберкульозу.

Матеріали та методи. Аналіз наукової літератури, нормативно-правових актів; методи: бібліосемантичний, контент-аналіз, системного аналізу.

Результати. Заходи з протидії туберкульозу вимагають зміни організації надання медичної допомоги хворим на туберкульоз. Поширення захворюваності на туберкульоз потребують розвитку співпраці держави з громадськими організаціями.

Благодійна організація TBpeopleUkraine здійснює свою діяльність з метою подолання туберкульозу та створює умови для формування дієвих програм профілактики захворювання. Програми включають оцінку правового середовища та гендерних питань, основні рамки дій для ключових груп населення та інструмент моніторингу.

Співробітники організації TBpeopleUkraine організували надання психологічних консультацій, що є важливим кроком для людей, які зіштовхнулися з туберкульозом, та адаптації їх до нових умов. Основним з напрямків є робота з подолання суттєвого бар'єру та доступу до послуг із діагностики та лікування туберкульозу у людей без документів. Розроблені регіональні алгоритми надання медичних послуг неідентифікованим людям із туберкульозу та з підозрою на туберкульоз.

БО TBPeopleUkraine підготувала проєкт Дорожньої карти розвитку системи багатосекторальної співпраці та підзвітності для подолання туберкульозу із урахуванням впливу війни. Також були розроблені проєкти закупівлі медичних послуг за Програмою медичних гарантій.

Важливим є подальший розвиток спільної роботи БО TBPeopleUkraine з Державною службою України з питань праці, Державним центром зайнятості, Міжнародною організацією праці в Україні. Мета цієї співпраці – боротьба зі стигмою та дискримінацією стосовно людей із туберкульозом. Розроблено проєкт «Спільний план дій протидії стигмі та дискримінації людей з туберкульозом на робочому місці на 2024–2026 роки», який дасть змогу підвищити зусилля різних секторів, таких як приватного сектору в боротьбі зі стигмою та дискримінацією хворих на туберкульоз на роботі, створення для них безпечного, та недискримінаційного робочого середовища, забезпечення дієвих механізмів підтримки та захисту працівників.

Висновки. Ефективні програми і заходи з подолання туберкульозу відіграють важливу роль у безперервності надання допомоги людям з туберкульозом. Багатосекторальна співпраця і мають ключове значення для

збереження ефективності протитуберкульозних заходів в сфері охорони здоров'я.

Ключові слова: захворюваність, туберкульоз, громадські організації

Key words: morbidity, tuberculosis, public organizations

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Гордієнко Л.П., Карамішев Д.В., Шостак Т.І.

Полтавський державний медичний університет, Пол

Натепер захист населення і територій від наслідків надзвичайних ситуацій, у тому числі медичний захист населення, набуває глобальних масштабів, що потребує спільних зусиль задля його забезпечення. Незважаючи на відмінності функціонування національних систем цивільного захисту в різних країнах світу, досвід зарубіжних країн з організації надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях є актуальним для вивчення та запровадження в Україні.

Мета дослідження: проаналізувати досвід зарубіжних країн щодо організації надання медичної допомоги при надзвичайних ситуаціях для подальшого впровадження в Україні.

Матеріалами дослідження є наукометричні бази Scopus, Web of Science, MedLine, електронна база даних медичних і біологічних публікацій PubMed. Інформаційною базою дослідження є акти міжнародного права, офіційна інформація Всесвітньої організації охорони здоров'я, наукові джерела (наукові статті зарубіжних та українських вчених; матеріали науково-практичних конференцій), офіційні сайти урядових та неурядових організацій та інші інформаційні матеріали. Для досягнення мети було використано **комплекс загальнонаукових та спеціальних методів**, зокрема, методологію системного аналізу і підходу, бібліосемантичний метод, метод контент-аналізу.

Значний досвід організації надання медичної допомоги під час виникнення надзвичайних ситуацій накопичено у провідних країнах світу, зокрема, США, Франції, Німеччині, Швеції, Великобританії та ін. Організація медичного захисту

населення при надзвичайних ситуаціях розглядається як один із найважливіших елементів загальної системи цивільного захисту зарубіжних країн. В результаті проведеного аналізу виявлено, що спільним для всіх країн є наявність систем постійної готовності до надзвичайних ситуацій, а відмінності зумовлені особливостями економічних, соціальних, кліматично-географічних умов, а також ступенем загрози виникнення надзвичайних ситуацій. Щодо ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій медико-біологічного характеру, у деяких країнах сформована окрема структура – медицина катастроф, а в інших медична допомога у надзвичайних ситуаціях надається спільними силами загальної мережі медичних підрозділів охорони здоров'я. У свою чергу мобілізуються додаткові сили та основні засоби призначені для їх використання на випадок надзвичайних ситуацій медико-біологічного характеру, а також поряд із державними установами в роботі з надання допомоги постраждалим велике значення належить приватним та громадським організаціям.

Враховуючи значний міжнародний досвід щодо ліквідації медичних наслідків аварій і катастроф, фахівці на перший план висувають професійну підготовку кадрів, завчасне проведення заходів щодо забезпечення матеріально-технічної бази, зв'язок і взаємодію різних аварійно-рятувальних служб, а також міжнародне співробітництво. Оскільки загрози безпеці здоров'ю населення за умов надзвичайних ситуацій є комплексними, передбачено обмін інформацією між Всесвітньою організацією охорони здоров'я та державами, участь міжнародних організацій, урядів держав, приватного сектору, громадянського суспільства тощо.

Зокрема, у США передбачено комплексний підхід щодо готовності та реагування на надзвичайні ситуації. Медична допомога у США при надзвичайних ситуаціях здійснюється в рамках Національної системи медицини катастроф (National Disaster Medical System, NDMS). Відповідальними за її стан є Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення та Міністерство оборони. NDMS організаційно входить до сфери управління і є однією з найважливіших складових Федерального Агентства Управління в Надзвичайних

Ситуаціях (Federal Emergency Management Agency, FEMA). FEMA є незалежним агентством федерального Уряду США, на яке покладається реалізація державної політики щодо реагування та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. На державному рівні дії національної системи медичного забезпечення населення за умов надзвичайних ситуацій детально плануються у Плані федерального реагування США, а на регіональному рівні дії кожного штату також сплановані у Планах реагування конкретного штату, регіону та району. FEMA є координатором діяльності органів цивільної оборони штатів, федеральних міністерств та відомств і підприємств приватного сектору. FEMA, крім того, забезпечує підготовку кадрів, навчання населення та поширення інформації з питань реагування на надзвичайні ситуації тощо. На даний час у США існує більше 6 тисяч диспетчерських центрів, оснащених спеціальною апаратурою, що забезпечує при надходженні дзвінка у відділення на єдиний номер 911 відображення на дисплеї оператора телефонного номера і адресу того, хто телефонує, та надає керівнику оперативну та достовірну інформацію для прийняття управлінського рішення щодо порятунку населення за умов надзвичайних ситуацій.

У більшості європейських держав протягом останніх років розуміння цілей та завдань управління ризиками виникнення надзвичайних ситуацій зазнало значних змін, причиною цього стало саме збільшення кількості руйнівних природних та техногенних катастроф, зростання їх складності. Так, для надання медичної допомоги населенню Франції залучаються необхідні сили і засоби чинної в країні системи охорони здоров'я незалежно від відомчого підпорядкування та форм власності. Також позитивний досвід управління ризиками у разі виникнення надзвичайних ситуацій має Швеція. У 2022 році Уряд Швеції розпочав комплексну реформу системи цивільної готовності з метою зміцнення стійкості держави в умовах кризових ситуацій мирного часу, підвищеного рівня небезпеки та війни у спосіб налагодження надійних вертикальних і горизонтальних організаційних зв'язків на національному, міжсекторальному, секторальному, галузевому, регіональному та місцевому рівнях, зокрема між органами цивільного та військового управління.

Таким чином, на основі аналізу міжнародного досвіду щодо організації медичного захисту населення при надзвичайних ситуаціях визначено, що ефективні стратегії з попередження майбутніх кризових станів у сфері охорони здоров'я та пом'якшення їх наслідків передбачають укріплення стратегічного керівництва, впровадження системи планування дій на випадок надзвичайних ситуацій по принципу постійної готовності до потенційних загроз, прийняття урядовими органами довготривалих програм управління ризиками та посилення механізмів міжсекторального співробітництва.

ПОНЯТТЯ ПРО ПАРАМЕДИЦИНУ, ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ

Горобець Т. Д.

КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Заводської міської ради

Актуальність. Парамедицину можна визначити як систему надання екстреної медичної допомоги на місці події до прибуття спеціалізованих медичних служб. Вона є важливою ланкою між наданням першої медичної допомоги та повноцінною медичною допомогою в лікарняних закладах. Її основна мета — забезпечення оперативної та якісної допомоги в критичних ситуаціях, що дозволяє зберегти життя та знизити ризики ускладнень. У світлі сучасних викликів, таких як військові дії, техногенні катастрофи та збільшення кількості надзвичайних ситуацій, розвиток парамедицини в Україні набув особливого значення.

Зміни у законодавчій базі, підготовка кваліфікованих фахівців та впровадження сучасних стандартів надання екстреної допомоги є ключовими аспектами розвитку цієї сфери. Парамедики працюють на передовій лінії реагування, часто рятуючи життя в умовах обмеженого часу та ресурсів. Важливим аспектом є інтеграція української системи парамедицини до європейських стандартів та впровадження передових практик у навчанні та підготовці фахівців. Розширення та вдосконалення цієї системи безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги та безпеку громадян.

Мета. Дослідити сучасний стан розвитку парамедицини в Україні, виявити основні проблеми та виклики, що стоять перед цією сферою, а також окреслити перспективи її подальшого вдосконалення. Зокрема, розглянути потреби у підготовці кадрів, оцінити ефективність впроваджених реформ та проаналізувати міжнародний досвід для адаптації кращих практик у вітчизняну систему парамедицини.

Особлива увага приділяється аналізу законодавчих змін та їх впливу на якість надання екстреної медичної допомоги. Важливим є також дослідження ролі парамедиків у системі охорони здоров'я під час воєнних конфліктів та надзвичайних ситуацій. Визначення напрямків подальшого розвитку допоможе сформулювати рекомендації для покращення підготовки фахівців, удосконалення матеріально-технічної бази та гармонізації нормативно-правових актів.

Матеріали та методи. Дослідження базується на аналізі нормативно-правових актів, наукових досліджень, звітів профільних міністерств та аналізу практичного досвіду парамедиків.

Результати дослідження. Визначено, що парамедицина є критично важливим елементом системи охорони здоров'я, що забезпечує надання першочергової допомоги на місці події. Аналіз нормативної бази показує, що останні законодавчі зміни сприяють легалізації та регулюванню діяльності парамедиків, однак існують прогалини у питаннях матеріально-технічного забезпечення та системи сертифікації.

Проведений аналіз засвідчив, що попит на сертифікованих парамедиків у різних регіонах України значно перевищує наявну кількість підготовлених фахівців. Це вимагає розширення програм підготовки, вдосконалення навчальних планів та залучення міжнародних експертів для підвищення якості освіти.

Дослідження практичного досвіду свідчить про необхідність впровадження єдиних стандартів надання екстреної медичної допомоги, що дозволить підвищити якість обслуговування та забезпечити однаковий рівень

допомоги в усіх регіонах країни. Важливим напрямом є також розвиток мобільних медичних бригад, здатних оперативно реагувати на надзвичайні ситуації.

Важливим напрямком розвитку є підвищення рівня підготовки парамедиків шляхом впровадження регулярних навчань і симуляційних тренінгів. Це дозволить фахівцям відпрацювати практичні навички в умовах, наближених до реальних, та забезпечить швидке реагування на надзвичайні ситуації. Крім того, систематична оцінка якості надання допомоги сприятиме виявленню слабких місць та їх оперативному усуненню.

Встановлено, що розвиток системи парамедицини позитивно впливає на зменшення смертності та покращення прогнозу для пацієнтів у критичних станах. Парамедики, маючи відповідну підготовку, можуть швидко оцінити стан потерпілого, надати невідкладну допомогу та організувати швидку евакуацію до медичних закладів.

Висновки. Парамедицина — це галузь, яка поєднує надання екстреної медичної допомоги та первинне медичне втручання до прибуття спеціалізованих медичних служб. Вона є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, що забезпечує своєчасне реагування на критичні ситуації та рятує життя.

Парамедицина Україні має значний потенціал для подальшого розвитку та вдосконалення. Необхідність систематичного підходу до підготовки кадрів, впровадження сучасних методик навчання та покращення матеріально-технічної бази є ключовими умовами для підвищення ефективності роботи парамедиків. Законодавчі ініціативи мають бути спрямовані на створення єдиного правового поля, що регулює діяльність парамедиків, та забезпечення належного рівня фінансування.

Подальші кроки у розвитку парамедицини повинні включати розширення програм навчання, підвищення кваліфікації працівників та розробку нових стандартів надання допомоги. Особливу увагу слід приділити підготовці парамедиків до роботи в умовах воєнних дій та надзвичайних ситуацій. Крім

того, інтеграція міжнародного досвіду дозволить адаптувати кращі практики та підвищити якість медичних послуг.

Таким чином, розвиток парамедицини в Україні є важливим завданням, що потребує комплексного підходу та тісної співпраці між державними органами, освітніми установами та міжнародними партнерами.

ВАЖЛИВІСТЬ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ БОЙОВИХ ТРАВМАХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Гринь К.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Затяжний характер бойових дій в Україні є складним випробуванням не тільки для фізичного, а й для ментального стану військовослужбовців, які боронять нашу державу. Довготривале перебування в екстремальних, життєво-небезпечних умовах, напруженість бойових дій суттєво знижує психологічну стійкість, негативно впливає на емоційну та цілком психічну сферу захисників. Для зміцнення ментального стану військовослужбовців необхідно створювати безпечні умови, періоди відпочинку з можливістю релаксації, відновлення, стабільності сну, що далеко не завжди може бути реальним в умовах сьогоденних військових дій.

Надання першої та загалом психологічної допомоги військовослужбовцям є надзвичайно важливим фактором у збереженні та відновленні їх психічного стану, психологічної та особистісної цілісності.

Мета даної роботи: висвітлити сутність поняття «Перша психологічна допомога», його мету та «мішені» застосування в умовах воєнного стану.

Перша психологічна допомога – це комплекс заходів, набір навичок та знань загальнолюдської підтримки та практичної психологічної допомоги людям, які зазнали впливу надсильних стресорів, перебувають у стані стресу через вплив кризових подій. Важливою характеристикою першої психологічної допомоги є її простота, відсутність необхідності висококваліфікованої спеціалізованої підготовки надавача першої психологічної допомоги.

Необхідність надання першої психологічної допомоги залежить від низки факторів, зокрема інтенсивності самого стресового чинника, глибини впливу стресора на особу та індивідуальних особливостей індивідуума. Ступінь впливу стресора раціонально визначати, як легкий, помірний та тяжкий, а надавати першу психологічну допомогу – при тяжкому ступеню впливу стресового чинника на особу. Проте, ступінь сприйняття стресора, особистісна реакція людини – суто індивідуальні параметри. Тому надання першої психологічної допомоги повинно бути індивідуалізованим та особистісно-орієнтованим.

Поведінка та психічний стан постраждалого є визначальними чинниками для тактики надання першої психологічної допомоги.

Існують різноманітні схеми та підходи до надання першої психологічної допомоги. Одна з них – модель індивідуального кризового втручання за George S. Everli, яка передбачає наступні етапи першої психологічної допомоги: стабілізація (інформування, задоволення базових потреб, пом'якшення дії гострих стресорів); визначення події і реакції постраждалого на неї; полегшення розуміння постраждалим як того, що вже відбулося, так і того, що відбувається у теперішньому, нормалізація стану; поширення ефективних копінг-стратегій; відновлення незалежного функціонування чи перенаправлення постраждалого з забезпеченням подальшого догляду.

Особливу увагу необхідно звертати на збереження психологічної та особистісної цілісності постраждалого – його когнітивну сферу, оцінюючи здатність зосередити увагу на важливих об'єктах, розсіяність, нездатність відвести увагу від стресора; емоційне реагування; цілеспрямованість діяльності, здатність контролювати свою поведінку, адаптуватися до навколишніх умов тощо.

Висновки. Військовослужбовці, які перебувають життєво-небезпечних умовах бойових піддаються дії надзвичайно інтенсивних стресових чинників. Після отриманих бойових, в тому числі й психічних бойових травм їх психологічному стану стає вкрай важко відновитися, пристосуватися до

життєвих обставин. Вони страждають від емоційних розладів, порушення сну, які схильні до рецидивування під впливом повторюваних стресорів.

Тому надання психологічної допомоги в умовах бойових дій в Україні є важливим та одним з пріоритетних напрямків лікування та реабілітації військовослужбовців.

ЦИТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГНІЙНОЇ РАНИ У ПАЦІЄНТІВ З ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

А.В. Кіптілій¹, О.А. Торопов¹, Д. В. Стебловський¹, О.П. Личман², К.П. Локес¹

¹Полтавський державний медичний університет

²КП «Карлівська лікарня ім. Л. В. Радевича»

Гострі одонтогенні запальні процеси залишаються значущою медико-соціальною проблемою, яке обумовлені пізнім зверненням пацієнтів за стоматологічною допомогою, наявністю хронічних захворювань, використанням самолікування та, подеколи, невідповідною якістю надання стоматологічної допомоги. На думку багатьох дослідників, застосування антибактеріальних і протизапальних препаратів різних груп, як для загальної, так і для місцевої терапії є етіопатогенетично виправданим у комплексному лікуванні.

Дослідження проводилися на базі відділення щелепно-лицьової хірургії на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» ПОР. У дослідженні взяли участь 30 пацієнтів із флегмонами щелепно-лицьової локалізації, віком від 25 до 60 років, незалежно від статі.

Пацієнти були розділені на 2 клінічні групи наступним чином:

1 група – 15 пацієнтів, яким окрім стандартного протоколу лікування був призначений препарат Кверцетин.

2 група (контрольна) – 15 осіб, яким лікування проводилося згідно стандартного протоколу.

Проводилася оцінка динаміки середньої кількості еритроцитів у поверхневих біоптатах ран. Взяття матеріалу проводили за допомогою легкого

зішкрябу поверхневого шару рани шпателем на 1-шу та 5-ту добу післяопераційного періоду. Аналіз поверхневих біоптатів ран показав, що в першу добу післяопераційного періоду в цитограмах домінували еритроцити. У пацієнтів першої групи спостерігалися поодинокі лімфоцити та значна кількість клітинного детриту. У другій групі еритроцити формували скупчення, а також виявлялася велика кількість змінених клітин. Серед лейкоцитарних елементів переважали нейтрофільні гранулоцити. Крім того, фіксувалася значна присутність клітинного детриту.

На п'яту добу спостереження у пацієнтів першої групи в цитограмах спостерігався активний розвиток регенераторних процесів, що проявлялося появою пучків колагенових волокон, профібробластів і молодих фібробластів. Локально у поверхневих біоптатах ран також візуалізувалися проміжні кератиноцити.

У пацієнтів другої групи на цьому етапі післяопераційного періоду все ще визначалися ознаки запального процесу, зокрема наявність змінених і незмінених нейтрофільних гранулоцитів. Водночас позитивною ознакою була присутність у цитограмах преколагенових волокон, що свідчило про поступове формування регенеративних процесів.

Для об'єктивної оцінки результатів цитологічного дослідження було проведено цитометричний аналіз. На першу добу спостереження середня кількість еритроцитів у цитограмах пацієнтів першої групи становила $34,21 \pm 1,04$ в п/з, тоді як у другій групі цей показник був вищим і складав $41,18 \pm 0,15$.

На п'яту добу післяопераційного періоду в першій групі кількість еритроцитів не перевищувала 3 клітин у 10 полях зору, тоді як у другій групі цей показник залишався вищим і становив $7,5 \pm 0,16$.

Отже, за результатами цитологічного та цитометричного дослідження встановлено, що включення кверцетину до складу консервативної терапії сприяє прискоренню регенеративних процесів у післяопераційному періоді та

зменшенню тривалості запальної реакції у пацієнтів з одонтогенними флегмонами щелепно-лицевої ділянки на тлі ішемічної хвороби серця.

ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА З ТОЧКИ ЗОРУ ЗДОБУВАЧА ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ключкова А. С. Борсук Ю.В., Берук В. А., Оглобля С.М.

Національний університет "Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка",

Полтава, Україна

2 підстанції ЕМД м. Кременчук, Україна

1 підстанції ЕМД м. Кременчук, Україна

Невідкладні стани – це загрозові для життя та здоров'я пацієнта зміни життєдіяльності організму, що потребують негайної діагностики та медичної допомоги. Своєчасність та професійність надання професійної допомоги сприяють реалізації правила «золотої години». У невідкладній медицині «золотою годиною» називають період часу відразу після отримання травми, протягом якого найвища ймовірність того, що термінова медична та хірургічна допомога дозволить запобігти смерті. Перша допомога – це проведення найпростіших медичних заходів для порятунку життя, зменшення страждань потерпілого від надзвичайної ситуації і попередження розвитку можливих ускладнень. Професійно таку допомогу надають, звичайно ж, медики, але не завжди швидка допомога може прибути вчасно на місце події. Тому вміння кожного з нас надати першу необхідну допомогу постраждалим до прибуття служб порятунку може відіграти вирішальну роль у порятунку життя людини.

Основні принципи надання першої допомоги:

- правильність і доцільність (якщо немає впевненості в своїх діях – краще утриматись; головне правило першої допомоги – не нашкодити);
- швидкість;
- продуманість, рішучість, спокій.

Алгоритм дій при наданні першої допомоги має бути таким:

1. Оглянути місце події та впевнитись у тому, що надання допомоги буде безпечним: забезпечити власну безпеку, а також безпеку потерпілого та людей навколо.
2. Оцінити стан постраждалого (свідомість, дихання, пульс).
3. За необхідності викликати бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги, а також інші екстрені служби (поліцію, аварійно-рятувальну службу, службу газу тощо).
4. Оцінити наявність критичних кровотеч та зупинити їх.
5. Забезпечити прохідність дихальних шляхів.
6. Якщо у постраждалого відсутні ознаки життя та немає критичної кровотечі (або ліквідована) – розпочати серцево-легеневу реанімацію.
7. Перевести постраждалого у стабільне положення (на боці, обличчям до себе, рука під головою, нога зігнута в коліні), якщо не йдеться про підозру на травми хребта та кісток тазу і серцево-легенева реанімація була вдалою.
8. Не залишати постраждалого та контролювати стан його життєвих функцій до прибуття екстрених служб.

Домедичну допомогу надають людині, яка перебуває у невідкладному стані, особи, які не мають медичної освіти. Законом України «Про екстрену медичну допомогу» на багатьох фахівців покладено обов'язок надання домедичної допомоги, тобто невідкладних дій і заходів, спрямованих на порятунок і збереження життя людини, яка перебуває в критичному стані, та мінімізацію можливих негативних наслідків цього стану для її здоров'я в подальшому. Така допомога надається на місці рятувальниками аварійно-рятувальних служб, поліцейськими, фармацевтичними працівниками, провідниками пасажирських вагонів, бортпровідниками та іншими особами, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти знаннями, уміннями та навичками надання домедичної допомоги.

Послідовність дій при наданні першої домедичної допомоги:

1. Вивести потерпілого з оточення, де стався нещасний випадок.
2. Вибрати потерпілому найбільш зручне положення, що забезпечує спокій.

3. Визначити вид травми (перелом, поранення, опік тощо).
4. Визначити загальний стан потерпілого, встановити, чи не порушені функції життєво важливих органів.
5. Розпочати проведення необхідних заходів, а саме:
 - зупинити кровотечу;
 - зафіксувати місце перелому;
 - вжити реанімаційних заходів (оживлення): штучне дихання, зовнішній масаж серця;- обробити ушкоджені частини тіла.
6. Одночасно з наданням першої долікарської допомоги необхідно викликати швидку допомогу або підготувати транспорт для відправки потерпілого до найближчої медичної установи.
7. Повідомити адміністрацію про те, що трапилось.

Важливо знати обставини, при яких сталася травма, умови, які спонукали до її виникнення, та час, годину і навіть хвилину, особливо коли потерпілий втратив свідомість.

Отже, зазначений алгоритм дій, який підтверджується рекомендаціями компетентних установ, сприяє ефективному збереженню життєдіяльності людей при невідкладних станах та сприяє їх подальшій реабілітації.

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ КАФЕДРИ ПРОПЕДЕВТИКИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

***Колісник І.А., Панькевич А.І., Гоголь А.М., Новіков В.М., Резвіна К.Ю.,
Коросташова М.А.***

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Амбулаторний прийом пацієнтів у стоматолога-хірурга має певні особливості та ризики. Масовість прийому, а часто і звернення з гострим болем не дозволяють провести ретельне обстеження пацієнта перед використанням місцевих анестетиків, які в свою чергу можуть викликати різноманітні алергічні реакції та чинити токсичну дію. Тривалий больовий синдром, а також страх

перед майбутнім оперативним втручанням, можливий негативний досвід відвідування стоматологів у минулому – усі ці фактори, безумовно, мають вплив на пацієнта і підвищують ризики виникнення ускладнень. Не слід відкидати і роль супутньої патології у пацієнтів, особливо старшого віку.

Згідно даних В.І. Стош та співавт. (2002) на амбулаторному стоматологічному прийомі до 15% випадків складають ускладнення загального характеру, які можуть нести загрозу здоров'ю і навіть життю пацієнта. Усе вище перераховане вимагає від лікаря хірурга-стоматолога не лише знань невідкладних станів, але і умінь у їх діагностиці і наданні невідкладної допомоги.

Невідкладний стан – патологічні зміни в організмі людини, котрі виникають внаслідок дії фізичних, хімічних і біологічних факторів, які призводять до різкого погіршення здоров'я, можуть загрожувати життю і потребують екстрених лікувальних дій.

Тому метою нашої роботи став аналіз частоти виникнення невідкладних станів, що виникали на амбулаторному прийомі кафедри пропедевтики хірургічної стоматології протягом 2022-2024 років.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано карти амбулаторних пацієнтів та записи в операційних журналах. Відмічали характер ускладнення, первинну мету візиту, що могло впливати як на фізичний, так і на емоційний стан пацієнта, і, відповідно стати причиною виникнення ускладнень. Також вивчали анамнез життя, звертаючи увагу на алергологічний статус і супутню патологію.

Результати дослідження. Згідно даних амбулаторних карт, ускладнення загального характеру були діагностовані у 17 % пацієнтів, що ми пов'язуємо із наданням саме хірургічної допомоги, яка потребує застосування місцевого знеболення. Слід відмітити, що у більшості випадків (72%) ускладнення виникали саме на етапі місцевого знеболення і лише у 28% випадків під час або після операції видалення зуба чи оперативного втручання. Частота ускладнень розподілилась так: непритомність – 58%, колапс – 19%, гіпертонічний криз – 16%, інтоксикація анестетиком – 7%. Такі ускладнення як непритомність і

колапс частіше виникали у чоловіків, ніж у жінок (відповідно 62% до 38% – непритомність та 65% до 35% – колапс), в той час як інші ускладнення зустрічалися майже з однаковою частотою у обох статей. Декілька пацієнтів у анамнезі вказували на епізоди непритомності при будь-яких стоматологічних маніпуляціях, що супроводжувалися місцевим знеболенням, відповідно у них знову виникав цей стан. Після надання допомоги самопочуття пацієнтів стабілізувалося, що дозволяло виконати чи завершити маніпуляції.

Також ми відмітили частіше виникнення непритомності і колапсу у пацієнтів, що зверталися з гострим болем, що можна пояснити зниженням порогу сприйняття подразнень через тривалий больовий синдром і підвищення стрес-реакції організму до патологічного рівня.

Більшість пацієнтів отримали невідкладну допомогу у клініці згідно з алгоритмами надання медичної допомоги, які відповідають наказу МОЗ України № 24 від 17.01.2005 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних станів». Однак, були випадки, коли у пацієнтів з діагностованим колапсом після виконаних маніпуляцій стан не покращувався, що змушувало нас звертатися до швидкої допомоги та госпіталізувати таких хворих.

Також хотілося б відмітити 2 випадки непритомності у батьків дітей, які були присутні при проведенні втручань (до статистики ми їх не включали), що можна пояснити хвилюванням.

Висновки. Найчастішими ускладненнями, що виникали на амбулаторному прийомі стали непритомність, колапс, гіпертонічний криз. Ускладнення частіше виникали після проведеної анестезії і рідше – під час або після видалення зуба чи оперативного втручання.

МОНІТОРІНГ РОЗВИТКУ АПАРАТНОЇ СТОМАТОПАТІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЕЛАЙНЕРІВ У ДІТЕЙ

Коломієць А.М.¹, Пачевська А.В.¹, Monika Malgozata Biloszycka²

¹Вінницький національний медичний університет, Вінниця, Україна

²Warminsko-Mazurski Uniwersytet, Collegium Medicum, Olsztyn, Polska

Вступ. Апаратні стоматопатії відносяться до захворювань ротової порожнини, що часто зустрічаються в стоматологічній практиці. Встановити причину захворювання складно, тому терапевтичні заходи часто будують на передбачуваному діагнозі, а не науково обґрунтованих даних. Алергічні реакції на зубопротезні матеріали розглядаються переважно гіпотетично; їх наявність пояснюється суто локальними чи психогенними чинниками. Передчасне направлення таких пацієнтів до дерматолога або алерголога (а часто і до психіатра) знімає з лікаря-стоматолога низку проблем, але не допомагає пацієнтові. Спектр діагностичних та терапевтичних заходів у сучасній стоматологічній практиці помітно розширився. Причини апаратних стоматопатій можуть бути точно встановлені та усунуті. Протезні стоматопатії можуть проявлятися у вигляді змін окремих ділянок слизової оболонки ротової порожнини або мати великі зони поширення. Вони можуть бути описані як: еритеми, печіння в області слизової оболонки (язика, щоки, губ), болі (локальна поверхнева або тупа глибока з іррадіацією), порушення смакових відчуттів (смак металу або пластмаси). Перелічені симптоми поділяються на суб'єктивні та об'єктивні. Суб'єктивні відчуття можна виявити під час опитування. Об'єктивні симптоми виявити складніше, особливо за відсутності реакції з боку слизової оболонки порожнини рота. Об'єктивні симптоми типу еритеми видно відразу і, як правило, підозра на апаратну непереносимість з'являється швидко. Для підтвердження попереднього діагнозу у розпорядженні лікаря-стоматолога є безліч діагностичних та терапевтичних засобів. Розрізняють 5 основних етіологічних факторів захворювання: токсичність конструкційних матеріалів та алергія до них; механічне подразнення (гострі краї протезу, тиск); мікробні подразнення (бактерії, гриби); порушення імунітету (вік пацієнта, психічний

стрес, Diabetes mellitus тип I, ВІЛ-інфекція); психогенні фактори. Вважається, що першим проявом апаратної стоматопатії є погіршення гігієни ротової порожнини.

Мета: визначити і порівняти рівень гігієни ротової порожнини в групі порівняння і в групі з лікуванням зубощелепних аномалій елайнерами.

Матеріали та методи: стан гігієни ротової порожнини оцінювався за показниками індексу Гріна-Вермільйона, модифікованого індексу Федорова-Володкіної та індексу Silness-Loe в двох групах: порівняння та в групі дітей, яким використовували елайнери. В кожную групу входило по 20 дітей віком 10-16 років.

Для визначення індексу Гріна-Вермільйона зафарбовували вестибулярну поверхню 16, 11, 26, 31 і язичну поверхню 46, 36 зубів розчином Люголя. На відповідних поверхнях досліджуваних зубів визначали індекс зубного нальоту (Debris-index) і індекс зубного каменю (Calculus-index), визначали в балах. Обчислення ОНІ-S проводили за формулою:

$$\text{ОНІ-S} = \sum \text{Зн } n + \sum \text{Зк } n,$$

де $\sum \text{Зн}$ — сума балів зубного нальоту,

$\sum \text{Зк}$ — сума балів зубного каменю,

n — кількість обстежених зубів (6 зубів).

Інтерпретація результатів проводилась за загальноприйнятою методикою. Дослідження гігієни ротової порожнини за модифікованим індексом Федорова-Володкіної та Silness-Loe проводили за загальноприйнятою методикою. Визначення індексів та оцінювання стану гігієни ротової порожнини проводили на початку лікування та через 3 місяці.

Результати : Встановлено, що в здорових дітей на початку спостереження та через 3 міс слизова оболонка ротової порожнини була блідо-рожева, блискуча, без патологічних змін. У групі дітей, яким застосовувались елайнери, на 3 міс спостереження слизова оболонка характеризувалась незначним набряком та мала явища легкого ступеню локалізованого катарального гінгівіту. Протягом досліджуваного періоду стан гігієни ротової порожнини в

групі порівняння майже не змінювався. Дослідження індексу Гріна-Вермільона показало, що в групі з лікуванням елайнерами через 3 міс стан гігієни ротової порожнини погіршився в 1,5 раза. Дослідження модифікованого індексу Федорова-Володкіної показало, що через 3 міс стан гігієни ротової порожнини був в 1,8 раза гірший, ніж на початку лікування. Дослідження стану гігієни ротової порожнини за індексом Silness-Loe співвідносилось із попередніми дослідженнями, а саме: на 3-му міс стан гігієни ротової порожнини був гірший в 1,66 раза.

Висновки. Апаратне лікування зубо-щелепних аномалій веде до погіршення гігієни ротової порожнини. Моніторинг стану ротової порожнини потрібен для попередження розвитку апаратної стоматопатії.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ ПІСЛЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТІВ

*Кузь В.С., Тесленко О.І., Кузь Г.М., Баля Г.М., Марченко К.В., Шеметов О.В.,
Павліш І.В.*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Вступ. Ортопедичне лікування пацієнтів із повною втратою зубів дотепер залишається однією з актуальних і важливих проблем сучасної стоматології. Лікування цієї категорії пацієнтів за допомогою знімних протезів, які виготовлені «традиційним» способом, не завжди може забезпечити повноцінне функціонування жувальної системи та сприяти підвищенню якості життя пацієнтів. У зв'язку з цим реабілітація хворих із повною відсутністю зубів потребує подальшого вдосконалення із застосуванням сучасних підходів і технологій.

З метою покращення фіксації та стабілізації повних знімних протезів при складних клінічних ситуаціях у стоматологічній практиці широко й успішно використовують метод дентальної імплантації. Результативність і можливості

дентальних внутрішньокісткових імплантатів підтверджені багаторічною практикою.

Одним із визначальних чинників, що забезпечує успіх ортопедичного лікування пацієнтів із повною втратою зубів, є функціональний стан жувальних м'язів. В процесі адаптації пацієнтів із повною відсутністю зубів до нових протезів, що спираються на дентальні внутрішньокісткові імплантати, відбуваються зміни з перебудовою жувальних рефлексів.

Мета. Вивчення динаміки показників електроміографії власне жувальних м'язів у пацієнтів із повною втратою зубів з раніше виготовленими протезами та після повторного протезування з використанням дентальних внутрішньокісткових імплантатів.

Матеріали і методи дослідження. Для оцінки результатів ортопедичного лікування нами проведені електроміографічні дослідження (ЕМГ) власне жувальних м'язів у пацієнтів із повною втратою зубів з раніше виготовленими протезами та після повторного протезування повними знімними протезами з опорою на імплантатах після нормалізації міжальвеолярної висоти та оклюзійних взаємовідносин між зубними рядами. Під час повторного протезування пацієнтів з повною втратою зубів і складними клінічними умовами протезного ложа у всіх випадках була необхідність в одномоментному збільшенні оклюзійної висоти від 4 до 10 мм.

При проведенні ЕМГ дослідження електроди розташовували в проекції рухової точки m. masseter спочатку з одного боку, потім з іншого і закріплювали лейкопластиром. Відстань між електродами становила близько 20 мм. Запис показань проводили в положенні центральної оклюзії за максимально зімкнутих зубних рядів та під час довільного жування. Обробка отриманих даних закладена в програму електроміографа і відбувається автоматично. Електроміографічні дослідження біоелектричної активності жувальних м'язів проводили спочатку з використанням раніше виготовлених протезів «традиційним» методом, а далі - відразу після накладення протезів з опорою на імплантати, через 1 місяць після завершення ортопедичного лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

Порівняння електроміографій, отриманих у пацієнтів, засвідчило наявність статистично значущих відмінностей в амплітуді біопотенціалів власно жувальних м'язів ($p=0,003$). При користуванні новими протезами з опорою на імплантатах у порівнянні з «традиційно» виготовленими протезами спостерігається значне збільшення такої амплітуди. Є підстави вважати, що ці зміни є відповідною реакцією м'язів на нормалізацію оклюзійної висоти. З іншого боку, у цих пацієнтів не було симптомів завищення оклюзійної висоти (біль у жувальних м'язах, дискомфорт в ділянці СНЩС, стукіт зубів під час розмови та ін.), а також ЕМГ ознак спонтанної активації жувальних м'язів. Усе це може свідчити про чіткі ознаки визначення раціональної міжальвеолярної висоти. Після звикання до нових зубних протезів, через один місяць після їх встановлення, результати ЕМГ показали незначне зниження амплітуди біопотенціалів, що свідчить про початок адаптації м'язового апарату до нової оклюзійної висоти. Проте амплітуда, як і раніше, залишалася статистично вищою, ніж у пацієнтів із раніше виготовленими протезами ($p=0,021$). Після корекції оклюзійних взаємовідносин повних знімних протезів з опорою на імплантатах ми виявили виражені зміни функціонального стану жувальної мускулатури. Ці зміни також були статистично значущими ($p=0,009$). Очевидно, що параметри міограм через 1 місяць після користування новими протезами з опорою на дентальні внутрішньокісткові імплантати, поступово наближаються до норми. Дані міографічного дослідження пацієнтів з традиційно виготовленими протезами і протезами з опорою на імплантатах праворуч відповідають лівим і підтверджують спостереження про поступове нівелювання змін через місяць після встановлення протезів. Як і в разі порівняння біопотенціалів у пацієнтів із новими і раніше виготовленими протезами загалом, дослідження даних за стороною (права/ліва) не спростовує інформації про тимчасовий характер відмінностей і поступове їхнє нівелювання. У табл. 1 зведено дані про біоелектричну активність жувальних

м'язів (мкВ) у день встановлення протеза і через 1 місяць після накладення протеза у пацієнтів з традиційно виготовленими і новими протезами.

М'язи		Традиційні протези	Протези з опорою на імплантатах	
			Терміни	
			Відразу після накладення (а±σ)	1 місяць після накладення (а±σ)
Власне жувальний	Лівий	237,3±102,7	461,2±214,7	291,6±137,2
	Правий	292,1±117,3	508,7±175,9	328,3±135,4

Примітка: всі показники клінічної групи достовірно відрізняються від контролю ($p < 0,05$).

Середньоквадратичне (стандартне) відхилення розраховували за формулою:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (a_i - a)^2}{n-1}},$$

де a – середнє значення вимірювань.

Вищі значення біопотенціали власне жувальних м'язів у пацієнтів, яким були встановлені нові протези з опорою на дентальні внутрішньокісткові імплантати, порівняно зі старими протезами, є маркером процесів адаптації, які відбуваються, і свідчать про подальшу повноцінну реабілітацію пацієнтів із повною втратою зубів.

Нами встановлено, що середня величина біопотенціалів власне жувальних м'язів збільшилася після ортопедичного лікування новими протезами на 35,5-36,8%. Наше дослідження засвідчило, що ЕМГ є діагностичним методом, що дає змогу визначити функціональні зміни у власне жувальних м'язах, які відбуваються в процесі адаптації пацієнтів із повною відсутністю зубів до нових протезних конструкцій, що спираються на дентальні внутрішньокісткові імплантати, унаслідок нормалізації міжщелепних контактів

та оклюзійної висоти, і може використовуватися для прогнозу ефективності ортопедичного лікування цієї категорії стоматологічних пацієнтів.

Висновки:

1. Результати електроміографічного дослідження засвідчили, що під час ортопедичного лікування пацієнтів із повною втратою зубів, яким були встановлені нові протези в день накладення, існують статистично значущі відмінності в амплітуді біопотенціалів жувальних м'язів ($p=0,003$). Встановлення нових знімних протезів з опорою на дентальні внутрішньокісткові імпланти порівняно зі старими супроводжувалося значним збільшенням такої амплітуди. Ці зміни є відповідною реакцією м'язів на нормалізацію оклюзійної висоти і взаємовідносин.
2. Результати ЕМГ досліджень, проведених після звикання до протезів (1 місяць), показали невелике зниження амплітуди біопотенціалів порівняно з першим днем накладення протезів, що свідчить про поступову адаптацію жувальних м'язів до нової оклюзійної висоти.
3. Аналіз показників електроміографічних досліджень у хворих до і після повторного ортопедичного лікування показав значне поліпшення функціонального стану жувальних м'язів після корекції оклюзії зубних рядів і міжальвеолярної висоти на нових знімних зубних протезах.

ЛЕГЕНЕВА КРОВОТЕЧА У ФТИЗІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Куліш М.В., Ярешко А.Г., Вородюхіна А.К., Куліш К.М.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Легенева кровотеча є одним із найбільш небезпечних ускладнень не тільки туберкульозу, а й багатьох інших захворювань та травм. Серед усіх кровотеч частка легеневих кровотеч, за даними різних авторів, складає від 1 до 4%, а летальність залежить від ступеня крововтрати і може досягати 35-85% (Худа М. із співавт., 2023). До 40% усіх легеневих кровотеч більшість авторів пов'язують з туберкульозом (Лузан Л.В., 2009). Офіційної статистики щодо частоти виникнення легеневих кровотеч у хворих на туберкульоз в Україні

немає, а в різних дослідженнях була встановлена різна частота виникнення цього ускладнення – від 0,8% до 25%.

Тому, **метою роботи** було вивчити випадки туберкульозу легень, що ускладнились легеневою кровотечею.

Матеріали і методи. Для досягнення поставленої мети нами було проаналізовано 49 історій хвороби пацієнтів стаціонарних відділень КП «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер ПОР», у яких перебіг туберкульозу легень ускладнився виникненням легеневої кровотечі.

При аналізі враховували вік та стать пацієнтів, випадок туберкульозу, клінічну форму, тяжкість і поширеність процесу, наявність бактеріовиділення, масивність кровотечі, своєчасність звернення за допомогою, наявність супутніх хвороб, результат лікування.

Дослідження проводили відповідно Гельсінської декларації охорони прав людини та принципів біомедицини, відповідних законів України, конвенції Ради Європи про права людини. Всі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні, збір та обробку отриманих даних.

Результати дослідження. Дослідження показало, що частота виникнення кровохаркання або легневих кровотеч серед хворих на туберкульоз, які лікувалися в стаціонарних відділеннях протягом останніх 6 років щороку була не однаковою і в середньому склала 4,87%. Ці данні не відображають загальну частоту виникнення легневих кровотеч, адже аналіз проводився серед пацієнтів, які лікувалися стаціонарно, а останнім часом більшість пацієнтів отримують лікування амбулаторно.

У більшості випадків (46; 93,87%) реєстрували кровохаркання або легеневу кровотечу легкого ступеню (крововтрата до 100 мл/добу). Легенева кровотеча частіше ускладнювала перебіг туберкульозу у чоловіків (39; 79,59%), середній вік яких був $38,1 \pm 1,94$ роки. Ці дані були очікуваними, адже загально-відомо, що туберкульозом частіше хворіють чоловіки працездатного віку. У 27 (55,1%) пацієнтів діагноз «туберкульоз» був встановлений вперше і у 22

(44,9%) осіб був зареєстрований повторний випадок хвороби. 45 (91,84%) пацієнтів були виявлені при зверненні за медичною допомогою, адже кровохаркання може бути саме тим симптомом, що приводить хворого на туберкульоз до лікаря. У більшості (29; 59,18%) пацієнтів був діагностований дисемінований туберкульоз, у 18 (36,73%) осіб – інфільтративний і у 2 (4,08%) – фіброзно-кавернозний. У всіх пацієнтів туберкульозний процес в легенях був деструктивним. У 32 (65,31%) осіб патологічні зміни були і в правій, і в лівій легенях. Поширеність процесу на 3 і більше сегментів спостерігалася у 31 (63,27%) хворих. Бактеріовиділення було підтверджене у 36 (73,47%) пацієнтів. 23 (46,94%) хворих мали супутні хвороби, такі як: СНІД – 2 (4,08%), цукровий діабет – 4 (8,16%), хвороби шлунково-кишкового тракту – 2 (4,08%) та інші.

Хіміотерапія хворих на туберкульоз легень, що ускладнився кровохарканням або легеневою кровотечею, доповнювалася симптоматичними та патогенетичними засобами, дія яких була спрямована на зниження гіпертензії в малому колі кровообігу, активізацію утворення кров'яного згортка, пригнічення фібринолізу, пригнічення проникності судинної стінки. Результати лікування хворих були наступними: 33 (67,35%) пацієнтів вважалися вилікованими, у 9 (18,37%) була зареєстрована невдача лікування, 6 (12,24%) осіб перервали лікування і 2 (4,08%) хворих померло.

Висновки. Отже, легенева кровотеча є найбільш небезпечним ускладненням туберкульозу, яке потребує негайної госпіталізації незалежно від клінічної форми туберкульозу, тяжкості та поширеності процесу в легенях, адже спрогнозувати тривалість і наслідки цього ускладнення неможливо.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗГІДНО ПАКЕТУ ПОСЛУГ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Лозовська Л.Г.

КНП ОМР «Охтирська міська стоматологічна поліклініка»

Реформування охорони здоров'я торкнулося всіх його секторів. Програма медичних гарантій на рівні спеціалізованої медичної допомоги повністю змінила систему фінансування медичної і стоматологічної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичну допомогу, в тому числі й стоматологічну, розпочали роботу за договорами з Національною службою здоров'я України й почали отримувати відповідне фінансування за надані медичні послуги.

В рамках Програми медичних гарантій, стоматологічна допомога покриває: невідкладну допомогу для дорослих, а для дітей до 18 років покриває і планову, і невідкладну. Звернутись до стоматолога, стоматолога дитячого, стоматолога-терапевта, стоматолога-хірурга, лікаря зубного, хірурга щелепно-лицевого можна як за направленням, так і без направлення (тобто за самозверненням).

Пакет «Стоматологічна допомога дорослим та дітям» надає право пацієнтам отримати таку безоплатну стоматологічну допомогу: проведення первинного огляду з оцінкою стану стоматологічного здоров'я відповідно до підходів ВООЗ в рамках ургентної стоматологічної допомоги у дорослих, ургентної та планової стоматологічної допомоги у дітей; надання ургентної (невідкладної) стоматологічної допомоги дітям та дорослим; надання планової стоматологічної допомоги дітям (крім ортодонтичних процедур та протезування); проведення інструментальних досліджень в рамках ургентної стоматологічної допомоги, а також планової стоматологічної допомоги дітям (внутрішньоротова рентгенографія, позаротова рентгенографія); організація та проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів, а також дітей до 6 років відповідно до чинного законодавства; своєчасне знеболення на всіх етапах діагностики та

лікування (за винятком загального знеболення) під час надання ургентної стоматологічної допомоги дітям та дорослим та планової стоматологічної допомоги дітям до 18 років (крім ортодонтичних процедур та протезування); проведення хірургічних втручань під час надання ургентної стоматологічної допомоги дорослим та дітям.

Міністерство охорони здоров'я України спільно із НСЗУ впровадили Пакет «Зубопротезування» для окремих категорій осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України», який покриває дві послуги: зубопротезування та зуболікування для ветеранів.

Для того, щоб надавати стоматологічну допомогу згідно пакету НСЗУ, існують певні вимоги до лікувальних закладів. Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців: за місцем надання медичних послуг це лікар-стоматолог та/або лікар-стоматолог дитячий, та/або лікар-стоматолог-терапевт, та/або лікар-стоматолог-хірург, та/або лікар зубний – щонайменше одна особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі. у Сестра медична – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі. Також існують певні вимоги до переліку обладнання: рентгенівський апарат та/або дентальний рентген апарат; портативний дефібрилятор з функцією синхронізації. За місцем надання медичних послуг: стоматологічна установка; у стоматологічне крісло пацієнта; набір інструментів для проведення трахеотомії; дихальний мішок; аптечка для надання невідкладної допомоги; тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку; термометр безконтактний. Обов'язковою вимогою є наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю стоматологія та/ або дитяча стоматологія. Наявність затвердженої програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаним з наданням медичної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ України.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА» СТУДЕНТАМ НЕМЕДИЧНИХ ВИШІВ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Мизгіна Т.І.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кондратюка», Полтава, Україна

Особливості поточного моменту в історії України, внаслідок якого країна опинилася у центрі перетину глобальних геополітичних інтересів, визначили для системи вітчизняної охорони здоров'я додаткові виклики з необхідністю оперативно вирішувати завдання нового формату. Локальні війни та збройні конфлікти другої половини ХХ ст. і початку нинішнього століття забрали сотні тисяч людських життів і одночасно стали потужним стимулом розвитку військово-польової медицини. Проте характер сучасної війни значно відрізняється від попередніх військових конфліктів тим, що з розвитком технічних засобів ведення війни цивільне населення отримує такі самі поранення, як і на полі бою. Тому удосконалення підготовки студентів за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» з питань екстреної невідкладної догоспітальної допомоги є актуальною проблемою.

Метою дослідження було проведення аналізу викладання навчальної дисципліни «Невідкладні стани» студентам, які навчаються за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація».

Матеріали та методи. Було вивчено та проаналізовано навчальні програми з дисципліни «Долікарська медична допомога у невідкладних станах» для студентів, які отримують вищу освіту першого (бакалаврського рівню) за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація».

Студенти медичних вишів вивчають спеціальні дисципліни, що охоплюють усі медичні аспекти надання екстреної та невідкладної допомоги різним категоріям пацієнтів та постраждалих. Окрім того, до програм майже усіх клінічних дисциплін включено розділи з надання невідкладної допомоги за профілем дисципліни: питання серцево – судинних подій, невідкладної

допомоги при ендокринних захворюваннях, неврологічній або педіатричній патології. Вивчення проводиться поглиблено, з отриманням знань щодо патогенезу ушкоджень та уражень, семіотики та механізму дії травмуючого чинника, особливостей надання допомоги на різних рівнях – долікарському, первинному, вторинному тощо. Перед студентами немедичних вишів не стоїть завдання глибокого вивчення суто медичних питань, але при наданні невідкладної допомоги знання основ життєдіяльності організму людини та анатомії є необхідним. Домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на порятунок та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на його здоров'я, що здійснюються на місці події особами, які не мають медичної освіти. Водночас слід акцентувати увагу на особливостях надання догоспітальної медичної допомоги у воєнний час, враховуючи такі принципові моменти, як переважний характер масивної крововтрати як основної причини смерті, та досягнення контролю над кровотечею, пріоритетність усунення дихальної дисфункції, правильні підходи до хірургічної обробки рани.

Також необхідно знайомити студентів немедичних вишів із положеннями Закону України від 20.04.2014 р. № 5081-17 «Про екстрену медичну допомогу» щодо єдиних кваліфікаційних вимог до медичних працівників системи екстреної медичної допомоги. Оскільки пацієнт після надання догоспітальної екстреної допомоги потрапляє до рук фахівців високого рівня, проведені до цього заходи повинні відповідати вимогам стандартів щодо надання екстреної медичної допомоги.

Слід наголосити на особливій ролі практичної підготовки у навчанні студентів вишів за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація». Значення практичних навичок для осіб, які задіяні у системі екстреної медицини, набуло нормативного характеру у наказі Міністерства охорони здоров'я України від 19.02.2013 р. № 133 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професійних працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я», яким затверджено переліки практичних навичок для спеціальностей «Лікар

медицини невідкладних станів» та «Фельдшер медицини невідкладних станів». Загально визнано, що одним із найефективніших напрямів у системі навчання як медичних працівників, так і парамедиків нині є симуляційний метод із використанням муляжів-фантомів, що імітують життєві функції та клінічно значущі для екстреної медицини анатомічні структури. Навички виконання венепункції, внутрішньосерцевих ін'єкцій, пункцій перикарда та плевральної порожнини, інтубування хворого та проведення легенево-серцевої реанімації в даний час у провідних країнах світу відпрацьовують на високотехнологічних муляжах з електронними датчиками, які дозволяють у ситуації, що максимально імітує реальну обстановку.

Висновок. Термінальні стани є найбільш складними, та найчастіше і драматичними ситуаціями в яких може опинитися як медичний працівник так і особа без спеціальної медичної освіти, що перебуває на місці події. Життя пацієнта залежатиме від рішучих та вмілих дій до яких має бути готовий кожен громадянин. Знання основ невідкладної допомоги та міжнародних рекомендацій щодо проведення реанімаційних заходів сприяють тому, що у разі екстрених ситуацій вдається полегшити стан пацієнта та врятувати його життя.

ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ ПРЕПАРАТІВ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК.

*Нємченко І.І., Кравців М.І., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б., Краснов О.Г.,
Прихідько Р.А., Рябушко Р.М.*

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Вступ. Однією із ключових проблем сучасної медицини, яка не вирішена до теперішнього часу, є проблема лікування трофічних виразок венозної етіології хоча цим питанням світова медицина займається не одну тисячу років.

За останні десятиліття, незважаючи на розвиток і досягнення сучасної медицини, відмічається тенденція до збільшення хворих з даною патологією.

Тривалий перебіг захворювання, незначну тенденцію до загоснення, розвиток ускладнень, які часто призводять до втрати працездатності і розвитку інвалідизації, яка у хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок коливається в межах від 10 до 67%, а також значні витрати на велику кількість медикаментозних препаратів, можна з впевненістю стверджувати, що лікування трофічних виразок венозної етіології є складною медико-соціальною проблемою сучасного суспільства. і, не дивлячись на багатовікову історію, не тільки не втратила свого значення, а й до нині актуальність її в сучасній медицині невпинно зростає.

Мета роботи : визначити клінічну ефективність застосування препаратів «Бетадин» та «Куриозін» в комплексному лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати лікування 47 хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок при хронічній венозній недостатності, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні №1 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави

З метою підтвердження етіології виникнення трофічних виразок всім хворим в обов'язковому порядку виконували ультразвукову доплерографію венозної системи нижніх кінцівок.

Перед початком лікування в усіх пацієнтів передувало їх ретельне клініко-лабораторне обстеження. Крім загально-клінічних та біохімічних показників крові проводили бактеріологічне дослідження вмісту трофічних виразок (кількісне і якісне) із визначенням чутливості до антибіотиків. Цитологічне і бактеріологічне дослідження проводили перед початком застосування препаратів та в процесі лікування.

Лікувальна програма будувалась за принципом етапності в залежності від стадії гнійнонекротичного виразкового процесу.

В якості оцінки критеріїв ефективності лікування враховували термін очищення виразки від гнійного вмісту, наявність процесів регенерації, як в

ділянці виразки так і навколо виразкового дефекту, появу краєвої епітелізації, швидкість загоєння виразки.

Враховуючи сучасний підхід до лікування довго незаживаючих ран м'яких тканин основним принципом якого є ведення ран в умовах вологого середовища, створюючи оптимальні умови для процесу загоєння ран. При цьому важливу роль в управлінні репаративними процесами відіграє локальний місцевий вплив на інфекцію. [4].

В місцевому лікуванні трофічних виразок під пов'язкою застосовували мазь "Бетадин". враховуючи перш за все довготривалу та значну її осмотичну активність, що забезпечує виражену санацію рани від гнійного вмісту протягом доби, а також широкий спектр антибактеріальної дії, як на основні збудники хірургічної інфекції, так і на гриби [3]. Мазь "Бетадин" використовували в місцевому лікуванні трофічних виразок під пов'язкою після ретельного промивання ранової поверхні розчином перекису водню. Пов'язку змінювали 2 рази на добу.

Результати дослідження. В результаті використання мазі чіткий регрес запального процесу спостерігали, уже на 4- 5 добу від початку лікування на що вказувало значне зменшення кількості серозно – фібринозних виділень, гіперемії шкіри, перифокального набряку та запальної інфільтрації тканин навколо виразки, а також зниження інтенсивності больових відчуттів як у ділянці виразки та навколо неї.

За результатами бактеріологічного дослідження посівів мазків із ранових поверхонь на 8 – 9 добу від початку лікування відмічено зниження мікробної забрудненості виразок нижче критичного рівня - до 10^3 мікробних тіл у 1 грамі тканини, що вказувало на виражену антимікробну активність мазі "Бетадин", тим самим позитивно впливаючи на перебіг ранового процесу.

Поява спочатку блідих а потім і яскраво рожевих грануляцій відмічали на дні виразки на 10-12 добу від початку лікування, що свідчило про перехід ранового процесу з некротичної в другу фазу – грануляційну. Що також було підтверджено результатами цитограм ранових відбитків.

Після очищення дна і країв виразки від некротичних мас і появи грануляційної тканини з метою попередження повторного інфікування та прискорення росту сполучної тканини застосовували 0,2% розчин “Куріозину”, Препарат являє собою поєднання гіалуринової кислоти яка стимулює активність гранулоцитів і макрофагів, посилює проліферацію фібробластів і ангиогенез тим самим покращує місцеву мікроциркуляцію, що призводить до активного росту грануляційної тканини, з цинком який володіє, вираженим протизапальним і бактеріостатичним ефектом. Поєднання дія цих препаратів відіграє важливу роль в посиленні репаративних процесів в рані.

Препарат наносили на виразкову поверхню після її ретельного промивання фізіологічним розчином з розрахунку 1 крапля препарату на 1см² ранової поверхні, потім на неї накладали стерильну пов'язку. Пов'язку змінювали кожен день. Два рази на тиждень проводився посів мазків із ранових поверхонь з метою бактеріологічного контролю за кількісним і якісним складом мікроорганізмів в рані.

В процесі застосування препарату перші ознаки краєвої епітелізації з'являлися вже на 14 –16 добу з моменту початку лікування, що сприяло істотному зменшенню площі трофічної виразки з поступовим її закриттям епітелієм.

Висновки. Сучасна стратегія комплексного лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозної етіології базується на етапності застосування препаратів для місцевого лікування.

Тому, застосування в комплексному лікуванні хворих з венозними трофічними виразками мазі “Бетадин”, яка має високу бактеріологічну ефективність, дає можливість скоротити термін переходу раньового процесу з ексудативної в грануляційну фазу, а використання препарату “Куриозін” сприяє більш швидкому їх загоєнню за рахунок створення оптимальних умов для активації, міграції і поділу клітин, які приймають участь в регенерації тканин, прискорюючи тим самим процес епітелізації. Нами встановлено, що комплексне послідовне застосування препаратів “Бетадин” і “Куриозін” є

ефективним при місцевому лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок венозної етіології на різних стадіях ранового процесу, сприяє прискоренню загоєння трофічних виразок, тим самим суттєво скорочує термін лікування і перебування хворих в стаціонарі.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

Пачевська А.В.¹, Васильєв М.Ю.¹, Bialosyzcka Monika Malgorzata²

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

²Warminsko-Mazurski Uniwersytet, Collegium Medicum, Olsztyn, Polska

Рівень дитячого травматизму, зокрема зубо-щелепної ділянки, досить високий. Тому варто мати базові знання щодо травми зубів і володіти принципами надання першої допомоги. Коли дитина падає на обличчя, часто буває велика кровотеча. По-перше, ми повинні визначити, чи стосується травма лише зубів. Більш серйозні травми потребують надання допомоги в пунктах невідкладної допомоги, де дитину оглянуть суміжні спеціалісти. Якщо дитина втрачала свідомість, в неї була блювота або кровотечу не вдається зупинити, необхідно негайно звернутися до травмпункту. У ситуації, коли маємо справу лише з травмою зубів або навколишніх м'яких тканин, необхідна допомога дитячого стоматолога. У дитини вибитий зуб. У маленьких дітей падіння часто призводить до пошкодження зубів. Може статися так, що в таких ситуаціях явного пошкодження емалі немає. Зуби можуть бути зафіксовані вглиб у ясна. Іноді вони взагалі не рухаються, але можна помітити кровотечу з ясен, що оточують зуб. Найчастіше зуби все ж таки будуть розхитані, в залежності від серйозності травми. Тоді потрібна термінова консультація дитячого стоматолога. Рішення про подальше лікування приймається в стоматологічному кабінеті. Найчастіше необхідно зробити рентген, щоб перевірити стан коренів зубів і кісток, які їх оточують. Іноді, навіть якщо зуб не здається зламаним, під яснами виявляється тріщина. Просто спостерігаючи за травмою, без рентгена, важко визначитись, наскільки вона серйозна. Іноді достатньо огляду, рентген-контролю, особливо якщо травмовані зуби загоюються добре. Але буває так,

що зуб вдарився настільки сильно, що його внутрішня структура була пошкоджена, чого не видно ні при звичайному огляді, ні на рентгенівському знімку. Можна назвати це своєрідним «струсом» зубів. Зазвичай про таку проблему стає відомо лише через кілька тижнів або навіть місяців. Такий зуб змінює колір на жовтувато-сірий. Колір може змінитися, але зазвичай це не є ознакою серйозних проблем. Якщо ж травма спричинила проблеми з кровопостачанням або пошкодження нерва, з часом нерв може повністю відмерти. Тоді часто відбувається бактеріальне зараження і на яснах біля зуба з'являється абсцес. Як бачимо, наслідки механічних пошкоджень зубів можуть бути досить серйозними, тому так важливо після кожного такого нещасного випадку звертатися до дитячого стоматолога. Наслідком травми може бути також надколотий зуб. Якщо зуб відколовся, то потрібно знайти відсутню частину та помістити її в поліетиленовий пакет. Захищений таким чином елемент зуба потрібно взяти з собою в кабінет до стоматолога. Якщо травма була настільки сильною, що оголений нерв всередині зуба (можна побачити червону крапку всередині коронки), то потрібно поспішати з лікуванням. В кабінеті необхідно зробити рентген, щоб виключити пошкодження кореня зуба та інших тканин. У малюків часто зустрічаються надколоті зуби. Особливо схильні до травм діти, які тільки вчаться ходити. Не всі пошкодження серйозні, особливо якщо немає ознак більш серйозної травми, але в кожному випадку варто проконсультуватися з дитячим стоматологом, щоб уникнути зайвих хвилювань. Якщо дитина під час гри повністю вибиває постійний зуб, потрібно діяти швидко. Спочатку потрібно знайти відсутній зуб і підняти його за коронку – ту частину, яку видно в роті. Треба бути обережним, щоб не зачепити корінь. Потім потрібно акуратно промити зуб, але ні в якому разі не чистити його. Якщо дитина старшого віку, відсутній зуб негайно поміщається назад в лунку, дитині дається трохи марлі або серветок, щоб вона прикусила вибитий зуб у лунці. Після такої підготовки дитину якнайшвидше доставляють до стоматолога. Якщо неможливо поставити зуб на місце, потрібно попросити дитину просто взяти його в рот і притулити до своєї щоки. Таким чином корінь

зуба буде чистим і зволженим. У випадку з маленькими дітьми це може бути надто важко – тоді зуб кладеться у молоко, поки дитина не потрапить до дитячого стоматолога. У немовлят неможна намагатися помістити вибитий зуб назад у лунку. Це може пошкодити зуб, що росте під ним. В таких випадках просто необхідно якнайшвидше звернутися до стоматолога, щоб перевірити, чи не було пошкодження сусідніх зубів і кісток. Потрібно пам'ятати, що травми ротової порожнини часто супроводжуються втратою великої кількості крові. Але не варто панікувати – травми зубів часто не такі страшні, як здаються на перший погляд.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ: РОЛЬ ЛІКАРЯ – СТОМАТОЛОГА, ЯК ВАЖЛИВОЇ СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ

Перлова А.В, Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Васильчук О.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,

Вінниця, Україна

Вступ. Відповідно до Закону України "Про екстрену медичну допомогу" (2017 року), екстрена медична допомога визначається як невідкладна медична допомога, що надається особам, які потребують термінової медичної допомоги внаслідок травм, раптових захворювань, загрозливих для життя чи здоров'я станів. Закон вказує, що екстрена медична допомога є обов'язковою і має бути надана без зволікань незалежно від наявності або відсутності медичного страхування у пацієнта. Важливим аспектом є залучення різних фахівців, зокрема стоматологів, до надання екстреної медичної допомоги. В умовах військового стану в Україні значно зросла кількість поранених, зокрема з травмами щелепно-лицьової ділянки. Пошкодження магістральних судин голови та шиї створює значні труднощі у зупинці кровотечі через анатомічні особливості цієї зони. Тому лікар-стоматолог є надзвичайно важливим фахівцем на полі бою, і його навички надання екстреної допомоги повинні бути на високому рівні.

Метою нашої роботи було з'ясувати роль лікаря-стоматолога в екстрених ситуаціях та визначити його правові повноваження.

Матеріали та методи: аналіз літературних джерел та правових статей закону України.

На сьогоднішній день права та обов'язки екстрених медичних служб включають: оперативне надання допомоги, забезпечення безпеки медичного персоналу під час виконання своїх обов'язків, відповідальність за надання якісної та своєчасної допомоги. На жаль війна, внесла додаткові пункти до поняття «екстрена допомога», і лікарі-стоматологи стали невід'ємною складовою в її реалізації. Однією з найбільш поширених травм, що виникають у військових під час бойових дій, є пошкодження щелеп, зубів та м'яких тканин обличчя. Це може статися через прямі удари, вибухи, уламки снарядів чи інші бойові фактори. Травми щелепно-лицьової ділянки можуть бути не тільки фізично болісними, але й призвести до серйозних ускладнень, таких як ускладнення дихання, порушення ковтання або кровотечі, які потребують негайного медичного втручання. У таких випадках лікар-стоматолог може зіграти ключову роль у першочерговому лікуванні:

- **Зупинка кровотечі:** стоматологи мають досвід у зупинці кровотечі, особливо коли мова йде про кровоносні судини обличчя та ший.
- **Невідкладна хірургічна допомога:** у разі переломів щелепи або інших тяжких травм, стоматолог може виконувати операції, спрямовані на стабілізацію стану постраждалого.
- **Відновлення функцій:** у разі пошкодження зубів чи щелепи лікар-стоматолог проводить хірургічні втручання для мінімізації наслідків травми, що впливає на здатність пацієнта дихати, ковтати та говорити.

Лікар-стоматолог також може стати частиною медичної команди, яка працює на полі бою, допомагаючи лікарям загальної практики і хірургам забезпечити своєчасну допомогу та безпеку. Важливою складовою роботи стоматолога є не лише фізична допомога, а й психологічна підтримка поранених, адже травми обличчя часто супроводжуються психоемоційним

стресом у пацієнтів. У контексті бойових дій стоматолог може: займатися оцінкою та лікуванням поранених на місці, допомагаючи швидко стабілізувати їхній стан до транспортування до медичних установ, взаємодіяти з іншими медичними спеціалістами, такими як хірурги, реаніматологи та травматологи, для надання комплексної допомоги. Щоб забезпечити ефективну участь стоматологів у наданні екстреної медичної допомоги на полі бою, необхідне спеціалізоване навчання та підготовка. Це включає освоєння навичок надання екстреної допомоги, базових хірургічних процедур і стабілізації пацієнтів в умовах бойових дій.

Зокрема, стоматологи повинні бути здатні:

- Оцінювати важкість травм і швидко приймати рішення щодо подальших дій.
- Володіти методами знеболення, накладання швів та іншими медичним маніпуляціями для мінімізації пошкоджень.
- Вміти ефективно співпрацювати в команді медичних працівників, щоб швидко та якісно допомогти постраждалим.

Висновки:

1. Сучасна система охорони здоров'я України потребує подальшої інтеграції стоматологів у сферу екстреної медичної допомоги для забезпечення ефективного лікування пацієнтів у критичних ситуаціях.
2. Правові аспекти надання екстреної медичної допомоги повинні забезпечувати чітке регулювання діяльності медичних працівників, включаючи стоматологів, для оптимального надання допомоги.
3. Роль лікаря стоматолога є важливою не лише в контексті лікування зубів, але й у загальному наданні першої медичної допомоги в критичних ситуаціях, зокрема при травмах обличчя, щелепи та зубів.
4. Лікарі-стоматологи повинні мати відповідну кваліфікацію та навички для надання екстреної допомоги.

ЕКСТРЕННИЙ МЕТОД ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ ПОСТІЙНОГО ЗУБА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ. ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Мосієнко А.С., Максименко А.І.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

Актуальність. За останні роки травми твердих тканин зубів зустрічаються досить часто. За спостереженнями вітчизняних науковців частота спортивної травми становить - 39,7%, побутової - 36,5% випадків. Травма зубів у хлопців зустрічається в 1,5 рази частіше, ніж у дівчат. Найчастіше травми спостерігається у дітей, що мають аномалії прикусу (прогнатичний, відкритий).

Мета нашого дослідження є ознайомити лікарів-стоматологів із одним з методів лікування травми твердих тканин постійних зубів у дітей.

Матеріали та методи. Під час стоматологічного прийому при зверненні батьків дітей із травмами зубів є певний алгоритм дій стоматолога-дитячого. Спочатку лікар проводить оцінку загального стану хворого після травми для можливості проведення невідкладної стоматологічної допомоги. В подальшому проводять діагностику травми зубів та надають кваліфіковану стоматологічну допомогу. Після надання допомоги потрібно чітко оформити медичну документацію, провести реєстрацію даних анамнезу, обстеження та характеру проведених лікувальних заходів.

Під час оцінки загального стану хворого необхідно з'ясувати чи немає пошкодження головного мозку в результаті травми. Основними ознаками струсу головного мозку є втрата свідомості або амнезія, сонливість, блювання, сильний головний біль.

Під час проведення діагностики травми зубів проводять збір анамнезу отримання травми. Після збору анамнезу проводять клінічні методи дослідження: огляд, пальпація, перкусія, термодіагностика, контроль оклюзії. А також можуть використовуватися додаткові методи дослідження для постановки діагнозу такі як електроодонтодіагностика та рентгенологічне дослідження.

Клінічний випадок: в анамнезі дівчинка 6 років отримала травму на дитячому майданчику від удару гойдалки по фронтальній ділянці верхньої щелепи.

Відразу після травми дитина скаржилася на біль верхньої губи та незначну кровотечу із порожнини рота.

Після отриманої травми батьки промили рот водою та помітили відкол частини коронки зуба постійного центрального різця. Батьки віднайшли відколоту частину зуба, промили її, поклали в поліетиленовий кульок та протягом 4 годин звернулися до стоматологічної клініки.

Під час стоматологічного прийому дівчинка мала скарги на короткочасний біль у зубі від термічних подразників, головний біль, а батьки поскаржилися відкол коронки зуба, підвищення температури тіла до 37,2°C та капризність дитини.

При об'єктивному огляді ми визначили ступінь пошкодження: були пошкодження навколишніх тканин на шкірі верхньої губи, наявний перелом коронки зуба на $\frac{1}{2}$ довжини в межах емалі та дентину, а зміна кольору зуба відсутня. При пальпації патологічна рухливість зуба не визначається, а тканини, що оточують зуб, не пошкоджені. При огляді верхньої щелепи зміщення зуба відсутнє, перелом альвеоли відсутній, порушення оклюзії не відмічається. Під час проведення термодіагностики дитина відмічає короткочасний біль, зондування місця відколу емалі чутливе, сполучення з порожниною зуба відсутнє. При проведенні вертикальної і горизонтальної перкусії (обережно) причинного зуба та зубів поруч дещо болісна.

Для постановки кінцевого діагнозу було проведено електроодонтодіагностику та отримали знижене значення. Рентгенологічне дослідження не проводилося через відсутність контакту із дитиною. Дані методи дослідження не є інформативними через несформованість кореня в довжину у дітей у даний віковий період.

Результати та їх обговорення. За проведеним дослідженням поставили діагноз відповідно за класифікацією травм постійних зубів у дітей (ВООЗ):

Клас II. Неускладнений перелом коронки, 1 тип - травма зубів з незакінченим ростом кореня зуба.

Після постановки кінцевого діагнозу було проведене лікування. Лікування було розпочато із щадного очищення поверхні зуба, який залишився у порожнині рота, та відламку, який привезли батьки, професійною пастою для проведення гігієни порожнини рота та було проведено медикаментозну обробку. На місце перелому в ділянці рогу пульпи точково було накладено кальцієвмісну прокладку. Наступним етапом лікування було фіксація відламка зуба до культі коронки зуба самопротравлюючим подвійного затвердіння цементом. В подальшому провели контроль оклюзії в прикусі, шліфування та полірування поверхонь зуба місця фіксації культі зуба.

Батькам разом із дитиною були надані рекомендації: після фіксації відламку не вживати їжу та напої протягом 2 годин; щадна дієта (виключається груба їжа); диспансерне спостереження через 2, 4 тижні, 1, 2, 3, 6 міс. (в разі з несформованим коренем зуба - до повного формування кореня); при появі болю, рухливості, зміні кольору зуба необхідно звернутися до стоматолога щоб провести ендодонтичне лікування (ампутація або екстирпація) пульпи в залежності від ступеня сформованості кореня. Після отриманої травми нами рекомендована консультація у педіатра та невропатолога.

Висновок. Актуальними є подальші поглиблені дослідження для розробки діагностичних алгоритмів і стратегії лікування травм постійних зубів у дітей.

Ключові слова: діти, травма зуба, лікування, стоматологічна допомога.

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВИХ ТА МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ

Рак Т.І., Коршенко В.О., Матвієнко Т.М., Тимошенко В.М.,

Приліпка К.О., Коваленко Т.І., Романюк М.В.

Полтавський державний медичний університет

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - психічний розлад, який виникає на фоні пережитих ряду подій або психотравмуючих факторів.

На сьогодні посттравматичний стресовий розлад діагностують не лише хто брав участь в бойових діях, а й у звичайного населення, які активно реагують на сьогоднішні певні події війни в своєму місті.

Чинниками ризику розвитку ПТСР також є:

- війни та збройні конфлікти (полон, катування, масований і кучний обстріл ворогом, оточення тощо),
- спостереження за подією чиєїсь насильницької смерті,
- важкі нещасні випадки (наприклад, автокатастрофа),
- фізичне або сексуальне насильство (особливо в дитинстві),
- серйозні питання зі здоров'ям чи перебування у реанімації,
- складні пологи,
- наявність захворювання, котре загрожує життю,
- терористичні атаки,
- природні або техногенні катастрофи (наприклад, цунамі чи пожежі).

Серед психологів, які проводять реабілітацію у військових з'являються такі діагнози: «військовий невроз», «слабкість солдата» та «бойове стомлення».

Біля 80 % військових, та 20 % осіб, які були в зоні бойових дій мають на сьогодні ПТСР, де жінки порівняно з чоловіками вдвічі схильніші до цих проявів.

Посттравматичний стресовий розлад не є наслідком підвищеної психічної неврівноваженості або проявом психічного захворювання — навіть у психічно здорових і впевнених людей може розвинутися ПТСР.

Оцінюючи характеристику випадків звернень до КУ «Полтавський обласний центр екстреної допомоги та медицини катастроф» за минулі роки до початку повномасштабної війни і звернень які були зафіксовані з 2022 по 2024 роки, порівнюючи кількість випадків і питому вагу, можна зробити висновок: кількість випадків в період війни різко зростає.

Кількість виїздів до хворих з гострими реакціями на стрес

Рік	Всього викликів	Гостра реакція на стрес	Питома вага, %
2018	300677	2420	0,80
2019	267101	3524	1,32
2020	238229	3189	1,34
2021	263323	3600	1,37
2022	228723	3354	1,47
2023	242498	3786	1,56
8 міс. 2024	193553	2591	1,34

Безумовно всім, хто пережив сильне потрясіння, гіркоту втрат, стрес і тривале перенапруження потрібна певна допомога.

До шляхів подолання посттравматичного стресового розладу серед мирного населення є: допоміжна взаємна бесіда (психотерапія) і медикаментозне лікування. Також допомагають вітаміни групи В, С і D, які сприяють нормалізації сну і зниженню збудливості нервової системи.

За даними на 2016 рік, найбільш дієвими способами допомоги під час ПТСР, є два психотерапевтичні методи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ, Cognitive behavioral therapy) і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей (EMDR). Ці два способи рекомендовані сучасними протоколами допомоги при ПТСР.

На 2023 рік рекомендується 3 перевірені та доведені протоколи як першу лінію лікування ПТСР: Терапія Когнітивної Обробки (Cognitive Processing Therapy, CPT), Пролонгована Експозиція (Prolonged Exposure Therapy, PE) та Десенсибілізація та Репроцесуалізація (опрацювання) Рухом Очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR). Психологічні заходи, які запобігають розвитку ПТСР, включають базові підходи:

1. Інтервенції психологічного дебрифінгу – уважне слухання опису суб'єктивних переживань військовослужбовців під час травматичних подій, включно з описом критичного стресу і кризового керування стресом.
2. Психологічна невідкладна допомога.
3. Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія.
4. Покращення навичок керування стресом.
5. Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR).
6. Психосвіта.
7. Фізичні вправи, рухливий спосіб життя, йога, керована уява.

На думку експертів, працювати з воїнами та мирним населенням слід не лише в кабінеті, а й під час активного відпочинку. Тут необхідно забезпечити адаптацію військових та постраждалих осіб, внаслідок військових подій до певних звичок, правил поведінки, що існували раніше, без конфліктів і напруги. У ході такого відпочинку спілкування буде ефективніше й корисніше.

РОЗВИТОК ТА ЗМІНИ У ПОЛЬОВІЙ МЕДИЦИНІ ТА ХІРУРГІЇ НА ТЛІ УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКОЇ ВІЙНИ

Саленко Б. О.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»,
Полтава, Україна

Вступ. З початком повномасштабної агресії Російської Федерації проти України у 2022 році польова медицина зазнала значних змін та вдосконалень. Війна стала каталізатором розвитку нових методів надання екстреної медичної

допомоги, впровадження сучасних технологій та покращення організації медичної евакуації. Важливими аспектами стали оптимізація логістики медичних підрозділів, розширення підготовки медичних працівників та впровадження міжнародних стандартів надання першої домедичної та медичної допомоги.

Причини розвитку польової медицини Головними факторами, що сприяли розвитку польової медицини та хірургії, стали:

- Висока інтенсивність бойових дій та значна кількість поранених, що потребували невідкладної допомоги;
- Необхідність швидкого реагування на травми різної тяжкості, зокрема мінно-вибухові поранення, осколкові та кульові ураження;
- Використання противником заборонених видів озброєнь, що спричиняють складні комбіновані поранення (касетні боєприпаси, хімічна зброя, засоби масового ураження);
- Логістичні труднощі евакуації поранених через віддаленість від тилових госпіталів;
- Психологічний фактор, що вимагає інтеграції програм реабілітації та підтримки військовослужбовців після поранень, посттравматичний синдром.

Порівняння з іншими військовими конфліктами Польова медицина в сучасній війні в Україні значно перевершує медичне забезпечення в попередніх збройних конфліктах завдяки технологічним інноваціям та міжнародній підтримці. Досвід війни в Афганістані та Іраку, наприклад, показав важливість швидкої евакуації та використання сучасних засобів зупинки кровотечі. Проте в Україні медична система адаптувалася до умов високої інтенсивності бойових дій та масового використання артилерії та інших засобів ураження, що потребувало розширення стабілізаційних пунктів і створення мобільних шпиталів у безпосередній близькості до лінії фронту.

Також, порівняно з Сирією, де медична допомога часто надавалася в умовах руйнування медичної інфраструктури, в Україні запроваджено

ефективні логістичні рішення для транспортування поранених, зокрема використання дронів для доставки медикаментів та евакуації важкопоранених.

Розвиток тактичної медицини Війна продемонструвала важливість швидкої та якісної медичної допомоги безпосередньо на полі бою. Впровадження протоколів тактичної бойової допомоги пораненим (TCCC – Tactical Combat Casualty Care) дозволило значно знизити рівень смертності серед поранених бійців.

Основними нововведеннями стали:

- Використання сучасних кровоспинних засобів (турнікети, гемостатичні бинти, зокрема каолінові та хітозанові агенти);
- Масове навчання особового складу основам тактичної медицини та розширення медичних навчальних програм;
- Стандартизація аптечок для військовослужбовців, адаптація їх під специфічні бойові умови;
- Впровадження алгоритму MARCH (Massive Hemorrhage, Airway, Respiration, Circulation, Hypothermia/Head Injury) як основного стандарту надання допомоги.

Розвинулася евакуація та мобільні шпиталі. Організація евакуації поранених набула критичного значення. Використання броньованих евакуаційних машин, розширення мережі стабілізаційних пунктів та мобільних шпиталів дозволили знизити час від моменту поранення до отримання кваліфікованої допомоги. Зокрема, зросла роль дрової евакуації, що включає використання безпілотних мобільних апаратів для транспортування важкопоранених з поля бою.

Додатково, важливим аспектом стало вдосконалення системи рівнів евакуації:

- Первинна евакуація (з поля бою до стабілізаційного пункту);
- Вторинна евакуація (з стабілізаційного пункту до мобільного шпиталю);
- Третинна евакуація (з мобільного шпиталю до стаціонарного госпіталю за межами бойових дій).

Особливу увагу привертають перспективи розвитку польової медицини Подальший розвиток військової медицини передбачає впровадження передових технологій та вдосконалення організаційних підходів. До ключових напрямків належать:

- **Автоматизація та використання штучного інтелекту** – впровадження алгоритмів AI для діагностики стану поранених та визначення оптимальної тактики лікування;
- **Розширення можливостей телемедицини** – створення віддалених медичних консультацій для надання оперативної допомоги в складних польових умовах;
- **Нові технології зупинки кровотечі** – розвиток біоінженерних матеріалів для швидкого загоєння ран, включаючи саморозсмоктувані гемостатичні гелі;
- **Вдосконалення дрової евакуації** – використання безпілотних апаратів для швидкого транспортування медикаментів та поранених;
- **Інтеграція роботизованої хірургії** – застосування дистанційно керованих хірургічних платформ для проведення операцій у фронтових умовах;
- **Розвиток регенеративної медицини** – використання тканинної інженерії та біодруку для відновлення пошкоджених органів і тканин у поранених військових.

Висновки Українсько-російська війна суттєво вплинула на розвиток польової медицини та хірургії. Військові медики та науковці продовжують впроваджувати інноваційні методи лікування, що дозволяє зменшити рівень летальності та покращити якість життя поранених. Отримані знання та досвід не лише рятують життя на фронті, а й мають потенціал для подальшого використання в цивільній медицині.

Подальші дослідження та розвиток технологій у цій сфері сприятимуть удосконаленню медичних стандартів як у військовій, так і в цивільній медицині, забезпечуючи вищу якість допомоги та ефективність лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЯТРОГЕННИХ РОЗРІЗІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ ПРИ ПЛАНОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ

Ставицький С.О.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Розріз шкіри – це початок будь-якого оперативного втручання. У минулому канони загальної хірургії висвітлювали свої вимоги до хірургічного розрізу. Так, за твердженням більшості науковців та практичних лікарів хірургічний розріз повинен мати достатні розміри для оголення патологічного вогнища. На сучасному етапі, враховуючи розвиток естетичної хірургії голови та шиї при проведенні оперативного втручання необхідно враховувати велику кількість факторів, що направлені на отримання естетичного (нормотрофічного) рубця та зменшення періоду післяопераційної, фізіологічної реабілітації.

У наслідок будь-якого хірургічного втручання з розтином тканин, утворюється рубець. Рубець вважається наслідком процесу регенерації покривних тканин, даний процес регулюється множинними чинниками, що впливають на організацію рубцевозмінених тканин.

Мета. Провести ретроспективний аналіз ятрогенних розрізів шкіри голови та шиї в порівняльному аспекті.

Матеріали та методи. При виконанні даного спостереження були відібрані 78 пацієнтів, котрим було проведено розрізи шкіри в різноманітних топографоанатомічних ділянках голови та шиї. Для наукового обґрунтування проведеної роботи проводилися клінічні, морфологічні та біохімічні методи дослідження.

Результати дослідження. Велика кількість фундаментальних наукових джерел із проблем естетичної хірургії висвітлюють питання щодо вибору розрізів при виконанні планових хірургічних маніпуляцій на тканинах голови та шиї. Після проведення ретельного моніторингу періодичних та базових літературних видань нами було визначені основні критерії, що необхідно

враховувати на етапах планування розтину покривних тканин голови та шиї. Натепер відсутня систематизація та обґрунтування цих показників.

При виборі лінії розрізу завжди необхідно враховувати напрямок нервових волокон та судин. Фізіологічний розріз не повинен лишати тканин нейроваскуляризації. Відомо, що гіповаскуляризація та як наслідок гіпоксія впливає на загоєння післяопераційної рани.

Також необхідно враховувати направлення м'язових рухів та виконувати розріз перпендикулярно до їх рухів. Оптимальним направленням розрізу на шкірі губ повинні бути розтини шкіри перпендикулярно ротової щілини або на межі червоної облямівки або паралельно до неї.

Лінії розрізів на повіках повинні біти розміщені паралельно очної щілини. За умов необхідності продовження розрізу за межами верхньої повіки його виконують догори. При продовженні розрізу від нижньої повіки лінія продовжується донизу під кутом 60-83°. Хірургічні розрізи шкіри в лобній ділянці звичайно виконують поперечно, за вектором зморшок. На бокових ділянках обличчя та шиї – паралельно краю волосяної частини голови, за кутом нижньої щелепи, в основі вушної раковини.

Всі вищеперераховані лінії розрізів у залежності від локалізації патологічного процесу не враховують велику кількість факторів, що впливають на загоєння тканин та майбутню естетику.

Профілактика утворення косметичних пошкоджень та розвитку функціональних розладів, обумовлених невідповідним розміщенням рубцевозмінених тканин, зменшенням періоду реабілітації та ліжко-днів є обґрунтоване та виважене проведення хірургічного розрізу.

Висновки. Саме тому кожен хірург на етапах планування оперативного втручання повинен зважати на функціональні та косметичні аспекти. Враховувати це необхідно навіть в тих випадках коли оперативне втручання та планування до нього потребує більше часу ніж зазвичай.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ СЕПТИЧНОГО ШОКУ У ДІТЕЙ

Тафічук Т. Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

Вступ. Септичний шок є однією з провідних причин летальності у дітей у відділеннях інтенсивної терапії. Незважаючи на значний прогрес у розумінні патофізіології сепсису, оптимальні стратегії інфузійної терапії залишаються дискусійними. Надмірна або недостатня інфузійна терапія може призводити до погіршення перфузії органів, розвитку набряку легень, дисфункції міокарда та інших ускладнень. Останні дослідження пропонують індивідуалізовані стратегії інфузійної терапії, що враховують патофізіологічні особливості септичного шоку у дітей. Вивчення сучасних підходів до інфузійної терапії у дітей із септичним шоком є важливим для підвищення ефективності лікування та зниження рівня летальності.

Мета роботи. Дослідити та проаналізувати сучасні підходи до інфузійної терапії септичного шоку у дітей, визначити оптимальні методи рідинної ресусцитації та їх вплив на результати лікування.

Матеріали та методи дослідження. Використано бібліосемантичний метод. Проведено контент-аналіз сучасної наукової літератури на платформах Scopus, PubMed, Google Scholar відносно питань вивчення сучасних підходів до інфузійної терапії септичного шоку у дітей.

Результати дослідження. Сепсис і септичний шок - це загрозливі для життя стани, спричинені неконтрольованою імунною відповіддю на інфекцію, що може призвести до ураження тканин і органів, а в тяжких випадках - до летального наслідку. Септичний шок у дітей визначається як тяжка інфекція, що призводить до серцево-судинної дисфункції, зокрема артеріальної гіпотензії, необхідності застосування вазоактивних препаратів або порушення перфузії, та поліорганної недостатності.

У світі сепсис є складним клінічним явищем, яке варіюється залежно від супутніх захворювань пацієнтів, причин інфекцій та рівня доступу до медичної

допомоги. Він також залежить від кваліфікації медичних працівників, можливостей моніторингу та наявності ресурсів у різних регіонах, що робить застосування єдиного лікувального підходу неефективним і невірним. Підхід до рідинної ресусцитації є спірним, особливо в умовах обмежених ресурсів у країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де важливими коморбідними станами є недоїдання та тяжка анемія, а підтримка дихання є обмеженою. Занадто мала кількість рідини може призвести до недостатньої реанімації та серцево-судинного колапсу, в той час як занадто велика — до перевантаження рідиною та серцево-легеневої недостатності. Перевантаження рідиною пов'язане з підвищеною смертністю навіть у країнах з високим рівнем доходу, де є сучасні інтенсивні терапевтичні послуги, і може стати вирішальним фактором у разі відсутності підтримки дихання.

У дослідженні FEAST, яке є найбільшим багатонаціональним рандомізованим контрольованим випробуванням, що вивчає педіатричні результати при рідинній реанімації в умовах тяжкої гарячки з і без гемодинамічних порушень в Африці, спостерігалася значно вища смертність у групах, що отримували болюси нормального фізіологічного розчину або альбуміну, порівняно з контрольними групами (вливання рідин для підтримки без болюсів). Однак у дослідженні FEAST була значна кількість дітей з малярією (57%) та тяжкою анемією (32%), і дуже мало дітей із септичним шоком, при цьому були виключені діти з тяжким недоїданням та діареєю дегідратацією. Тому це дослідження не є остаточним словом щодо порівняння болюсів та безболюсної реанімації, але вказує на те, що обережний підхід є розумним у певних клінічних умовах, коли послуги інтенсивної терапії недоступні.

Поточні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо септичного шоку демонструють обережний підхід, рекомендуючи 10-20 мл/кг ізотонічних рідин протягом 30-60 хвилин, з подальшою переоцінкою та, якщо пацієнт залишатиметься в шоці, повторним болюсом 10 мл/кг за 30 хвилин. Ці рекомендації ґрунтуються на даних низької якості і умовно залежать від

місцевого контексту, який включає врахування етіології сепсису, коморбідних станів пацієнта, зокрема тяжкої анемії та недоїдання, можливостей медичних працівників, їх компетентності та знань, доступності як інвазивного, так і неінвазивного моніторингу, а також доступу до підтримки, включаючи кисневу терапію, переливання крові, інотропну підтримку та механічну вентиляцію.

Швидкість введення рідин під час реанімації не є предметом детального дослідження, а сучасна практика ґрунтується на рекомендаціях Американського коледжу медицини інтенсивної терапії, заснованими на думці експертів, які рекомендують вводити рідини в болюсах по 20 мл/кг якомога швидше, з подальшою перевіркою на наявність ознак покращення або перевантаження судин після кожного болюсу. Однак практичні труднощі швидких інфузій і ризик "перевищення" обсягу рідини, що може призвести до серцево-легеневої недостатності в країнах з обмеженими ресурсами, є реальними причинами занепокоєння щодо цього підходу.

Санкар та ін. в рандомізованому контрольованому дослідженні вивчали ефект швидкого (5–10 хвилин) і контрольованого (15–20 хвилин) введення 20 мл/кг рідини в болюсах на комбінований результат потреби в механічній вентиляції та/або порушеному насиченні киснем (визначеному через збільшення індексу оксигенації в осіб, які вже знаходяться на ШВЛ). Автори зробили висновок, що порівняно з болюсами, введеними протягом 15–20 хвилин, діти, які отримали рідину протягом 5–10 хвилин, мали вищий ризик інтубації та механічної вентиляції (43% проти 68%), значно вищі показники інтубації через перевантаження рідиною (22% проти 50%), а також вищий відсоток перевантаження рідиною через 24 години (3% проти 4,5%). Цікаво, що терапевтичні кінцеві точки були досягнуті за подібний період часу, і не було різниці у смертності між групами.

Висновки. Проведений аналіз наукових джерел дозволяє встановити, що сучасні підходи до інфузійної терапії септичного шоку у дітей вимагають комплексного підходу, що включає індивідуальне коригування обсягу та швидкості введення рідин з урахуванням стадії шоку, гемодинамічних

показників та супутніх захворювань. Використання міжнародних рекомендацій та актуальних досліджень дозволяє досягти значного покращення результатів лікування, знижуючи ризик розвитку ускладнень та летальність. Проте потреба у подальших наукових розробках та адаптації протоколів до конкретних умов клінічної практики залишається актуальною для підвищення ефективності терапії септичного шоку у дітей.

УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Хатту В.В.¹, Іваницька О.С.¹, Мокан О.І.², Буханченко О.П.¹, Бойко І.В.¹

¹Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

²Стоматологічний кабінет «Градент», м.Суми

Актуальність: У зв'язку зі значним прогресом у розвитку профілактичної та консервативної стоматології відсоток проведених операцій видалення зуба у всьому світі кожного року знижується. Однак, незважаючи на те, що сучасна стоматологія зосереджена на збереженні зубного ряду, ця операція все ще залишається найчастішим оперативним втручанням, що проводиться в оральній хірургії. Проблема виникнення альвеоліту після операції видалення зуба пов'язана з його великою поширеністю (від 3 до 40 % від усіх постекстракційних ускладнень) та недостатньо ефективними методами його профілактики та лікування. Клініцисти повинні усвідомлювати складність та багатофакторність етіології альвеоліту, а також існуючих концепцій профілактики та лікування альвеоліту.

Мета дослідження: аналіз післяекстракційних ускладнень та причин їх розвитку.

Матеріали та методи: Дослідження проводилося на базі відділення лікувально-хірургічної стоматології з підрозділом екстреної та невідкладної стоматологічної допомоги КП «Полтавський обласний центр стоматології – Полтавська обласна клінічна стоматологічна поліклініка» Полтавської обласної ради». Був проведений аналіз амбулаторних карток пацієнтів за 2024 рік.

Також проводився аналіз історій хвороб пацієнтів відділення щелепно-лицевої хірургії КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» Полтавської обласної ради за 2024 рік

Результати дослідження. При проведенні аналізу амбулаторних карток встановлено, що за показаннями до видалення зуба звернулося 21550 пацієнтів, віком від 18 до 93 років. Переважна більшість зубів була видалена з приводу ускладнень каріозного походження (69,5 %), локалізованого пародонтиту (25,8 %), ортодонтичними показаннями (3,2 %), інше (1,5 %). Не було встановлено суттєвих відмінностей відносно гендерної приналежності пацієнтів. Також нами не встановлено залежності частоти видалення зубів від пори року та інших сезонних відмінностей. Встановлено, що переважна більшість ускладнень носила локальний характер. Найчастіше відмічали наявність гострого гнійного альвеоліту (217 пацієнтів, 1,1 %), лікування якого проводилося амбулаторно та в середньому тривало $3,8 \pm 1,4$ дні. Слід відмітити, що не всі ускладнення потребували лише амбулаторного лікування. За 2024 рік 19 пацієнта, яким проводилося видалення зуба були шпиталізовані у відділення щелепно-лицевої хірургії КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського» Полтавської обласної ради. Серед цих пацієнтів у 3 осіб встановлено діагноз перфоративного гаймориту, їм була проведена операція гайморотомія під загальним знеболенням. У 5 осіб відмічали проштовхування зуба чи його кореня у м'які навколишні тканини, таким пацієнтам після проведення рентгенологічного обстеження завершували операцію видалення зуба під місцевим знеболенням за умов проведення додаткових розрізів м'яких тканин порожнини рота в залежності від локалізації зуба, що підлягає видаленню. У переважному випадку такими ускладненнями супроводжувалося видалення нижніх молярів. Ще одним серйозним ускладненням операції видалення зуба був розвиток одонтогенних абсцесів (3 пацієнта) та флегмон (7 пацієнтів) щелепно-лицевої локалізації. Слід зазначити, що переважно дане ускладнення мало місце за умов атипичного видалення зубів на нижній щелепі. У середньому такі пацієнти перебували на

лікуванні у відділенні щелепно-лицевої хірургії від 5 до 9 діб. Серед пацієнтів із даним типом ускладнень відмічали переважне ураження клітковинних просторів, які оточують нижню щелепи (7 пацієнтів) на про-тивагу від ураження клітковинних просторів навколо верхньої щелепи (1 пацієнт). 5 пацієнтів, які поступили у відділення щелепно-лицевої хірургії мали незавершене видалення зуба внаслідок такого локального ускладнення, як перелом кореня зуба. Кількість пацієнтів із даним типом ускладнення, яке було усунено на етапі амбулаторного лікування, не була встановлена. При проведенні аналізу також відмічали наявність віддалених ускладнень операції видалення зуба, таких як розвиток локального хронічного остеомієліту нижньої щелепи, переважна більшість таких пацієнтів отримувала амбулаторне лікування, проте троє з них були шпиталізовані у відділення щелепнолицевої хірургії, де отримували комплексну хірургічну допомогу. Дане ускладнення має значну небезпеку для можливостей подальшої стоматологічної реабілітації пацієнтів, що обумовлено порушенням процесів репаративного остеогенезу, більшою втратою кісткової тканини та, як результат, відтермінуванням або унеможливленням проведення хірургічного етапу дентальної імплантації, якщо цей тип лікування планувався. При подальшому аналізі відмічали, що найчастіше розвиток вищевказаних ускладнень мав місце у пацієнтів, які несвоєчасно зверталися за хірургічною стоматологічною допомогою, а також серед тих, які не дотримувалися рекомендацій лікаря-стоматолога по догляду за лункою видаленого зуба, заміщуючи їх самолікуванням, а саме активним полосканням порожнини рота, використання спиртово-оцтових компресів та самопризначення медикаментозного лікування. Також відмічали певну залежність частоти розвитку ускладнень від типу проведення операції видалення зуба. Найчастіше ускладнення запального характеру мали місце за умов проведення операції атипового видалення зуба та не використовували методів консервації лунки видаленого зуба.

Висновки. Використання технік атравматичного видалення зуба знижує ризик розвитку ускладнень, особливо запального характеру. Пацієнти, які вчасно звертаються за стоматологічною допомогою мають більш низьких відсоток ускладнень, а використання пацієнтами самолікування сприяє підвищенню розвитку ускладнень, як ранніх та і пізніх, що в свою чергу має негативний ефект на подальшу стоматологічну реабілітацію таких пацієнтів.

ВПЛИВ ПРОЦЕДУРИ ВІДБІЛЮВАННЯ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ ЗУБІВ У ПІДЛІТКІВ

*Хміль О. В., Каськова Л. Ф., Хміль Д.О., Уласевич Л.П., Амосова Л.І.,
Садовські М.О., Онуфрієнко А.А.*

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Актуальність. Останнім часом досить актуальним є дисколорит емалі зубів. З такою проблемою молодь часто звертається до стоматолога. Отже, попит на естетичний вигляд зубів постійно зростає. Приваблива зовнішність надає впевненості в собі, впливає на повсякденне життя та на подальшу успішність молоді.

Найчастіше дисколорит емалі викликають шкідливі звички людини такі, як вживання особливих хімічних речовин, що легко фарбують емаль, поганий гігієнічний догляд за ротовою порожниною, надмірне споживання швидких вуглеводів та несвоєчасне лікування уражених зубів.

Зараз існує велика кількість доступних методів та процедур відбілювання зубів. Ці процедури проводяться як у стоматологічних клініках за допомогою діодних лазерних установок лікарем, так і самостійно вдома самим пацієнтом, з використанням спеціальних наборів.

Мета роботи. Метою дослідження було вивчення впливу лазерного та хімічного методу відбілювання зубів з метою усунення дисколориту на ступінь резистентності емалі та порівняння ефективності цих методів відбілювання між собою.

Матеріали та методи. Відбілювання проводили системою ZOOM у клініці та за допомогою набору для домашнього відбілювання Ultradent Opalescence PF Patient Kit 10%. Проводили стоматологічне обстеження й визначення ТЕР-тесту та гігієнічного індексу Гріна-Вермільйона у 14 підлітків 16-17 років до та після процедури. Підлітки були поділені по 5 осіб у 2 групи відбілювання, 4 пацієнти того ж віку склали контрольну групу. Результати були порівняні між собою та контрольною групою після процедури відбілювання.

Результати та їх обговорення. В усіх групах обстежених індекс гігієни Гріна-Вермільйона був задовільний, як до відбілювання обома видами (1,95 та 1,82 відповідно), так і після проведення процедури. Резистентність емалі згідно ТЕР-тесту до домашнього хімічного відбілювання була 5,4, але після проведення процедури резистентність знизилася на 44,4% і вже складала 7,8. Також згідно ТЕР-тесту до лазерного відбілювання резистентність емалі складала 5,1, а після процедури - 7,0. Отже, відбулося зниження стійкості поверхневої емалі до кислот на 37,3%. В контрольній же групі індекс гігієни був - 1,64, ТЕР-тест склав - 5,2, що відповідає середнім показникам здорової людини. Рівень гігієни був задовільним в усіх досліджуваних групах.

Встановлено, що після процедури відбілювання зубів резистентність емалі знизилася. Отже, існує негативний вплив окисних сполук на резистентність емаль. Гігієнічний стан ротової порожнини після процедур відбілювання в усіх групах покращився. Це могло статися за рахунок проведення якісної професійної гігієни перед проведенням відбілювання. Але слід зазначити, що процедура лазерного відбілювання була більш щадною і мала менш негативний вплив на резистентність емалі зубів, ніж хімічне відбілювання.

Висновки. Задля запобігання процесам демінералізації й руйнування емалі, слід обов'язково проводити активну ремінералізуючу терапію, як до початку відбілювання, так і після нього, незалежно від методики проведення процедури.

ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ МЕДІАСТИНІТ ЯК НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН, СПРОВОКОВАНИЙ НЕГАТИВНИМ ВПЛИВОМ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ, СПРИЧИНЕНИХ РОСІЙСЬКОЮ АГРЕСІЄЮ ПРОТИ УКРАЇНИ

Людмила Б. Цевух, Жанна О. Новікова, Микола Ф. Коновалов

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Гострий одонтогенний медіастиніт вперше був описаний Pearse у 1938 році. Найчастішою його причиною є одонтогенна інфекція. Має швидкий, бурхливий перебіг, може викликати сепсис і септичний шок, наслідком якого є висока летальність, яка у цих пацієнтів, за різними джерелами, може становити до 60 % і вище. Доведено, що розповсюдження гнійного ексудату при запальних процесах дна порожнини рота і шиї безперешкодно проходить крізь глибокі фасціально-клітинні простори шиї та крізь превісцеральний шлях, судинні щілини поширюється на оточуючу клітковину, поступово прямуючи в напрямку середостіння. Такому швидкому перебігу сприяє особливість анатомічних передумов у вигляді морфологічної структури середостіння, що виконане сполучною тканиною, та особливі властивості мікроорганізмів, які мають високий рівень патогенності, а саме їх тропність до цієї тканини та гістолітична активність продуктів їх життєдіяльності. Як правило, серед збудників виявляють анаеробну інфекцію.

З іншого боку, в мирний час у кожного громадянина України була можливість своєчасно відвідати лікаря-стоматолога. Медицина і, зокрема, стоматологія, мали профілактичне спрямування на запобігання загальносоматичних хвороб та їх ускладнень, таких важких, як гострий медіастиніт одонтогенного походження.

До початку повномасштабного вторгнення російського агресора на територію України спостерігалось дуже рідкі випадки звернення пацієнтів з таким діагнозом на рівні амбулаторної терапевтичної та хірургічної стоматологічної допомоги, що було обумовлено наступними факторами:

- наявністю налаженої організаційної структури та функціонуванням державної стоматологічної служби, зокрема служби невідкладної допомоги;
- кваліфікацією, високим професіоналізмом лікарів-стоматологів на всіх рівнях надання стоматологічної допомоги дитячому та дорослому населенню;
- використанню сучасних протоколів лікування інфекційних одонтогенних ускладнень;
- своєчасним призначенням антибактеріальних препаратів останніх поколінь залежно від віку пацієнта, діагнозу та маніфестації інфекційно-запального процесу.

З 24.02.2022 року, з моменту повномасштабного вторгнення Росії на територію нашої держави, відбулися суттєві зміни рівня та якості надання медичної допомоги населенню України. Завдяки введенню військового стану відбулися також зміни структури звернення за стоматологічною допомогою – підвищення кількості випадків звернень з приводу загальносоматичних захворювань, невідкладних станів, що стали наслідками ускладненого карієсу, у зв'язку з неможливістю своєчасного лікування захворювань зубів, а також тканин пародонту в екстремальних умовах, включаючи певні труднощі з наданням хірургічної невідкладної допомоги.

Мета. Визначити і описати випадок занедбаного гострого одонтогенного медіастиніту як проявлення невідкладного стану, щ обув спровокований впливом на здоров'я людини негативних факторів, спричинених російською агресією проти України.

Матеріали і методи. На прийом до чергового стоматолога звернулася пацієнтка А. 60 років. Вона прибула до лікаря у супроводі знайомих, бо потребувала допомоги при транспортуванні. Пацієнтка скаржилася на підвищення температури до 38-39 °С на протязі останніх днів. Зі слів пацієнтки, за тиждень до цього мав місце біль у нижньої щелепи праворуч у ділянці 46, 47 зубів. З часом біль зник, з'явився набряк піднижньощелепної ділянки праворуч. Пацієнтка самостійно прийняла рішення приймати антибактеріальні препарати. До лікаря не зверталася протягом тижня, у зв'язку з тим, що втратила житло в

результаті обстрілів прифронтової зони, потім виїхала з місця постійного проживання, була в дорозі. З прибуттям на місце призначення була розгублена, своєчасно не змогла зорієнтуватися зі зверненням за медичною допомогою. Але, враховуючи те, що загальний стан швидко погіршувався, прийняла рішення звернутися по допомогу.

Результати дослідження. На момент звернення до лікаря-стоматолога набряк охоплював не тільки підщелепну ділянку, але і шию, маючи тенденцію до поширення. Відкривання порожнини рота стало утруднене. Дихання погіршилося, стало поверхневим та частим, температура тіла підвищилася до 38,6 °С. При цьому, зі слів пацієнтки, раніше у своєму житті вона завжди своєчасно отримала спеціалізовану лікарську допомогу, зокрема стоматологічну.

При огляді виявлено асиметрію обличчя, шиї, підключичної області, ділянці тулубу праворуч за рахунок набряку м'яких тканин і шкіри. Шкіра щоки, шиї, грудної клітини напружена, має яскраво-червоний колір з помаранчевим відтінком, боляча навіть при легкій пальпації. В деяких ділянках набряку спостерігається лущення поверхневого шару шкіри. Огляд порожнини рота утруднений у зв'язку з тризмом 2 ступеню. Відчувався неприємний запах з рота.

При огляді зубів виявлено зруйнування коронок 46, 47 зубів, коронки уражених зубів сірого кольору, наявне широке сполучення каріозних порожнин та пульпової камери вказаних зубів, зондування безболісне, перкусія позитивна. Перехідна складка значно згладжена, темно-червоного кольору, боляча. Слизова оболонка ясен з язичної сторони та дна порожнини рота гіперемована, набрякла.

Пацієнтка ургентно доправлена лікарем-стоматологом на обстеження до міської клінічної лікарні, де була оглянута черговим лікарем-хірургом.

На підставі анамнезу, зовнішнього огляду та об'єктивних даних був встановлений попередній діагноз «Гострий низхідний одонтогенний медіастиніт» та були прийняті заходи для екстреної госпіталізації пацієнтки А.

з метою подальшого лікування на мультідисциплінарному рівні, зокрема, оперативного втручання, до міської клінічної лікарні. Загальноприйнятим методом хірургічного лікування гострих запальних процесів щелепно-лицьової ділянки, шиї та середостіння є метод оперативного невідкладного розкриття гнійного вогнища. У процесі діагностики та лікування встановлений незаперечний зв'язок розвитку даного захворювання із нелікованою стоматологічною патологією.

Висновки. 1. У зв'язку з російською агресією у громадян України погіршилися умови життя, які призвели до руйнуються медичних закладів у зоні бойових дій.

2. В умовах воєнного стану відбувся неминучий вплив таких травматичних подій на можливість людей приймати вірні рішення у всіх соціальних сферах, в першу чергу, в галузі звернення по медичну допомогу.

3. Вищевказані чинники, а також фактори стресу, під дією яких щоденно перебувають пацієнти, провокують виникнення та обтяження перебігу стоматологічних захворювань, а також одонтогенних ускладнень, що призводять до загальносоматичних невідкладних станів.

4. Під час військової агресії проявилися мужність, професіоналізм, відданість своїй справі медичних працівників, зокрема стоматологів, які кожен день працюють у складних умовах воєнного стану.

5. Лікарям-стоматологам завжди потрібно пам'ятати про небезпечність та агресивність гострих інфекційних процесів щелепно-лицьової ділянки, проводити своєчасну діагностику та заходи по запобіганню генералізації процесу і розвитку невідкладних станів, зокрема гострого медіастиніту одонтогенного походження.

ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОДНОМОМЕНТНОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ЗА СКЛАДНИХ АНАТОМІЧНИХ УМОВ

Чемерис В. В.¹, Оцупко О. В.², Аветіков Д. С.¹

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

²Стоматологічний кабінет «Косметична стоматологія», м. Одеса

Завдяки своїм перевагам одноментна дентальна імплантація все частіше стає методикою вибору при відновленні вторинних адентій для лікарів стоматологів.

Анатомічні умови в ділянці операції відіграють важливу роль при проведенні одномоментної дентальної імплантації.

До складних анатомічних умов відноситься значна атрофія кісткової тканини, близькість до анатомічних структур, патологічні зміни м'яких тканин в ділянці імплантації.

Наявність складних анатомічних умов значно ускладнює процес одномоментної дентальної імплантації, а також вимагає високої кваліфікації хірурга, та індивідуального підходу до кожного випадку.

При виконанні дентальної імплантації в ділянці молярів верхньої щелепи, близькість гайморової пазухи до ділянки імплантації ускладнює проведення хірургічних маніпуляцій.

Операція синус-ліфтинг винонується при близькому розташуванні верхньощелепного синусу до ділянки імплантації, і передбачає підняття дна гайморової пазухи, та заповнення створеного простору остеопластичним матеріалом.

При значній атрофії кісткової тканини в ділянці імплантації проводяться операції аугментації, які направлені на збільшення об'єму кісткової тканини.

Аугментація може бути направленою на збільшення як горизонтального, так і вертикального об'єму кісткової тканини в ділянці імплантації.

В якості кісткового замінника при аугментації найчастіше використовується поєднання матеріалу ксеногенного походження та аутокістки.

Важливим є наявність достатнього об'єму кератинізованих прикріплених ясен в ділянці проведення імплантації.

В разі відсутності достатнього об'єму м'яких тканин проводяться пластичні операції, як власними тканинами (трансплантанти з верхньощелепного горба, або піднебіння), використання колагенових мембран, та PRF технологій.

Використання навігаційних шаблонів дає можливість більш точного позиціонування імплантів, та зменшення ризику травмування анатомічних структур, за складних анатомічних умов.

ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Шупяцький І. М., Корчагін В. О.

Навчально Науковий Медичний Інститут Київського Міжнародного
Університету, Київ, Україна

Вступ. Ураження верхньої та нижньої щелеп. Експертне рішення про придатність до військової служби при пораненнях верхньої та нижньої щелепи приймається на ВВК (військової лікарської комісії) після хірургічного та ортопедичного лікування та залежить від характеру та тяжкості через наслідки поранення.

Найбільш серйозні наслідки дають поєднані ураження верхньої та нижньої щелеп з іншими кістками лицевого скелета, м'якими тканинами обличчя, язика, ураженнями лицевого нерва та великих слинних залоз. Як правило, у цій групі хворих визначаються порушення функції жування, ковтання та мови. Хворі вимагають хірургічного та тривалого стаціонарного лікування, часто підлягають звільненню з армії.

Мета. Порядок та послідовність надання стоматологічної ортопедичної допомоги населенню.

Матеріали та методи. Остеомієліт щелеп. Експертне рішення про придатність до військової служби хворих на хронічний остеомієліт щелеп з

термінами лікування більше 2 місяців приймається на ВЛК індивідуально і залежить від особливостей перебігу запального процесу.

Опіки обличчя. Експертне рішення про опіки особи ухвалюється після завершення лікування. Усі військовослужбовці, які отримали опіки 1–2-го ступеня, після відповідного лікування виписуються до частини без зміни категорії придатності. Наслідки опіків 3а, 3б і 4-го ступенів, ускладнені потворністю особи, відносяться до тяжких поразок. Військовослужбовці не придатні до військової служби як у військовий, і у мирний час.

Результати дослідження.

ПерДБ включає:

1. Управління.
2. 12 військово-польових шпиталів.
3. Окремий автосанітарний батальйон.
4. Підрозділи забезпечення.

Завдання ПерДБ:

1. Прийом поранених та хворих, їх медичне сортування.
2. Надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.
3. Лікування легкопоранених та інфекційних хворих (до їх повного одужання).
4. Тимчасова госпіталізація нетранспортабельних.
5. Військово-лікарська експертиза легкопоранених та інфекційних хворих.
6. Проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у ГБ.
7. Матеріально-технічне забезпечення госпіталів та побутове обслуговування поранених та хворих.
8. Проведення виховної роботи серед поранених, хворих та особового складу ГБ.

До структури ТерДБ входять: головне управління територіальними госпітальними базами, йому підпорядковуватиметься управління територіальної госпітальної бази. У свою чергу, під управлінням буде госпіталь ТерДБ та реанімаційний центр ТерДБ.

До складу ТерДБ входять:

Територіальний хірургічний госпіталь Територіальний опіковий центр

Територіальний травматологічний шпиталь Територіальний торако-абдомінальний шпиталь

Територіальний нейрохірургічний госпіталь Територіальний терапевтичний госпіталь

Територіальний психоневрологічний госпіталь Територіальний жіночий госпіталь

Структура медичної служби Збройних сил

У складі ТерНхГ є стоматологічне відділення, яке у повному обсязі виконує завдання з надання ортопедичної допомоги військовослужбовцям, а у воєнний час і щелепно-лицьові ортопедичні заходи.

Загальнодержавна територіальна шпитальна база складається з цивільних лікувальних закладів, які повністю або частково призначені для надання медичної допомоги та лікування військового контингенту у воєнний час.

Завдання територіальної госпітальної бази Міністерства охорони здоров'я:

1. Прийом, медичне сортування поранених і хворих військовослужбовців, поділ їх по лікувальним профілям бази, розміщення та реєстрація.
2. Надання пораненим та хворим військовослужбовцям кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги.
3. Лікування поранених та хворих військовослужбовців до одужання.
4. Військово-лікарська експертиза поранених та хворих.
5. Проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів під час перебування у лікувальних закладах.
6. Матеріальне забезпечення та побутове обслуговування поранених та хворих.

В умовах воєнного часу поряд із зубопротезуванням різко зростає роль ортопедичних методів у комплексному лікуванні вогнепальних поранень та ушкоджень обличчя та щелеп та їх наслідків. За даними Н.М. Міхельсона (1954), кожне поранення з вогнепальним переломом щелепи супроводжувалося

втратою в середньому шести зубів. З цього випливає, що в умовах воєнного часу значення зубного протезування як важливого ортопедичного стоматологічного втручання зростає.

Висновки. Наданням ортопедичної стоматологічної допомоги особовому складу Збройних Сил, членам їх сімей, а також робітникам та службовцям військових частин та установ займаються ортопедичні (зубопротезні) відділення та кабінети в окружних флотських та гарнізонних (базових) стоматологічних поліклініках, у зубопротезних відділеннях (базових) шпиталів, в окружних та центральних санаторіях Міністерства оборони. Такі кабінети у ряді випадків створюються при стоматологічних відділеннях медичної служби військових академій, вищих військових училищ та деяких інших закладів – за наявності в них штатних зубопротезних лабораторій.

Зубопротезну допомогу військовослужбовцям надають рухомі штатні зуболікарські кабінети, а також позаштатні (госпрозрахункові) зубопротезні відділення та кабінети, які організовуються при деяких лікувальних установах армії та флоту.

Зубопротезну допомогу військовослужбовцям можуть надавати відповідні відділення та кабінети цивільних лікувальних закладів (ГЛУ) (за домовленістю), якщо це буде визнано доцільним старшим медичним начальником (начальником медичного відділу округу, флоту, армії тощо). Така необхідність може виникнути, якщо за місцем дислокації військової частини немає близько розташованих військових зубопротезних лабораторій або обмежена кількість осіб, які потребують зубопротезування. За наявності понад 25 осіб, які потребують зубопротезування, в частині направляють оснащені зубопротезні бригади, які складаються з лікарів-протезистів та зубних техніків, для проведення зубопротезування безпосередньо на місці.

HEMODYNAMIC FACTORS OF TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS IN THE VERTEBROBASILAR BASIN ACCORDING TO ULTRASOUND DOPPLER DATA

**Kalashnikov V.Y.¹, Stoyanov O.M.², Vastyanov R.S.², Kalashnikova I.V.³,
Bakumenko I.K.⁴,**

¹Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education. Kharkiv National
Medical University. Kharkiv, Ukraine.

²Odesa National Medical University. Odesa, Ukraine.

³Medical Centre «Intellectmed». Tyachiv, Ukraine

⁴Odesa Regional Clinical Hospital. Odesa, Ukraine.

Introduction. The widespread prevalence of vertebrobasilar disorders is currently one of the most pressing problems of cerebrovascular pathology. The significant prevalence of vertebrobasilar blood supply disorders is currently the most pressing problem of cerebrovascular pathology. In the structure of cerebrovascular diseases (CVD), the leading place is occupied by acute cerebrovascular accidents, in particular those that do not manifest themselves as irreversible changes in the brain tissue, about 30% of which are transient ischemic attacks (TIA). Among all CVD, the proportion of TIA is 9%. TIA is an episode of neurological dysfunction caused by focal cerebral, retinal or spinal ischemia, without acute infarction, with a typical duration of episodes of less than 1-2 hours. Despite the significant relevance of the problem, the issues of diagnosing the causes of TIA remain the least studied. According to various data, the frequency of dysgemia in the vertebrobasilar basin is from 25 to 30% of all cerebrovascular accidents, including up to 70% of transient ischemic attacks. In the structure of causes causing blood flow disorders in the vertebrobasilar basin, a significant place is occupied by atherosclerotic lesions of the vertebral arteries, hypoplasia, anomalies of the bone bed, damage to the craniovertebral junction, pathological tortuosity and displacement of the vertebral artery orifice.

The most significant etiopathogenetic factor in the development of these disorders is the pathology of the cervical spine. The leading place in the pathogenesis of these

disorders is given to degenerative-dystrophic processes of the cervical spine and abnormal processes on the part of the atlas, which disrupt blood flow in the vertebral arteries and cause cerebrovascular accidents .

The aim of the work. Ultrasound Doppler study of hemodynamics in patients with transient ischemic attacks in the vertebrobasilar basin.

Materials and methods . A total of 102 young patients (18–35 years) with clinical presentation of TIA were examined . Clinically, TIA manifested itself as cochleovestibular syndrome (CVS) in 39 patients, syncopal vertebral syndrome (SVS) in 26 patients, ophthalmic (17 patients), sensory (13 patients) and mild bulbar (6 patients) disorders. The study of the main (BA) and vertebral (VA) arteries was performed in triplex mode using an Ultima - PA ultrasound scanner (RADMIR, Ukraine). Functional rotational loads were used to confirm the compression mechanism of TIA development.

Results and discussion.

According to the frequency of detection, vascular pathogenetic factors were distributed as follows: VA stenosis - 27.2%, VA vertebral compression - 22.7%, VA and / or OA vasospasm - 20.8%, VA course anomalies - 14.2%, VA hypoplasia - 12.6%, steel syndrome - 8.4 %. Some patients had a combination of these factors. The occurrence of VS in most cases was almost equally caused by stenosis, vertebral compression and VA vasospasm (37.5%, 32.2% and 30.3% of patients, respectively). In patients with VS, combinations of vertebral compression with course anomalies (41.6%) or hypoplasia (36.1%) of the vertebral arteries were most often detected. Dopplerographic patterns for the main variants of TIA (KVS, SVS, ophthalmic syndrome) were identified. A dynamic study of vertebral hemodynamics was also conducted against the background of the use of various vasoactive therapy schemes. The most indicative for dynamic Dopplerographic control were TIA variants caused by vasospasm of the OA.

Conclusions. The leading hemodynamic factors in the development of TIA in the VBB are: stenosis, vertebral compression and vasospasm of the VA. Ultrasound scanning of the vertebral and main arteries in the triplex mode allows us to identify

the pathogenetic mechanism of the occurrence of various TIA variants and provides dynamic control of the effectiveness of vasoactive therapy.

ЗМІСТ

Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, ректора Полтавського державного медичного університету, Вячеслава ЖДАНА	3
Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини ГОЛОВАНОВОЇ	5
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service», док. н. гум. Анни Лучинської	6

Статті учасників конференції

Лекція «СЕРЦЕВІ БІОМАРКЕРИ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОЦІНКИ РИЗИКУ». Катеренчук І.П.	7
ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ЕНТЕРОСКОПІЯ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ НЕВСТАНОВЛЕНОГО ДЖЕРЕЛА ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК. Виноград М.В., Цілюрик В.В., Челішвілі А.Л., Цимбал Я.М.	17
СИСТЕМНІ ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС: АСПЕКТИ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ. Гаджула Н.Г., Швець Л.В., Повшенюк А.В.	22
НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В СТОМАТОЛОГІЇ. Анна ГОРОДЕЦЬКА, Анатолій ЛЕВКОВ	30
МЕДИЧНА ДОПОМОГА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПРИ СИНДРОМІ ДОВГОТРИВАЛОГО ЗДАВЛЕННЯ. Жаботинська Н.В., Кіреєв І.В., Бакуменко М.Г., Хижянк В.М.	36
ТРАВМАТИЧНИЙ ШОК ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В РАЗІ ЙОГО ВИНИКНЕННЯ. Климченко В. В., Левков А. А., Лавренко Д. О.	42

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ПРИ СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ. Анатолій ЛЕВКОВ, Микола СТОНОГА	47
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ. Левков А.А., Юрченко В.С., Кулик Е.А.	55
ЗМІНИ В СТРУКТУРІ ЗВЕРНЕНЬ ЗА ЕКСТРЕНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ТА ВИКОНАНИХ ВИКЛИКІВ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДО НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ. Мирошниченко Л.І.,	64
ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ НА ЕТАПІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ. Могильник А. І., Могильник А. М., Тарасенко К. В., Давиденко А. В., Архіповець О. О., Телегань В. О.	69
ВПЛИВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ СКОЛІОЗУ. Подвін А.М., Голованова І. А., Ляхова Н. О., Калатур Г.В.	75
РОЛЬ ПАРАМЕДИЦИНИ ТА СУЧАСНИЙ СТАН ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ). Приліпка К. О., Коршенко В. О, Матвієнко Т. М, Саргош О.Д, Тимошенко В.М., Коваленко Т.І., Рак Т.І.	77
ГОСТРИЙ БІЛЬ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ: ОСОБЛИВОСТІ ПРИЗНАЧЕННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ. Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В.	81
ОСНОВИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ. ПОСЛІДОВНІСТЬ ЕТАПІВ НАДАННЯ ПЕРШОЇ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ У ВОЄННО-ПОЛЬОВИХ УМОВАХ. Філатова О.В.. Філатова В.Л., Матвієнко Т.М., Саргош О.Д.	88
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВИБУХОВОЮ ТРАВМОЮ В КП «1–А МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ» ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ПІД ЧАС РАКЕТНОГО ОБСТРІЛУ 1 ЛЮТОГО 2025 РОКУ. Челішвілі А.Л., Селькіна Г.Б., Малик С.В.,	96

Подлесний В.І., Котовий О.В. Драбовський В.С.

ПОНЯТТЯ ПРО ПАРАМЕДИЦИНУ, ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ. 100
Вербовик Д. А., Левков А.А.

Тези учасників конференції

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОНСТРУКЦІЙ ТИМЧАСОВИХ ПРОТЕЗІВ ДЛЯ УСУНЕННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ УСКЛАДНЕНИХ ПАТОЛОГІЧНОЮ СТЕРТІСТЮ ЗУБНИХ РЯДІВ. 105

Дворник В.М., Перепелова Т.В., Лунькова Ю.С., Ілляшенко Ю.І.,
Семененко І.П., Шеметов О.В., Мартиненко І.М.

УРГЕНТНЕ ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТИЧНИХ БОЛЕЙ ПРИ ТРАВМІ ЯЗИКОВОГО НЕРВУ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ЗАСОБІВ ТА ПРЕПАРАТІВ НУКЛЕОТИДІВ. 109
Барило О. С., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Свистунов Д. М.

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ДЕМОГРАФІЧНИХ, КЛІНІЧНИХ ТА МІКРОБІОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ УСКЛАДНЕНОГО ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ. 111
Бережна В.А., Селькіна Г.Б.,
Удовицька Н.О.

БЛАГОДІЙНІ ОРГАНІЗАЦІЇ В СИСТЕМІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ. 114
Ірина А. Голованова, Оксана І. Краснова, Наталія О. Ляхова, Олег Г. Краснов

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ. 116
Гордієнко Л.П.,
Карамишев Д.В., Шостак Т.І.

ПОНЯТТЯ ПРО ПАРАМЕДИЦИНУ, ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ. 119
Горобець Т. Д.

ВАЖЛИВІСТЬ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ БОЙОВИХ ТРАВМАХ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ. 122
Гринь К.В.

ЦИТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГНІЙНОЇ РАНИ У ПАЦІЄНТІВ 3 124

ОДОНТОГЕННИМИ ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ. А.В. Кіптілий, О.А. Торопов, Д. В. Стебловський, О.П. Личман, К.П. Локес	
ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА З ТОЧКИ ЗОРУ ЗДОБУВАЧА ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. Ключкова А. С. Борсук Ю.В., Берук В. А., Оглобля С.М.	126
АНАЛІЗ ЧАСТОТИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ КАФЕДРИ ПРОПЕДЕВТИКИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ. Колісник І.А., Панькевич А.І., Гоголь А.М., Новіков В.М., Резвіна К.Ю., Коросташова М.А.	128
МОНІТОРІНГ РОЗВИТКУ АПАРАТНОЇ СТОМАТОПАТІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ЕЛАЙНЕРІВ У ДІТЕЙ. Коломієць А.М., Пачевська А.В., Monika Malgozata Biloszycka	131
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ ПІСЛЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ВНУТРІШНЬОКІСТКОВИХ ІМПЛАНТАТІВ. Кузь В.С., Тесленко О.І., Кузь Г.М., Баля Г.М., Марченко К.В., Шеметов О.В., Павліш І.В.	133
ЛЕГЕНЕВА КРОВОТЕЧА У ФТИЗІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ. Куліш М.В., Ярешко А.Г., Вородюхіна А.К., Куліш К.М.	137
ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЗГІДНО ПАКЕТУ ПОСЛУГ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ. Лозовська Л.Г.	140
ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА» СТУДЕНТАМ НЕМЕДИЧНИХ ВИШІВ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ. Мизгіна Т.І.	142
ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ ПРЕПАРАТІВ В МІСЦЕВОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК. Нємченко	144

І.І., Кравців М.І., Ляховський В.І., Лисенко Р.Б., Краснов О.Г., Прихідько Р.А., Рябушко Р.М.	
НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ. Пачевська А.В., Васильєв М.Ю., Bialosyzcka Monika Malgorzata	148
ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ: РОЛЬ ЛІКАРЯ – СТОМАТОЛОГА, ЯК ВАЖЛИВОЇ СКЛАДОВОЇ МЕДИЧНОЇ СИСТЕМИ. Перлова А.В, Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Васильчук О.С.	150
ЕКСТРЕННИЙ МЕТОД ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ ПОСТІЙНОГО ЗУБА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ У ДИТЯЧОМУ ВІЩІ. ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ. Поліщук Т.В., Шешукова О.В., Мосієнко А.С., Максименко А.І.	153
МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВИХ ТА МИРНОГО НАСЕЛЕННЯ. Рак Т.І., Коршенко В.О., Матвієнко Т.М., Тимошенко В.М., Приліпка К.О., Коваленко Т.І., Романюк М.В.	156
РОЗВИТОК ТА ЗМІНИ У ПОЛЬОВІЙ МЕДИЦИНІ ТА ХІРУРГІЇ НА ТЛІ УКРАЇНСЬКО-РОСІЙСЬКОЇ ВІЙНИ. Саленко Б. О.	158
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ЯТРОГЕННИХ РОЗРІЗІВ ШКІРИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ ПРИ ПЛАНОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ. Ставицький С.О.	162
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ СЕПТИЧНОГО ШОКУ У ДІТЕЙ. Тафічук Т. Ф.	164
УСКЛАДНЕННЯ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ. Хатту В.В., Іваницька О.С., Мокан О.І., Буханченко О.П., Бойко І.В.	167
ВПЛИВ ПРОЦЕДУРИ ВІДБІЛЮВАННЯ НА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕМАЛІ ЗУБІВ У ПІДЛІТКІВ. Хміль О. В., Каськова Л. Ф., Хміль Д.О., Уласевич Л.П., Амосова Л.І., Садовські М.О., Онуфрієнко А.А.	170

ГОСТРИЙ ОДОНТОГЕННИЙ МЕДІАСТИНІТ ЯК НЕВІДКЛАДНИЙ СТАН, СПРОВОКОВАНИЙ НЕГАТИВНИМ ВПЛИВОМ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ, СПРИЧИНЕНИХ РОСІЙСЬКОЮ АГРЕСІЄЮ ПРОТИ УКРАЇНИ. Людмила Б. Цевух, Жанна О. Новікова, Микола Ф. Коновалов	172
ТАКТИКА ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОДНОМОМЕНТНОЇ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ЗА СКЛАДНИХ АНАТОМІЧНИХ УМОВ. Чемерис В. В., Оцупко О. В., Аветіков Д. С.	176
ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ. Шупяцький І. М., Корчагін В. О.	177
HEMODYNAMIC FACTORS OF TRANSIENT ISCHEMIC ATTACKS IN THE VERTEBROBASILAR BASIN ACCORDING TO ULTRASOUND DOPPLER DATA. Kalashnikov V.Y., Stoyanov O.M., Vastyanov R.S., Kalashnikova I.V., Bakumenko I.K.	181
Зміст	184