

чиною ретенуваних центральних різців верхньої щелепи, дозволяє уникнути багатьох ускладнень і суттєво скоротити тривалість хірургічно-ортодонтичного лікування. Суттєвим чинником успіху цього лікування є визначення положення ретенуваного зуба з метою найкращого методу його хірургічного відкриття та ортодонтичного виведення у зубну дугу.

Пацієнтам із ретенуваними центральними різцями верхньої щелепи, обумовленими надкомплектними зубами, необхідно провести ортодонтичне лікування у кілька етапів, а термін виведення у зубну дугу значно менший у пацієнтів, лікування яких здійснювали у ранній період змінного прикусу.

## **ПІСЛЯТРАВМАТИЧНІ НЕЙРОДИСТРОФІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ПОШКОДЖЕНЬ КІНЦІВОК**

**Стегній М.Е.**

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Павленко С.М.**

*Кафедра дитячої хірургії з травматологією та ортопедією  
Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Нейродистрофічні синдроми, які ускладнюють різні пошкодження кінцівок є на сьогодні однією із складних проблем для лікарів різних спеціальностей. Вирішення проблеми їх діагностики та лікування має не тільки важливе медичне значення, але й соціальне, бо перебіг їх досить тривалий, результати можна отримати через достатній проміжок часу, і не факт, що вони будуть повністю задовольняти пацієнта та лікаря. Більша частина пацієнтів працездатного віку, а в наслідок нейродистрофічних ускладнень втрата працездатності обчислюється багатьма місяцями.

Мета роботи. Аналіз помилок в діагностиці та лікуванні та покращення результатів лікування післятравматичних нейродистрофічних ускладнень пошкоджень кінцівок.

Методи дослідження. Нами проведений аналіз результатів лікування 73 хворих з переломами променевої кістки в типовому місці (дистальний метаепіфіз) та переломами кісточок гомілки за 2018 рік та три місяці 2019 року, що проходили лікування у травматологічних відділеннях поліклініки та стаціонару 1 міської клінічної лікарні. Більшість хворих – жінки (55 пацієнтки) в віці 45-65 років. Клінічні обстеження спостерігаємих хворих проводились по загальній схемі з обов'язковими рентгенологічними дослідженнями, ЕНМГ, а також розрахунком вегетативного індексу Кердо. Всі пацієнти були розподілені на групи згідно форми перебігу патологічного процесу: набрякова форма (тканьова) – жінки – 19 хворих, чоловіки – 7; больова (нейрогенна) – жінки -10, чоловіки – 5; змішана – жінки – 26, чоловіки – 6. Лікування проводилось з урахуванням форми патологічного процесу, індекса Кердо та даних лабораторних досліджень.

Результати досліджень. Оцінювання результатів використовувалась візуально-аналогова шкала болі (ВАШ) – для визначення сили болі та опитувальник DN4- для визначення характеру болі. Після перелому променевої кістки в типовому місці у 40 хворих сформувався синдром Зудека (післятравматична кісткова атрофія), у 8 – синдром карпального каналу. У 7 пацієток виник синдром Зудека після переломів кісточок гомілок. У чоловіків (18 пацієнтів) – синдром Зудека виник після переломів дистального відділу гомілкової кістки (кісточкові переломи) у 11 хворих, у 7 – після перелому дистального метаепіфіза променевої кістки. Пацієнти, лікування яких відбувалось з урахуванням патогенетичних особливостей мали добрий результат у 87% випадків. Це дозволило скоротити строки непрацездатності у працюючих пацієнтів та покращити якість життя непрацюючим.

Виводи. Покращення результатів лікування пацієнтів з післятравматичними нейродистрофічними ускладненнями пошкоджень кінцівок досягається послідовністю та наступністю заходів розробленої системи відновного лікування, яка включає комплексну методику ранньої діагностики та патогенетично обгруновану терапію.

### **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ ІНГІБІТОРАМИ ФАКТОРУ НЕКРОЗУ ПУХЛИНИ**

***Степаненко А.М., Бібліва І.І., Монастирський О.В., Онищенко К.І.,  
Подстриганова Ю.О., Ткаченко М.О.***

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Волченко Г.В.**

*Кафедра сімейної медицини і терапії*

*Українська медична стоматологічна академія*

Асоційована із станом здоров'я якість життя пацієнтів з ревматоїдним артритом (РА) є важливим орієнтиром і кінцевою точкою якості терапії. Незважаючи на значну клінічну ефективність традиційної низькодозової терапії глюкокортикоїдами і метотрексатом, особливо на виразність ексудативного компоненту артриту, інші аспекти цієї важкої хвороби (втомлюваність, позасуглобові прояви, ускладнення стандартного лікування і власне самого захворювання) обумовлюють вкрай погану якість життя пацієнтів із РА.

Метою роботи була оцінка впливу на якість життя пацієнтів із РА додавання до стандартної терапії інгібіторів ФНП (адалімумаб, етанерцепт та інфліксімаб).

Було здійснено аналіз медичної документації 32 пацієнтів із РА, які через низьку ефективність стандартних засобів, отримували в додаток лікування інгібіторами фактору некрозу пухлини. Оцінка якості життя здійснювалася за допомогою опитувальників SF-36 і HAQ II на початку і через 3 місяці застосування інгібіторів ФНП. Стандартизовані опитувальники дозволяють у числовому еквіваленті відобразити ступінь невідповідності