

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 пацієнток 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 інфліксимаб).

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

поточної суб'єктивної оцінки деяких параметрів якості життя уявленню пацієнта про «ідеальний стан» за умови гіпотетичної відсутності захворювання.

Таблиця.

Опитувальники	На початку лікування інгібіторами ФНП, М (SD)	Через 3 місяці лікування інгібіторами ФНП, М (SD)	t-критерій для пов'язаних вибірок
HAQ II	1.9 (0.6)	1.2 (0.7)	p<0.05
SF-36 Функціональний стан	30.4 (21.5)	53.8 (27.6)	p<0.05
Обмеження через фізичний стан	16.9 (29.4)	50.1 (37.8)	p<0.05
Біль	29.7 (21.6)	55.0 (29.8)	p<0.05
Загальна оцінка здоров'я	42.7 (18.0)	60.7 (20.2)	p<0.05
Соціальна адаптованість	46.5 (25.0)	65.5 (25.9)	p<0.05
Життєдіяльність	50.3 (26.1)	58.4 (22.1)	p>0.05
Обмеження через емоційний стан	30.0 (35.2)	57.8 (46.3)	p<0.05
Психічне здоров'я	50.2 (23.4)	64.7 (25.1)	p<0.05

Таким чином, незважаючи на тривале застосування (не менше 5 років для більшості пацієнтів) засобів базисної терапії, лікування анти-ФНП, вже через 3 місяці значно покращувало якість життя та їх функціональний стан. Особливо вплинули на позитивну динаміку якості життя секції «загальний стан», «психічне здоров'я» та «оцінка болю».

СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕНТГЕНДІАГНОСТИКИ В ОРТОДОНТІЇ

Сутуліна А.Є., Михайленко І.М., Рудь Ю.В., Обаїді Авс.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Макарова О.М., ас. Виженко Є.Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Українська медична стоматологічна академія

Цефалометричний аналіз в ортодонтії необхідний для постановки правильного діагнозу, складання плану лікування, а також контролю ефективності останнього. Звичайний цефалометричний аналіз в ортодонтії виконується на основі телерентгенограм (ТРГ) - рентгенографічного знімка черепа в профіль (в бічній проекції), на якому можна побачити зуби верхньої і нижньої щелеп, м'які і тверді тканини лицьового черепа. Цифровий знімок на основі ТРГ є двовимірним зображенням.