

відділах вона має певні структурні та функціональні відмінності, що мають значення для забезпечення захисних функцій.

В ході дослідження нами було встановлено, що при відсутності запалення війчасті клітини багаторядного миготливого епітелію, займають проміжне розташування відносно келихоподібних та миготливих клітин. Їх цитоплазматична мембрана не має війок. Базальна частина цих клітин розташовується між короткими та довгими вставними клітинами, де вона досягає базальної мембрани.

При хронічному риніті у фазі його загострення в епітелії, розташованому в задніх ділянках носових раковин, можуть виникати деструктивні процеси у клітинах миготливого епітелію. Спостерігається їх системне заміщення на келихоподібні клітини. Спостерігаються виражені патологічні зміни клітин миготливого епітелію у вигляді часткової або повної втрати війок. В окремих випадках спостерігались деструктивні процеси в цитоплазмі. Виявлено феномен келихоклітинної трансформації – заміщення клітин війчастого епітелію на келихоподібні.

Значною мірою у цій трансформації приймають участь стовбурові клітини. Цей процес трансформування найбільшою мірою активізується у зоні росту крипт.

Висновки: клініко-морфологічне дослідження дало можливість визначити, що слизова різних відділів верхніх дихальних шляхів має типові універсальні механізми захисту. Мукоциліарний, лімфоепітеліальний, мукогландулярний і стромально-судинний бар'єри забезпечують її місцевий захист на різних рівнях в структурній організації слизової дихальних шляхів.

НЕЙРОПСИХІАТРИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Молодцова Є.Ю., Дронгаль М.Ю., Орлова О.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Скрипніков А.М.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Українська медична стоматологічна академія

Інсульт та психоз є одними з найважчих станів для здоров'я. В цілому, кожен рік у 16 мільйонів чоловік трапляється інсульт, з них гине близько 5,7 мільйона осіб, а 5 мільйонів залишаються з довготривалими порушеннями. Нейропсихіатричні симптоми після інсульту зустрічаються, принаймні, у 30% осіб, які перенесли інсульт, та є основним предиктором несприятливого прогнозу, а особлива комбінація інсульту і психозу вважається одним із найсерйозніших постінсультних станів. Нейропсихіатричні симптоми в гострий період інсульту є досить частими і серйозно впливають на якість життя. За даними наукової літератури, середній вік постінсультних психозів та інсультів гострого періоду становить

66,6 років. Дана патологія частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок (Є. Касьянов, 2018).

У гострому періоді порушень мозкового кровообігу, з числа психічних розладів частіше зустрічаються порушення свідомості, які спостерігаються при розвитку деліріозних станів. За даними зарубіжних авторів, частота делірію після інсульту досягає 30% і більше (Кутлубаєв М.А. 2011). При цьому, у вітчизняній літературі недостатньо інформації щодо спеціальних клініко-епідеміологічних досліджень постінсультних деліріозних розладів та механізмів їх розвитку. Клінічна практика, разом з тим, показує, що у пацієнтів, які перенесли делірій в гострому періоді інсульту, вище рівень летальності, а також ризик розвитку деменції і, відповідно, потреби в сторонньому догляді згодом.

Останні дослідження показують, що нейропсихіатричні ускладнення гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК), незалежно від феноменології (емоційні, поведінкові та когнітивні), негативно впливають не тільки на соціальне функціонування, але і загальну якість життя таких пацієнтів. Увагу науковців останні роки привертає дослідження апатії, астенії, депресії, тривоги в гострому та постінсультному періоді. При цьому патогенез психічних розладів при ГПМК залишається недостатньо вивченим. Неясні і феноменологічні відмінності між апатією, астенією та депресією, що вимагає окремого їх вивчення. Усе перераховане зумовило актуальність обраної теми нашої роботи.

Метою роботи було виявлення частоти виникнення психопатологічних розладів у пацієнтів в гострому періоді порушення мозкового кровообігу.

Проведено клінічне дослідження 10 пацієнтів з ГПМК, що перебували в гострому періоді та знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні судинної патології 1 Міської клінічної лікарні м. Полтава та Полтавської ЦРЛ (неврологічне відділення), віком від 50 до 83 років.

Методами дослідження були клініко-психопатологічний та інструментальний з використанням даних КТ та МРТ.

За результатами нашого спостереження (табл.1), для всіх пацієнтів були характерні почуття тривоги, апатія, тривале та стійке зниження настрою, відсутність мотивації щодо лікування. У 2 (20%) пацієнтів на фоні ішемічного ураження мозку в басейні лівої середньої мозкової артерії в день надходження до стаціонару у вечірній час спостерігався психотичний епізод судинного делірію з дезорієнтацією, галюцинаціями та психомоторним збудженням. У 2 (20%) пацієнтів на фоні ішемічного ураження мозку в басейні задніх мозкових артерій спостерігались порушення сприйняття у вигляді галюцинацій без агресивної поведінки. У 3 (30%) пацієнтів на фоні ішемічного ураження мозку в басейні середньої мозкової артерій та вертебро-базиллярному басейні спостерігались астенія та депресія, обумовлені вираженістю неврологічного дефіциту, ступенем постінсультної інвалідизації і когнітивних порушень.

У 2-х (20%) пацієнтів з геморагічним типом ураження мозку, незалежно від локалізації вогнища, спостерігався гострий стан сплутаності, з вибухами агресії та психомоторним збудженням. У 1 (10%) пацієнта на фоні транзиторної ішемічної атаки спостерігалися симптоми тривожного розладу без будь-яких інших психічних ускладнень, який був також обумовлений вираженістю неврологічного дефіциту.

Таблиця. Нейропсихіатричні ускладнення, асоційовані з інсультом

Психопатологічні розлади	Поширеність	Головні клінічні прояви
Депресія	30%	Пригнічення настрою і апетиту, гіпоактивність, зниження маси тіла, безсоння, соціальна відгороженість
Тривога	100%	Очікування неминучості, внутрішній неспокій, м'язова напруженість
Апатія	30%	Втрата зацікавлень, мотивації і потягів
Судинний делірій	20%	Дезорієнтація, галюцинації та психомоторне збудження
Гострий стан сплутаності	20%	Дезорієнтація, спалахи агресивної поведінки, тривоги, плачу

Таким чином, серед численних нейропсихіатричних ускладнень, що супроводжують ГПМК, найпоширенішими залишаються депресія, апатія, тривога та постінсультні психози. Ці стани часто один щодо одного є взаємопов'язані. Окрім дистресорного впливу, вони асоціюються з певною локалізацією уражень і мають несприятливий вплив на відновлення фізичних функцій. Використання превентивних стратегій щодо інсульту, лікування його нейропсихіатричних симптомів сприятиме поліпшенню прогнозу та якості життя даної когорти пацієнтів.

ТОПОГРАФІЯ ВУСТІВ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ, ЇЇ ВАРІАНТИ

Мороз Р.Р., Алексєєва Я.О., Васильєва О.Б., Рахінський Д.В.

Наукові керівники: проф. Скрипнікова Т.П., к.мед.н. Хавалкіна Л.М., к.мед.н. Геранін С.І.

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Будова кореневих каналів різних груп зубів значно відрізняється одна від одної. Знання топографії вустів кореневих каналів та її різновиди необхідні при виконанні ендодонтичних маніпуляцій.

Для проведення ендодонтичного лікування існує наступна послідовність дій: розкриття порожнини зуба; виявлення і розширення вусть кореневих каналів; визначення робочої довжини кореневих каналів; меха-