

АВО-ГХН – високий ризик мали 52,7% матерів, середній – 47,3%, а за Rh-ГХН – 54,2% та 45,4% матерів відповідно.

Серед загальної кількості дітей 14 народжені від першої вагітності, причому у всіх хвороба викликана тільки АВО-ізоімунізацією. У 5 з них діагностований легкий ступінь захворювання, у 8 – середньотяжкий та у 1 дитини – тяжкий. Переважна кількість дітей народилася від повторної вагітності (78), серед яких 41 новонароджена дитина мала АВО-ГХН і 37 – Rh-ГХН. Легкий перебіг хвороби визначався у 13 немовлят, середньотяжкий – у 48, а тяжкий – 17 дітей.

Таким чином, Rh-обумовлена гемолітична хвороба мала місце у дітей, які народилися виключно від повторної вагітності, тоді як за АВО-несумісністю ізоімуний конфлікт розвивався вже під час першої вагітності. За АВО-ГХН легкій, середньотяжкий та тяжкий ступені тяжкості захворювання діагностувалися майже з однаковою періодичністю як під час першої, так і під час повторної вагітності, тобто не залежали від паритету у матерів. При Rh-несумісності за збільшенням паритету у матерів зростала частота тяжких форм хвороби. Провідне значення серед причин та факторів ризику захворювання та ступеня тяжкості ГХН мала материнська патологія.

Список використаних джерел:

1. Неонатологія: підручник у 3 т. / Т.К. Знаменська, Ю.Г. Антипкін, М.Л. Аряєв та ін.; за ред. Т.К. Знаменської. Львів: Видавець Марченко Т.В., 2020, Т. 1. 407 с.; Т. 2. 455 с.; Т. 3. 379 с.
2. Імунологічна несумісність крові матері та плода: метод. вказ. для самост. роботи студентів / упор М. О. Щербина, О. П. Ліпко, Д. І. Демиденко. – Харків: ХНМУ, 2015. – 20 с.

ПРИНЦИПИ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ

Винникова Валерія Жанівна

студент, Харківський національний медичний університет

Макарова Катерина Максимівна

студент, Харківський національний медичний університет

Тихонова Людмила Володимирівна

доцент, кандидат медичних наук,

Харківський національний медичний університет

ORCID: 0000-0003-1028-3553

Інтернет-адреса публікації на сайті:

<http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4490/>

Мігрень є поширеною проблемою, що зустрічається в неврології. Вона вражає 18% жінок та 6% чоловіків, тоді як хронічна мігрень вражає 2% світового населення. Мігрень є основною причиною інвалідності на робочому місці, а

також займає друге місце серед світових причин втрати працездатності і це надзвичайно обтяжує стан пацієнтів, їхніх сімей та суспільства [1].

Мігрень – судинно-нервовий розлад, що має повторювальний, нападаподібний характер, який супроводжується хворобливими симптомами, включаючи напади інтенсивного пульсуючого головного болю, які часто супроводжуються нудотою, блювотою та чутливістю до світла та звуку, так і іншими сенсорними симптомами, такими як втома, оніміння та алодинія [2].

Існують фактори, що можуть спровокувати розвиток головного болю, найпоширеніші – стрес, гормональні зміни в 65% під час менструації, овуляції та вагітності, зміна погоди, надмірний або недостатній сон, різні запахи. Патофізіологія мігрені все ще до кінця не вивчена, проте є три основні теорії, що запропоновані щодо механізмів виникнення даного стану, а саме судинний (через розширення судин головного мозку), неврологічний (аномальне неврологічне збудження, яке спричиняє поширення депресії і мігрені) та нейрогенне запалення твердої мозкової оболонки (запальних нейропептидів) [1, 2, 3].

Напади мігрені зазвичай тривають від чотирьох годин до трьох днів. Деякі симптоми можуть виникнути приблизно за 24 години до появи головного болю та закінчитися приблизно через 24 години після того, як головний біль припиниться. Більшість людей не мають жодних симптомів між нападами мігрені. Найпоширеніші типи мігрені діляться на дві категорії: мігрень без аури та мігрень з аурою. Мігрень з аурою також охоплює деякі рідкісні типи мігрені, такі як геміплегічна мігрень і мігрень з аурою стовбура мозку [2].

Варіанти лікування залежать від типу початку: гострий або хронічний. Неадекватне лікування нападу мігрені має величезні соціально-економічні наслідки, а також підвищує ризик переходу мігрені в її хронічні форми. Лікування мігрені складається з нефармакологічних і медикаментозних методів [1, 4].

Лікування гострої мігрені можна розділити на специфічне, неспецифічне та допоміжне лікування. Існують дослідження, що підтверджують ефективність використання ацетамінофену, нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), таких як ацетилсаліцилова кислота (АСК), ібупрофен [1].

Допоміжними препаратами є, перш за все, протиблювотні/нейролептики, антагоністи рецепторів дофаміну D2, які необхідні пацієнтам із нудотою або блюванням, що також сприяє засвоєнню решти лікування [1, 2].

Триптани є специфічними препаратами проти мігрені, ефективність і безпека яких доведена кількома клінічними випробуваннями, однак через їх вазоконстрикційний ефект вони протипоказані пацієнтам з неконтрольованою гіпертензією, коронарними, цереброваскулярними та периферичними судинними захворюваннями [1, 3]. При застосуванні слід контролювати можливі екстрапірамідні побічні ефекти та занепокоєння щодо потенційно постійної пізньої дискінезії, седатії та ортостатичної гіпотензії. Зараз доступно 7 триптанів і вибір того чи іншого має бути індивідуальним, виходячи з часу початку мігрені (вночі чи вдень), тяжкості початку (швидко чи прогресуюче),

наявності та часу нудоти чи блювання, рівня інвалідності та частоти та характеру нападів [1, 5].

Також можна комбінувати триптани з НПЗП або ацетамінофеном або використовувати альтернативні способи введення, такі як ін'єкції чи назальний спрей, що може бути пов'язано з кращими результатами, ніж стандартні дози триптану в таблетках. Дексаметазон може зменшити рецидив ранніх головних болів, але не забезпечує негайного полегшення [6].

Сучасне лікування мігрені передбачає поєднання профілактичної та невідкладної терапії. Профілактична терапія спрямована на зменшення частоти та тяжкості нападів мігрені, тоді як гостра терапія забезпечує полегшення під час нападу мігрені. Профілактичні методи лікування: препарати, що є схваленими для профілактики мігрені, включаючи бета-блокатори, блокатори кальцієвих каналів, антидепресанти та протисудомні засоби. Ці препарати призначаються на основі історії хвороби пацієнта, симптомів і загального стану здоров'я [1]. Також ін'єкції ботулінічного токсину виявилися ефективними для запобігання хронічній мігрені у деяких пацієнтів [6].

Немедикаментозне лікування можна застосовувати як допоміжне лікування, що включає зміну способу життя, регулярні фізичні вправи, йогу, тренування релаксації, когнітивно-поведінкову терапію, в залежності від бажання та можливостей пацієнта [1, 7].

Висновки

Актуалізація інформації про терапевтичний менеджмент мігренозного головного болю є важливим у роботі лікарів. Немає єдиного підходу до лікування мігрені. Кожен випадок має бути індивідуальним відповідно до його супутніх захворювань. Мультидисциплінарна команда забезпечує комплексний підхід в догляді та лікуванні за хворим, що може допомогти досягти найкращих можливих результатів у вирішенні проблем пацієнтів, що страждають на мігрень.

Список використаних джерел:

1. Aguilar-Shea AL, Membrilla Md JA, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. *Aten Primaria*. 2022 Feb;54(2):102208. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102208. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34798397; PMCID: PMC8605054.
2. Pescador Ruschel MA, De Jesus O. Migraine Headache. 2023 Feb 13. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 32809622.
3. Negro A, Koverech A, Martelletti P. Serotonin receptor agonists in the acute treatment of migraine: a review on their therapeutic potential. *J Pain Res*. 2018 Mar 8;11:515-526. doi: 10.2147/JPR.S132833. PMID: 29563831; PMCID: PMC5848843.
4. Dresler T, Caratozzolo S, Guldolf K, Huhn JI, Loiacono C, Niiberg-Pikksööt T, Puma M, Sforza G, Tobia A, Ornello R, Serafini G; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. *J Headache Pain*. 2019 May 9;20(1):51. doi: 10.1186/s10194-019-0988-x. PMID: 31072313; PMCID: PMC6734261.

5. Yang CP, Liang CS, Chang CM, Yang CC, Shih PH, Yau YC, Tang KT, Wang SJ. Comparison of New Pharmacologic Agents With Triptans for Treatment of Migraine: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Oct 1; 4 (10): e2128544. doi: 10.1001 / jamanetworkopen.2021.28544. PMID: 34633423; PMCID: PMC8506232.
6. Bhattacharjee, S., Maitra, S., Rakshit, S., & Mandal, R. (2020). Effectiveness and safety of botulinum toxin type A in chronic migraine: A systematic review and meta-analysis. Journal of the Neurological Sciences, 417, 117053.
7. Varkey, E., et al. "Physical activity and migraine: A randomized controlled trial." Headache, vol. 60, no. 3, 2020, pp. 539-548.

ЕТАПНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ СУЧАСНИХ БОЙОВИХ ТРАВМ

Гуца Сергій Геннадійович

кандидат медичних наук, доцент,

Державна установа «Український науково-дослідний

інститут медичної реабілітації та курортології

Міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса

ORCID: 0000-0003-3097-5258

Балашова Ірина Віталіївна

кандидат медичних наук, старший науковий співробітник,

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

ORCID: 0000-0002-7529-4045

Інтернет-адреса публікації на сайті:

<http://www.economy-confer.com.ua/full-article/4441/>

Бойовий травматизм та його наслідки – є сучасною поширеною та складною проблемою системи реабілітації військовослужбовців. Особливостями сучасної бойової травми та її наслідків є одночасна дія на організм неоднорідними факторами, залучення у патологічний процес різних органів і систем. Такий стан значно знижує якість життя хворих, призводить до обмеження професійної діяльності та боєздатності. Впровадження сучасних принципів надання реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій є невід'ємною складовою підвищення якості медичної допомоги. Тому, актуальним є визначення найкращих підходів щодо реабілітації військовослужбовців з наслідками бойового травмування для ефективного відновлення їх боєздатності та запобігання інвалідизації. Забезпечення скоординованості принципів проведення реабілітації можливе за умови впровадження принципів етапності, послідовності, індивідуального підходу. Неодмінною складовою в розробці системи надання реабілітаційної допомоги