

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ МОЗ УКРАЇНИ»

ДО 100-РІЧЧЯ З ДНЯ ЗАСНУВАННЯ

ДЕРЖАВНОГО ЗАКЛАДУ

*«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МОЗ УКРАЇНИ»*

*ТА 40-РІЧЧЮ З ДНЯ ВІДКРИТТЯ КАФЕДРИ
СТОМАТОЛОГІЇ ФАКУЛЬТЕТУ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ*



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**

м. Кривий Ріг

2016

<i>Зайцев Л.О.</i> «Досвід застосування нової шини при ортопедичному лікуванні пародонтиту»	80
<i>Кобиляк С.С.</i> «Аналіз якості відновлення оклюзійної схеми при реконструктивному лікуванні у хворих на патологічне стирання зубів»	90
<i>Коломоєц И.С., Машейко И.В., Герасимчук П.Г.</i> «Эффективность фиксации цельнолитых штифтовых конструкций на различные цементы в клинике ортопедической стоматологии»	92
<i>Комок А.А., Бондаренко Г.К., Книга Т.А.</i> «Тактика планирования хирургического лечения наркотозависимых с остеонекрозом челюстей»	47
<i>Комок А.А., Бондаренко Г.К., Улько Д.А., Чайкина О.М.</i> «Одонтогенная невралгия тройничного нерва и одонтогенная дентальная плексалгия»	43
<i>Комок А.А., Терешков Д.Ю., Вихрова В.В.</i> «Наш метод восстановления нижней губы после ее тотальной резекции по поводу рака»	45
<i>Котелевський Р.А.</i> «Порівняльна оцінка плинності силіконових відбиткових матеріалів»	74
<i>Кривчук А.А., Альберт Е.Л., Крыжановский А.Е.</i> «Сравнительная характеристика метода компрессионного прессования пластмассы при изготовлении съёмных акриловых протезов с использованием I и III классов гипса»	94
<i>Кузьміна А.П., Князева О.В., Хакімова Т.В.</i> «Особливості перебігу ревматичної поліміалгії»	51
<i>Кузьміна А.П., Князева О.В., Хакімова Т.В.</i> «Ревматична поліміалгія асоційована з пухлинами»	50
<i>Кузьміна Г.П., Маркова О.Я., Князева О.В.</i> «Діагностичний пошук в рамках анемічного синдрому»	52
<i>Маджді Аліакбар, Ідашкіна Н.Г., Малишева Н.П.</i> «Нові методи лікування переломів нижньої щелепи»	41
<i>Маліновський В.Г.</i> «Відтворення динамічної оклюзії в комплексному лікуванні генералізованого пародонтиту»	96
<i>Маркова О.Я., Кузьміна Г.П., С.В. Швець</i> «Оцінка рівня знань лікарів загальної практики щодо питань остеопорозу»	21
<i>Меладзе І.Н.</i> «Дослідження впливу мукоадгезивного гелю «квергіал» на рівень маркерів запалення в пародонті шурів з експериментальним метаболічним синдромом»	97
<i>Мокія – Сербина С.А., Литвинова Т.В., Приходько Н.А. *</i> «Значение потового теста в современной диагностике муковисцидоза»	23
<i>Мокія-Сербина С.А., Заболотня Н.И., Плохинов Г.А., Гордеева А.А.</i> «Респираторная заболеваемость детей с клинико-фенотипическими проявлениями соединительнотканной недостаточности»	32
<i>Мокія-Сербина С.А., Шульга Д.И. *, Литвинова Т.В.</i> «Актуальные вопросы совершенствования медико-психологической помощи детям с пороками грудной клетки»	21
<i>Помойницький В.В.</i> «Ускладнення штифтового протезування в наслідок помилкових лікарських дій»	99
<i>Потабашній В.А., Князева О.В., Азаренко В.Є.</i> «Тривожно-депресивні розлади у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень»	49
<i>Потабашній В.А., Фесенко В.І., Маркова О.Я., Швець С.В.</i> «Застосування методу «пошуково-дослідницьких проектів» при вивченні теми практичного заняття «хронічні гепатити: діагностика, диференційна діагностика, лікування» лікарями-інтернами загальної практики-сімейної медицини»	27
<i>Потабашній В.А., Фесенко В.І., Швець С.В.</i> «Поглиблення знань та вмінь з питань невідкладної допомоги – невід'ємна складова післядипломної освіти лікарів загальної практики-сімейних лікарів»	103

Маркова О.Я., Кузьміна Г.П., Швець С.В.

Оцінка рівня знань лікарів загальної практики щодо питань остеопорозу

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини факультету післядипломної освіти, м. Кривий Ріг

Проведена оцінка рівня знань проблеми остеопорозу (ОП) лікарями загальної практики, які проходили навчання на кафедрі, за даними анонімного опитування.

Матеріали і методи: проведено опитування 143 лікарів загальної практики за такими питаннями: частота зустрічальності хворих на остеопороз в їх клінічній практиці, фактори ризику, методи діагностики та діагностичні критерії, тактика ведення.

Результати та обговорення. В своїй практичній діяльності, 42% опитаних лікарів зустрічали пацієнтів з низькоенергетичними переломами, діагноз ОП був виставлений лише в 40% випадків. В своїй практиці лише 27% лікарів використовують денситометрію як метод діагностики ОП. Не один з лікарів не використовує метод прогнозування абсолютного 10-річного ризику переломів з використанням моделі FRAX. При лікуванні пацієнтів на ОП 94% призначають препарату кальцію з вітаміном D, і лише 27% призначають патогенетичну терапію бісфосфонатами, стронцію ранелатом або деносумабом. Фактори ризику вірно вказали лише 20% лікарів. Задовільність своїм рівнем знань щодо ОП відмітили лише 35% лікарів.

Висновки: Недостатній рівень знань проблеми ОП, факторів ризику, методів діагностики та діагностичних критеріїв, тактики ведення даної групи хворих, потребує проведення додаткових навчальних заходів для лікарів загальної практики.

Мокия-Сербина С.А., Шульга Д.И.*, Литвинова Т.В.

Актуальные вопросы совершенствования медико-психологической помощи детям с пороками грудной клетки

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗУ», кафедра педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики

*КУ «8 городская клиническая больница» областного совета

Врожденные деформации грудной клетки в виде воронкообразной и килевидной встречаются более чем у 0.3% населения. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) встречается в 5-7 раз чаще чем килевидная деформация грудной клетки (КДГК).

Общепризнанным методом лечения деформаций грудной клетки является исключительно хирургическая коррекция. В последние 20 лет наиболее приемлимыми методами оперативного лечения считаются малоинвазивные операции, которые исключают проведение каких-либо резекций реберно-грудинного комплекса.

В клинике с 2009 года по настоящее время прооперировано 120 детей с деформациями грудной клетки. У 60 детей проведены операции по коррекции ВДГК, среди них 41 мальчик и 19 девочек. У 60 детей выполнены операции по поводу КДГК, среди них 50 мальчиков и 10 девочек. Все операции выполнялись с использованием металлической титановой корригирующей пластины, которая располагалась на грудинно-реберном каркасе спереди по собственной методике. Возраст оперированных детей от 4 до 18 лет. Через 2-4 года после коррекции деформации проводилась повторная операция с целью удаления корригирующей пластины.

Всем детям до и после операции выполнялось исследование сердечно-сосудистой системы, которое кроме общеклинических методов включало проведение ЭКГ, РеоКГ, ЭхоКГ. Для исследования дыхательной системы проводили спирографию (Spirolab 3) в динамике до и после операции.

Изменения со стороны костно-мышечной системы выявлялись при общеклиническом исследовании, а также с помощью рентгенографии, а при необходимости выполнялось КТ-исследование грудной клетки. Более, чем у 70% пациентов были обнаружены сколиоз, плоскостопие, гипермобильность суставов, гиперрастяжимость кожи. До проведения операции при проведении спирографии у 87% больных были выявлены нарушения ФВД, с преобладанием нарушений по рестриктивному типу.

При общеклиническом исследовании больных во время исследования сердечно-сосудистой системы только 9% пациентов не имели никаких отклонений, у всех остальных отмечались жалобы на боли в области сердца, особенно при физической нагрузке, вялость, быстрая утомляемость. При проведении ЭКГ при обоих видах деформации была выявлена аритмия у 24%, неполная блокада правой ножки пучка Гиса (31%), причем при ВДГК частота ее была в 2 раза выше, чем при КДГК. Во время выполнения РеоКГ в равной степени и при КДГК был повышен сердечный выброс (63%), отмечался гиперкинетический тип центральной гемодинамики (57%), что свидетельствовало о повышении нагрузки на сердечную мышцу. Сократительная активность правого и левого желудочков была повышена до 60%, причем при килевидной деформации сократительная активность левого желудочка была в 2 раза выше чем правого. При проведении ЭхоКГ выявлен пролапс митрального клапана при ВДГК около 22%, а при КДГК 18%. Также выявлялись у 24% пациентов диагональные трабекулы и добавочные хорды в левом желудочке. У всех пациентов с

деформациями грудной клетки при проведении ЭхоКГ и РеоКГ выявлены признаки легочной гипертензии, причем при ЭхоКГ у 37% пациентов, а при РеоКГ у 72%.

После проведения оперативного лечения и удаления металлической корригирующей пластины, в среднем через 2-4 года, повторно определялись показатели кардиогемодинамики и проводились спирометрические исследования. Нормализация показателей кардиогемодинамики отмечено у 85-92% пациентов, что проявлялось в снижении повышенной сократительной активности правого и левого желудочков у 97% больных, нормализации сердечного выброса. Показатели легочной гипертензии нормализовались практически у всех прооперированных больных. После проведения операции показатели спирометрии значительно улучшились и нормализованы у 82% пациентов.

Выводы. Проведение малоинвазивного способа передней пластики при деформациях грудной клетки у детей, кроме достижения хорошего косметического результата, приводит к нормализации деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Мокия – Сербина С.А., Литвинова Т.В., Приходько Н.А.*

Значение потового теста в современной диагностике муковисцидоза

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗУ», кафедра педиатрии, семейной медицины и клинической лабораторной диагностики

**КУ «8городская клиническая больница» областного совета*

Муковисцидоз – заболевание, которое стало в настоящее время национальной приоритетной программой в Украине. Своевременная диагностика и совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий способствуют увеличению средней продолжительности жизни больных. На сегодня в г. Кривом Роге проживает 26 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Муковисцидоз является одним из трудно диагностируемых заболеваний. Клиническая картина его многообразна, так как причину болезни составляет более 3000 мутаций в гене муковисцидоза. «Золотым стандартом» в диагностике остается потовый тест, который в 90% случаев может подтвердить или исключить муковисцидоз. Доступным на сегодня является метод классический по Гибсону-Куку, определяющий концентрацию хлоридов в потовой жидкости. Потовый тест методом пилокарпинового электрофореза по Гибсону-Куку (1959 год), является во многих зарубежных программах окончательным т.е. подтверждающим диагноз особенно в тех случаях, когда ДНК оказалась