

Українські Медичні Вісті

Т. 14 • № 3–4 (92–93) • 2022 НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

Засновано 1918 р. як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у Києві, відновлено 1997 р.



ЗАСНОВНИК
Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
у Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

ISSN 2709-4456 (Print)
ISSN 2709-6432 (Online)
www.umv.com.ua

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)

ЗАВДУВАЧ РЕДАКЦІЇ

Нечаїв Станіслав Владиславович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Базилевич Андрій Ярославович
(Львів, Україна)
Богомолець Ольга Вадимівна
(Київ, Україна)
Волосовець Олександр Петрович
(Київ, Україна)
Кехайов Андрей Веселинов
(Софія, Болгарія)
Князевич Василь Михайлович
(Київ, Україна)
Корпан Микола Миколайович
(Відень, Австрія)
Кравченко Володимир Григорович
(Полтава, Україна)
Крушинська Ніна Анатоліївна
(Київ, Україна)
Мазур Ірина Петрівна
(Київ, Україна)
Мойсєнко Валентина Олексіївна
(Київ, Україна)
Степаненко Віктор Іванович
(Київ, Україна)
Татарчук Тетяна Феофанівна
(Київ, Україна)
Толстанов Олександр Костянтинівич
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Батрух Андрій
(Євер, Німеччина)
Величко Валентина Іванівна
(Одеса, Україна)
Вієвський Анатолій Миколайович
(Київ, Україна)
Гаврилюк Сергій Олегович
(Київ, Україна)
Карабасв Даніель Таїрович
(Київ, Україна)
Літвак Аким Ізраїлович
(Одеса, Україна)
Мушак Світлана Олександрівна
(Київ, Україна)
Найда Ігор Володимирович
(Київ, Україна)
Сорока Іван Миколайович
(Київ, Україна)
Яніна Антоніна Миколаївна
(Київ, Україна)

Адреса редакції

01033, Київ, вул. Л.Толстого, 7
Тел.: +38 (067) 447 32 21
е-пошта: abazylevych@ukr.net

Підписано до друку

20.10.2022 р. Формат 60×84 1/8.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 7,9. Наклад 200 пр.

Видруковано

СПД ФОП Марусич М.М.
м. Львів, пл. Князя Я. Осмомисла, 5/11
тел./факс: (032)261-51-31
e-mail: interprint-m@ukr.net

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу.

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО УЧАСНИКАМ КОНГРЕСУ ПРЕЗИДЕНТА СФУЛТ.....	3
Проф. А. Базилевич	
МАТЕРІАЛИ ХІХ КОНГРЕСУ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ) 27–29.10.2022, м. УЖГОРОД	4
УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРСЬКІ ТОВАРИСТВА У СВІТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	4
ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ, ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ	7
ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ТА ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ. ЛІЦЕНЗУВАННЯ, СЕРТИФІКАЦІЯ, АКРЕДИТАЦІЯ. БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І МЕДИЧНА ОСВІТА.....	7
ЗМІНИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	18
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я І СПРОМОЖНІСТЬ ДО ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ	18
РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ЛАНОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	21
РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД: ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ (БОЙОВА, ПОБУТОВА ТРАВМА), АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ.....	26
НАУКОВІ ЗДОБУТКИ ТА СУЧАСНІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ	32
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ.....	32
ПЕДІАТРІЯ	56
КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ.....	57
ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ.....	67
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ.....	73
НЕФРОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ.....	78
НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ	80
ІМУНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ	88
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ.....	90
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, СНІД, ВІРУСОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	93
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ	96
ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОГІЯ, НАРКОЛОГІЯ.....	97
ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, ІМПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ	100
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	109
ОНКОЛОГІЯ. ГЕМАТОЛОГІЯ	110
СТОМАТОЛОГІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ.....	113
ФАРМАКОЛОГІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ТОКСИКОЛОГІЯ.....	122
СПОРТИВНА, ВІЙСЬКОВА, КОСМІЧНА МЕДИЦИНА.....	123
ГЕРОНТОЛОГІЯ, ПРОФПАТОЛОГІЯ.....	124
РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗІОТЕРАПІЯ ТА КУРОРТОЛОГІЯ	127
САНОЛОГІЯ, ГІГІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА	130
АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ	136
СУДОВА МЕДИЦИНА, ПАТАНАТОМІЯ, ПАТОГІСТОЛОГІЯ.....	142
НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ.....	143
ГЕНЕТИКА, ДЕМОГРАФІЯ	144
УПРАВЛІННЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА	145
ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРСЬКЕ НАЗИВНИЦТВО (МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ)	154
ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ.....	156
МАТЕРІАЛИ ІСТОРИКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ВУЛТ 30.06.2022, м. КИЇВ.....	162

метод лікування АВМ, забезпечує негайний ефект і достовірно знижує ризик повторних крововиливів. Дослідження показують, що хороших результатів можна досягти за допомогою мікрохірургічної резекції у пацієнтів із АВМ I–II класу за Spetzler-Martin. Однак хірургічне лікування пацієнтів із АВМ IV–V класу є складним завданням. Вибір оптимального варіанту лікування для пацієнтів з АВМ залишається дискусійним питанням судинної нейрохірургії.

Клінічний випадок

17.08.2021 р. ургентно доставлений пацієнт К. 34 років, з діагнозом: внутрішньомозковий крововилив з проривом у шлуночкову систему на ґрунті розриву АВМ правої тім'яної частки.

З анамнезу: захворів гостро напередодні, коли з'явився сильний біль голови, блювання, запаморочення і виражена загальна слабкість. Перед тим, протягом 2 тижнів, у пацієнта наростали прояви артеріального обкрадання.

У 2013 та 2014 роках було проведено церебральну ангиографію (ЦАГ) та ендovasкулярну емболізацію АВМ за допомогою рідкої системи для емболізації Onyx.

27.08.2021 р. проведено ЦАГ з метою уточнення діагнозу, деталізації розмірів та локалізації артеріовенозної мальформації. Виявлено АВМ, частково емболізовану, правих скроневої, тім'яної, потиличної часток, що кровопостається п'ятьма аферентними судинами. Мішкоподібна аневризма одного з аферентів із правої задньої мозкової артерії (ЗМА), яка й стала причиною крововиливу. За шкалою Spetzler-Martin IV, за Buffalo 4–5 балів.

23.09.2021 р. проведено оперативне втручання: мікрохірургічне видалення АВМ правої тім'яно-потиличної локалізації. Тривалість операції: 11 год 5 хв. На етапі доступу, на поверхні мозку візуалізується дренажна вена парасагітально діаметром 1,4 см. Виявлено аневризму аферента з ВББ, котру коагульовано та видалено у складі АВМ. Видалення АВМ супроводжувалось епізодами профузної кровотечі, застосовувалась технологія cell-saving. В останню чергу коагульовано та пересічено дренажну вену. Ревізія ложа АВМ, розмір 3,5 × 4,5 × 6,5 см.

В післяопераційному періоді, пацієнту було проведено ряд контрольних томограм в нативному та ангіо-режимах, системну антибіотикотерапію та люмбальні пункції з метою контролю стерильності та аналізу ліквору.

За час перебування у стаціонарі загальний стан хворого поступово покращився, неврологічний дефіцит суттєво зменшився (на час виписки утримується бітемпоральна геміанопсія), пацієнт виписаний.

24.03.2022 р. проведено контрольну ЦАГ: АВМ тотально виключена з кровотоку.

Висновки

Великі артеріовенозні мальформації IV та V класу за Spetzler-Martin в багатьох випадках підлягають динамічному спостереженню, консервативному лікуванню або комплексу хірургічних етапів лікування із застосуванням ендovasкулярних, мікрохірургічних і радіохірургічних методик без досягнення радикального результату. Разом з цим, випадки розривів АВМ чи аневризми привідних артерій (аферентних судин) та декомпенсація стану у вигляді наростаючого неврологічного дефіциту, що зумовлює часткову інвалідизацію чи соціальні обмеження, підлягають хірургічному лікуванню, яке повинне бути комплексним, оскільки ендovasкулярна емболізація гігантських АВМ часто не забезпечує повного одужання, а лише відтермінує появу нового або наростання існуючого дефіциту. В нашому випадку ендovasкулярна емболізація була необхідним етапом для зменшення ризиків інтраопераційних ускладнень під час мікрохірургічного втручання, що разом із застосуванням технології cell-saving дало змогу досягти радикального видалення АВМ і одужання пацієнта.

ВТОРИННО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ – ГРУПА ОСОБЛИВОЇ УВАГИ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

Овчаренко М. О., Пінський Л. Л., Радченко Т. М.

м. Харків, Харківський національний медичний університет

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей вираженості тривожних розладів у первинно та вторинно внутрішньо переміщених осіб, які протягом останніх років були змушені змінювати своє місце проживання.

Група первинно переміщених пацієнтів (2014–2021 років) складала 238 хворих (7-а група) з них 145 жінок (60,9 %; 1-ша група), 93 чоловіки (39,1 %; 2-га група). Вторинно переміщені особи (n = 96; 8-ма група) включали 62 жінки (64,6 %; 3-тя група) та 34 чоловіки (35,4 %; 4-та група).

Група первинно переміщених осіб 2022 року ($n = 52$; 9-та група) включала 35 жінок (5-та група) та 17 чоловіків (6-та група).

Після першого переміщення на нове місце проживання спостерігалось зростання рівня тривожності, більшою мірою в групі жінок. Повторне вимушене переселення виявило досить цікаву картину: 34 обстежених відносно безпроблемно пережили цю подію, досить швидко адаптувалися на новому місці, працюють, хоча практично всі на певному етапі приймали або приймають зараз адаптогени, заспокійливі, снодійні засоби тощо. А ось інша група – 18 осіб досить складно пережили цю стресову подію, мають значні розлади психіки, перш за все афективної сфери, не можуть адаптуватися до нових умов, знайти своє місце в новому житті, звертаються за спеціалізованою медичною допомогою. Відбулася своєрідна поляризація повторних переселенців, причому, більш впевнено себе почувають особи з вищими, а найголовніше – стабільними доходами, з відносно оптимістичними соціальними перспективами, збереженим житлом тощо.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЮ ГОЛОВИ НАПРУГИ

Пулик О. Р., Гирявець М. В., Блага О. С.

м. Ужгород, ДВНЗ Ужгородський національний університет

Вступ. Біль голови напруги – одна із найчастіших форм первинного болю голови. Поширеність болю голови напруги в різних дослідженнях у загальній популяції становить від 30 % до 78 %. Біль голови напруги є також найпоширенішим типом хронічного рецидивуючого болю голови. Хронічним біль голови напруги вважається тоді, коли виникає 15 або більше днів на місяць протягом як мінімум 6 місяців. Лікування хронічного больового синдрому включає медикаментозні та немедикаментозні методи впливу. Серед немедикаментозних методів використовується метод магнітотерапії. Протизапальний та протинабрякові ефекти магнітного поля безперечно забезпечують знеболювальний ефект. Перевагою є також безпечність і доступність даного методу.

Мета: зменшення больового синдрому та підвищення якості життя у хворих з хронічним болем голови напруги шляхом використання магнітотерапії.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення неврології КНП «Ужгородська центральна міська клінічна лікарня» протягом трьох місяців 2022 року. Обстежено 84 хворих з хронічним болем голови напруги. Критеріями включення в дослідження були: пацієнти з хронічним болем голови напруги, згідно з критеріями постановки діагнозу Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду (ICHD-3) бета-версії, вік від 18 років, відсутність на момент дослідження тяжких соматичних захворювань, інфекційних захворювань, захворювань шкіри та онкопатології.

У дослідженні взяли участь 84 хворих, жителів м. Ужгород. Середній вік хворих склав $(44,1 \pm 1,1)$ року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 42 хворих. Вік хворих в основній групі, яким до програмного лікування додатково використано метод магнітотерапії, склав $(43,1 \pm 0,6)$ року, а в контрольній групі – $(44,2 \pm 0,4)$ року. Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження (КТ, МРТ), шкала ВАШ для визначення болю, опитувальника MOS SF-36 – для оцінки якості життя.

Для магнітотерапії нами використано апарат Viofor JPS зі змінним магнітним полем низької частоти за програмою M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета “Microsoft Excel 2010”.

Результати. Середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи на початку дослідження склав $(7,2 \pm 0,6)$ бала, контрольної – $(7,4 \pm 0,4)$ бала. Згідно з опитувальником MOS SF-36 за доменом «фізичне функціонування» на початку дослідження середній показник склав $(48,1 \pm 22,1)$ бала, за доменом «біль» $(80,0 \pm 3,1)$ бала, за доменом «загальне здоров'я» $(30,9 \pm 8,4)$ бала, «життєздатність» $(56,9 \pm 6,9)$ бала, «соціальне функціонування» $(52,0 \pm 16,4)$ бала, «емоційне функціонування» $(17,3 \pm 12,3)$ та «психічне здоров'я» – $(60,9 \pm 17,3)$ бала. По завершенні курсу лікування середній бал за шкалою ВАШ у пацієнтів основної групи склав $(3,6 \pm 0,6)$ бала, а контрольної – $(4,4 \pm 0,4)$ бала ($p < 0,05$). На тлі проведеного лікування спостерігалось достовірне покращення ($p < 0,05$) показників якості життя за доменами «фізичне функціонування», «емоційне функціонування» та «тілесний біль» між пацієнтами основної та контрольної груп.