



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ**

---

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**



**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ  
26 ТРАВНЯ 2020 РОКУ**

Полтава – 2020

складала 93%, молярах – 92%, різцях на нижній щелепі – 90%, різцях на верхній щелепі – 80%, в іклах – 54%.

Проведення внутрішньопульпарної анестезії в зубах на верхній і нижній щелепах показало знеболювання у 95-96%, при цьому однаковий часлатентного періоду (15-30 сек) та тривалості анестезії (20-30 хв).

Таким чином, шлях до гарантованої і передбачуваної анестезії лежить у підвищеній увазі та індивідуальному підході до кожного окремого пацієнта, в ретельному зборі анамнезу, вмінні і готовності надати необхідні заходи невідкладної допомоги.

## **ЗВ'ЯЗОК АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ З ПТСР**

*Кірічок Д.А., Томіленко К.В.*

**Науковий керівник: ас. к.мед.н. Гринь К.В.**

*Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології*

*Українська медична стоматологічна академія*

Походження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) абсолютно чітко пов'язано з вкрай важким переживанням, яке виходить далеко за рамки звичайного людського досвіду. Війни, раптові техногенні та природні катастрофи, грубе і загрозливе життя насильство – ситуації, переживши які, людина ризикує захворіти ПТСР. Переважна кількість бійців, які приймали участь у бойових діях, страждають на вказану психічну патологію. За різними даними від 70 до 90% учасників бойових дій страждають на больовий синдром різної локалізації, пов'язаний з перенесеними травмами під час бойових дій. Природно, останній позначається на емоційному стані пацієнта – знижується настрій, з'являється дратівливість, невмотивована тривога. На тлі такого стану нерідко виникають тривожні та депресивні розлади. Своєчасне виявлення і корекція афективних розладів у пацієнтів з ПТСР та хронічним больовим синдромом могло б прискорити процеси реабілітації даних хворих.

Мета дослідження: виявити поширеність тривожних і депресивних розладів у хворих з хронічним больовим синдромом різної локалізації у пацієнтів-учасників бойових дій з ПТСР.

Матеріали та методи. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 40 пацієнтів – учасників бойових дій (АТО), які страждали на посттравматичний стресовий розлад. Ці особи перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні психіатричному для інвалідів та ветеранів війни КП «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня імені О.Ф. Мальцева Полтавської облради» у період з 2019 по 2020 рік. У процесі обстеження та лікування всіх пацієнтів було поділено на дві клініко-діагностичні групи за критерієм наявності больового синдрому. При призначенні лікування керувалися уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (Київ, 2016), а також методичними рекомендаціями з діагностики, лікування та профілактики медико-психологічних наслідків бойових дій у сучасних умовах (Харків, 2014).

Усім пацієнтам на етапі госпіталізації було проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та лабораторне обстеження, ЕКГ, ЕЕГ-дослідження, огляд спеціалістів (терапевта, невролога, офтальмолога, хірурга). За

необхідності проводили КТ-обстеження головного мозку, інших зон, УЗД ОЧП, огляд травматолога, нарколога та інших лікарів за призначенням. Особливої уваги надавали психодіагностичному обстеженню, яке проводили як лікар-психіатр, так і медичний психолог. Були використані наступні психодіагностичні шкали для оцінки психічного стану: Міссісіпська шкала (військовий варіант), шкала на наявність генералізованого тривожного розладу (GAD-7), шкала на визначення ступеню депресії (PHQ-9), шкала ангедонії Стайта-Гамільтона (Snaithe-Hamilton Pleasure Scale – SHAPS).

Усі пацієнти отримували анксиолітичну, антидепресивну, нормотимічну терапію. У процесі лікування всі пацієнти отримували психотерапевтичне лікування, як у індивідуальній, так і в груповій формах, за програмою реабілітації для військовослужбовців.

За фактом наявності больового синдрому пацієнти були розподілені на дві клініко-діагностичні групи.

До I клінічної групи увійшли 20 (50 %) обстежених з посттравматичним стресовим розладом, до II групи також увійшли 20 (50 %) пацієнтів з ПТСР з коморбідним больовим синдромом різної локалізації.

Усі пацієнти мали від 98 до 145 балів за Міссісіпською шкалою (військовий варіант), що свідчить про наявність ознак клінічного варіанту ПТСР; більше 8 балів за шкалою GAD-7 (шкала на наявність генералізованого тривожного розладу), що свідчить про наявність тривожного синдрому; від 12 до 25 балів за шкалою PHQ-9 (шкала на визначення ступеню депресії), що свідчить про наявність депресивного синдрому (від помірного до важкого); від 61% до 84% за шкалою ангедонії Стайта-Гамільтона (Snaithe-Hamilton Pleasure Scale – SHAPS), що свідчило про наявність вираженої ангедонії.

Результати. Згідно клінічного спостереження за пацієнтами, провівши аналіз результатів психодіагностичних шкал виявлено, що у пацієнтів I групи синдромальну перевагу мав депресивний синдром (60%), тривожний синдром мав менше відсоткове співвідношення (40%). У пацієнтів II групи, які мали окрім симптомів ПТСР коморбідний больовий синдром зареєстроване інше відсоткове співвідношення тривожного та депресивного синдромів – 80% та 20% відповідно. Сході результати виявлено і при оцінці ступеню вираженості тривожної та депресивної симптоматики: у пацієнтів з ПТСР вищі бали за шкалами для виявлення депресії, ніж шкалами для діагностики тривоги на відміну від пацієнтів II групи, у яких бали за шкалою діагностики тривожного розладу значно вище, ніж бали за шкалою для діагностики ступеню вираженості депресії.

Це відбивалося на формуванні терапевтичної стратегії, оскільки наявність больового синдрому, більша інтенсивність тривожного компоненту потребували додаткових медикаментозних призначень у вигляді аналгетичних та анксиолітичних препаратів. З групи антидепресантів перевагу віддавали препаратам з більш вираженою седативною та протитривожною дією.

Висновки. Оцінюючи результати лікування пацієнтів з ПТСР та коморбідним больовим синдромом можна зробити висновок, що підбір як медикаментозної терапії, так і психотерапевтичних заходів, не дивлячись на наявність чітких терапевтичних рекомендацій за «Протоколами» повинен бути індивідуальним. Необхідно обов'язково враховувати наявність супутньої соматичної, неврологічної патології.

У пацієнтів з ПТСР та коморбідним больовим синдромом переважає тривожна симптоматика. Вони потребують призначення антидепресивних препаратів з більш вираженим седативним та анксиолітичним ефектом.

## **ПРОЛОНГОВАНА ЕПІДУРАЛЬНА БЛОКАДА В КОМПЛЕКСНІЙ ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

*Коваленко І.М., Харченко А.В.*

**Науковий керівник: доц. Могильник А.І.**

*Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Гострий панкреатит (ГП), незважаючи на стрімкий розвиток медицини та удосконалення методів лікування, є однією з найбільш важливих проблем не тільки хірургії, а й анестезіології та реаніматології. Захворюваність в Україні на ГП становить 65-69,5 осіб на 100 тис. населення, причому цей показник щорічно зростає. Причинами такої ситуації є, по-перше, зростання хронічного алкоголізму і жовчнокам'яної хвороби, по-друге, покращення діагностики цього захворювання на ранніх етапах. В даний час специфічна терапія відсутня. В складі комплексної інтенсивної терапії ГП крім симптоматичного лікування (оксигенація, масивна регідратація, знеболення, раннє харчування та використання антибактеріальних засобів) доцільним є використання пролонгованої епідуральної блокади.

Мета дослідження. Метою даної роботи є оцінка ефективності і результатів з астосування комплексної інтенсивної терапії з використанням пролонгованої епідуральної блокади (ПЕБ).

Матеріали і методи. Було проведено аналіз дослідження в якому використовувались дані обстеження і лікування 22 хворих у віці від 25 до 80 років госпіталізованих до КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» з ГП середнього та важкого ступеня. Всі хворі були розділені на 2 групи (основна – застосування ПЕБ в складі комплексної інтенсивної терапії, контрольна – ПЕБ не проводилась з різних причин).

Результати. Усі пацієнти, які були включені в дослідження, надходили до стаціонару лікарні з клінічними ознаками ГП середнього та важкого ступеня, в яких від дебюту захворювання до госпіталізації пройшло менше 48 годин. На момент надходження спостерігалось підвищення рівня альфа-амілази крові до  $119 \pm 19$  ОД, альфа-амілази сечі до  $1760 \pm 172$  ОД та загального білірубину до  $38,30 \pm 6,1$  мкмоль/л. Показники внутрішньочеревного тиску при надходженні досягали 17,9 мм.рт.ст.

Хворим, що входили до основної групи ПЕБ була виконана в перші 2 доби від початку захворювання. За результатами проведеного дослідження встановлено, що в першу добу інтенсивної терапії на фоні системної запальної реакції, у відповідь на введення місцевих анестетиків у епідуральний простір підвищується ризик розвитку гіпотензії, у зв'язку з чим є обов'язковим динамічний контроль центральної гемодинаміки. В умовах епідуральної блокади зниження альфа-амілази відбувається в два етапи. Перший етап відбувається впродовж перших 6-10 годин, в цей час відмічається зниження амілази крові до  $100 \pm 19$  Од/л, хоча рівень амілази сечі продовжує зростати до  $1900 \pm 172$  Од/л. Другий етап розпочинається на 3-ю добу, коли знижується рівень альфа-амілази в крові до  $17,6 \pm 5,7$