

Висновки. Таким чином, раннє переведення на НІВ в режимі СРАР в порівнянні з високопоточною інсуфляцією кисню, в нашій лікарні забезпечує кращі результати виживання хворих з COVID-19 враженням легень. Раннє переведення важких хворих на СРАР-терапію зменшує смертність на 27%. Серед пацієнтів, які з початку лікування знаходились на високопоточній кисневій терапії - мали місце підвищення $p\text{aCO}_2$ в крові при умові досягнення цільових показників SpO_2 , що свідчить про дихальний ацидоз в умовах відсутності видимої гіпоксії. Це свідчить про те, що високопоточна киснева терапія лише маскує ознаки гіпоксії. Вищесказанні дані свідчать, що високопоточна інсуфляція кисню доречна пацієнтам в період відновлення, які знаходились на неінвазивній штучній вентиляції легень.

Д.О.Маруня, Н.В.Луцюк
**ЕТІОЛОГІЧНА РОЛЬ ВІРУСІВ ТА БАКТЕРІЙ В РОЗВИТКУ ПАТОЛОГІЇ
ШИЙКИ МАТКИ**

Кафедра акушерства та гінекології №2
Н.П.Дзись (професор, доктор медичних наук)
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова
м.Вінниця, Україна

Актуальність: Вульвовагінальна та цервікальна інфекції займають провідне місце у виникненні передракової патології шийки матки. Доброякісні захворювання шийки матки часто передують диспластичним ураженням цервікального епітелію. Часті рецидиви, атиповий перебіг, самолікування останніх призводять до тривалого запального процесу, який є гарним підґрунтям для персистенції папіломовірусної інфекції та виникненні цервікальної інтраепітеліальної неоплазії, яка належить до передракових захворювань і в 30% ускладнюється раком шийки матки. Тому, рання діагностика та лікування фонових і передракових захворювань шийки матки для попередження онкологічної патології є одним із пріоритетних завдань гінекології.

Мета: Вивчити частоту та вид вірусів і бактерій в розвитку передракової патології шийки матки.

Матеріали та методи: Обстежено 48 жінок з діагнозом вагініт та цервіцит, віком від 18 до 50 років. Проведено клініко – лабораторне обстеження пацієнток: анамнестичні дані, скарги, гінекологічний огляд, лабораторні дослідження (цитологічне - за Папаніколау, бактеріоскопічне - фарбуванням мазків за Грамом, інфекції, що передаються статевим шляхом методом ПЛР, бактеріологічне дослідження урогенітальної мікрофлори проводилось класичними методами.

Результати: Розподіл хворих за віком показав, що на першому місці були жінки від 20 до 29 років (52%), на другому – від 30 до 39 років (35,4%), на третьому - старше 40 років (10,4%) та на четвертому - молодші 20 років (2%). Основними скаргами пацієнток були патологічні виділення із статевих шляхів у 79%, свербіж та печіння у 48% та відсутність скарг у 15%. Цервіцит та вагініт діагностовано у 33 жінок (68,8%); дисплазія шийки матки легкого та середнього ступеня в 15 (31,2%). В даному дослідженні основними збудниками цервіциту/вагініту виявилися: *Ureaplasma urealyticum* в 21 випадку (45,8%), *Gardnarella vaginalis* - в 9 (18,6%), *Chlamydia trachomatis* – в 7 (14,6%), *Enterococcus faecalis* – в 7 (14,6%), *Candida albicans* – у 5 (10,4%), *Streptococcus agalactiae* – в 4 (8,3%), *Mycoplasma hominis* – у 3 (6,6%), *Escherichiae coli* – в 3 (6,6%). У 13 жінок був виявлений ВПЛ, що склало 86,7% від кількості жінок із діагнозом дисплазія та 27% від всієї кількості обстежених. Основними типами збудника ВПЛ за результатами нашого аналізу були 16 тип – 8 випадків (16,7%), 39 тип – 3 (6,3%), 18 тип – 2 (4,5%), 31 тип – 2 (4,5%), 51 тип – 2 (4,5%), 33 тип – 1 (2,3%), 45 тип – 1 (2,3%), 52 тип – 1 (2,3%), 59 тип – 1 (2,3%). Жінки з обтяженим акушерським анамнезом (звичний викидень, завмерла вагітність, неповний самовільний викидень) були обстежені на TORCH-інфекції. Виявлено токсоплазмоз у 8

(16,7%), цитомегаловірус у 6 (12,5%), вірус краснухи у 5 (10,4%), вірус простого герпесу I типу у 5 (10,4%), вірус простого герпесу II типу у 3 (6,3%), вірус Епштейн-Барр у 2 (4,2%), вірус вітряної віспи у 1 (2,1%).

Висновки: Таким чином, найбільш поширеним збудником цервіциту/вагініту встановлено *Ureaplasma urealyticum*, що склало майже половину випадків 45,8%, а дисплазії шийки матки - вірус папіломи людини у 86,7% випадків з найбільш поширеним 16 типом ураження. Дані захворювання на сьогодні вражають жінок різних вікових груп, тому будь-які патологічні виділення із статевих шляхів підлягають детальному дослідженню та лікуванню з метою попередження передракових захворювань та раку шийки матки.

Маслій В.А., Гончарук О.С.

НЕОБХІДНІСТЬ ДЕФІРЕНЦІЙНОГО ПІДХОДУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та МНС

М.Л.Гомон (д.мед.н., проф.)

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

Актуальність: Захворюваність на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) впродовж останніх 25 років зростає втричі, і це вже становить 8–17 % населення планети. У багатьох клініках світу число лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ) при гострому холециститі перевищує 90%. Низький рівень операційної травми та ускладнень, темпи післяопераційного відновлення та реабілітації формують безумовні переваги лапароскопічної хірургії, проте, незважаючи на малоінвазивність цієї хірургічної технології, для неї є характерним виражений больовий синдром, що створює дискомфорт хворому в післяопераційному періоді та подовжує час перебування хворого в стаціонарі. [1,2,].

Мета: Встановити ефективність використання однобічного косого підреберного Тар - блоку при знеболенні післяопераційного періоду при виконанні лапароскопічної холецистектомії.

Матеріали і методи дослідження: Виконано аналіз 48 пацієнтів, яким проведено лапароскопічну холецистектомію під інгаляційною анестезією севофлюраном. Післяопераційне знеболення виконувалось за принципом мультимодальності та включало в 1-й групі дослідження НПЗП (декскетопрофен) 100мг за 10 хв до закінчення оперативного втручання та ін'єкційний парацетамол 1000мг. В 2-й групі дослідження виконували однобічний косий-підреберний ТАР-block розчином бупівокаїну 25% - 20мл. Рівень больового синдрому оцінювали за ВАШ через 2,6,12,24 та 48 годин після операції.

Результати: Проаналізовані дані показали, що виконаний варіант післяопераційного знеболення в 1-й групі не забезпечує достатнього рівня знеболення та комфорту пацієнтам в перші 48 годин після проведеного оперативного втручання, оскільки лише 6 пацієнтів (23%) відмітили помірний (до 3 балів за ВАШ) больовий синдром. У 11 пацієнтів (48%) відмічався больовий синдром середньої інтенсивності (3-6 балів за ВАШ), що вимагало додаткового введення декскетопрофену. 7 пацієнтів (29%) відмітили виражений больовий синдром (більше 6 балів за ВАШ), та отримували додаткове знеболення наркотичним анальгетиком, за вимогою.

В 2-й групі лише 5 пацієнти (22%) відмітили біль середньої інтенсивності (3-5 балів за ВАШ). 9 пацієнтів відмітили помірний больовий синдром (до 3 балів за ВАШ), та 10 пацієнтів не акцентували уваги на больовому синдромі та відмічали лише певний дискомфорт в ділянці післяопераційних ран. Додаткове знеболення не проводилось.

Висновок: Використання однобічного косого підреберного Тар - блоку дозволяє зменшити вираженість больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді та