

гострого інфаркту міокарда покращує клінічний перебіг захворювання, зменшує вираженість аритмогенного синдрому, рецидування больового синдрому, підвищує скоротливу здатність міокарда, за рахунок своєї мембраностабілізуючої, антиоксидантної та ендотелій-протекторної дії.

ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ НА ФОНІ ЛІКУВАННЯ ЗАСОБАМИ БІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Волкова В., Дем'яненко В., Назарова А., Бутенко М., Тімощук А.

Науковий керівник: доцент Волченко Г.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Псоріатичний артрит (ПсА) залишається актуальною клінічною проблемою, багато в чому, через недостатню ефективність традиційних синтетичних базисних засобів (метотрексат, лефлуномід, сульфасалазин) і погану якість життя (ЯЖ). Ми спостерігали за їх впливом на показники ЯЖ у довгостроковій перспективі (6 і більше місяців). У кращому випадку, ЯЖ залишалася стабільно низькою, іноді навіть погіршувалася. При цьому, ЯЖ є важливим орієнтиром і кінцевою точкою якості лікування. Останніми роками, значна частка пацієнтів, по мірі появи такої можливості, відмовляючись від синтетичних засобів, надає перевагу значно ефективнішим та безпечнішим біологічним препаратам.

Метою роботи була оцінка впливу на якість життя пацієнтів із ПсА біологічної терапії.

Ми вивчили динаміку показників ЯЖ у 29 пацієнтів із ПсА, які протягом 6 місяців лікувалися виключно одним із біологічних препаратів: рісанкізумаб (2), голімумаб (20) або адалімумаб (7). 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. Оцінка якості життя здійснювалася за допомогою загальної оцінки асоційованої із станом здоров'я ЯЖ (SF-36), індексу недієздатності пацієнта із ревматичним захворюванням (HAQ-DI), дерматологічний індекс ЯЖ (DLQI) та шкала втомлюваності (FACIT).

Опитувальники	На початку лікування, М (SD)	Через 6 місяців біологічної терапії, М (SD)	t-критерій для пов'язаних вибірок
SF-36	28.3 (12.1)	64.6 (11.8)	p<0.01
HAQ-DI	2.2 (0.5)	0.5 (0.4)	p<0.01
DLQI	12.8 (2.4)	2.9 (2.0)	p<0.01
FACIT	14.4 (3.6)	32.1 (3.8)	p<0.01

Спостереження за відчутною, іноді драматичною, позитивною динамікою суглобового синдрому і псоріатичної висипки обумовило передбачуваність радикального покращення ЯЖ. Ми пов'язуємо отримані результати із високою ефективністю та гарною переносимістю біологічної терапії. Очевидно, що протилежні результати, отримані на фоні терапії традиційними синтетичними засобами, обумовлені їх токсичністю, частими побічними реакціями і недостатньою ефективністю.

ПРОФІЛАКТИКА МАСИВНИХ АКУШЕРСЬКИХ КРОВОТЕЧ ПРИ КЕСАРСЬКОМУ РОЗТИНІ У ЖІНОК ІЗ ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

Гакман Є., Василенко І., Шамілова А., Матвієнко І.

Науковий керівник: доцент Добровольська Л.М.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Передлежання плаценти є однією із основних причин масивних акушерських кровотеч (МАК) як до, так і під час кесарського розтину (КР). Відповідно сучасним стандартам, при високому ризику МАК після вилучення дитини профілактично вводяться утеротоніки (окситоцин або ергометрин, карбетоцин, простагландини E₁ та E₂) та вазоконстриктори – терліпресин. У жінок із гіпертензивними розладами застосування ергометрину, карбетоцину і терліпресину небезпечно, оскільки може призводити до підвищення центрального венозного та артеріального тисків. Інтраопераційне введення окситоцину викликає короткочасний скорочуючий ефект. Поетапна деваскуляризація матки шляхом перев'язки магістральних