

По результатах проведеного лікування у 71,6% визначається значне зменшення інтенсивності головокружіння у 65,3% пацієнтів, регрес дзвону та шуму у вухах у 40,9% пацієнтів, зменшення симптомів вегетативної лабільності у 31,9% пацієнтів. Також відзначалося зменшення інтенсивності больових синдромів: - болю у шиї та спині - у 82,9% пацієнтів, головного болю у 73,2% пацієнтів, капдіалгії - у 66,8% пацієнтів. Майже усі пацієнти в відзначали покращення пам'яті, працездатності, якості нічного сну.

Висновки.

1. Результати проведених досліджень демонструють позитивний вплив методу постізометричної релаксації на клінічний стан пацієнтів з вестибулярною дисфункцією на тлі хронічної ішемії мозку.

2. На тлі проведеного лікування відзначається зменшення інтенсивності головокружіння та регрес дзвону та шуму у вухах у пацієнтів з ВД, а також частковий регрес супроводжуючих симптомів.

3. Доведена необхідність застосування методу ППР в комплексному лікуванні пацієнтів з вестибулярною дисфункцією.

НАЙБЛИЖЧІ РЕЗУЛЬТАТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПІСЛЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАРЕНХІМАТОЗНОГО ПАРОТИТУ У ДІТЕЙ

*Павло І. Ткаченко, Сергій О. Білоконь, Наталія М. Лохматова,
Юлія В. Попело, Ольга Б. Доленко, Наталія М.Коротич*

Полтавський державний медичний університет.

В умовах сьогодення спостерігається значне збільшення кількості випадків переходу гострих запальних захворювань в хронічну форму. Обумовлено це впливом багаточисельних внутрішніх і зовнішніх чинників, зокрема, зростанням стійкості мікроорганізмів до антибіотиків, зниженням імунологічної резистентності, підвищенням рівня сенсibiliзації самого організму та погіршенням несприятливого впливу оточуючого середовища. При їх надмірній активності вони починають відігравати провокуючу роль в

запуску ланцюгової реакції спрямованої на хронізацію гострих патологічних процесів, або активізацію вже існуючих хронічних вогнищ запалення. Не являються виключенням і хронічний паренхіматозний паротит, етіологія якого, навіть на даний час, залишається не з'ясованою, а сам він, за висловом науковців, залишається «патологічною загадкою». Його загострення непередбачені, а клінічний перебіг носить багатоформний характер, крім того, йому притаманна значна кількість особливостей функціональних та органічних змін, як на рівні організму, так і, безпосередньо, в порожнині рота.

Мета роботи. Вивчити ефективність реабілітаційних заходів після загострення хронічного паротиту у дітей в найближчі терміни спостереження.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом в період загострення паротиту знаходилося 25 дітей. Для їх обстеження застосовували загальноклінічні, додаткові та спеціальні методи обстеження.

Для співставлення результатів отриманих відразу після ліквідації явищ загострення в паренхімі привушної слинної залози проводилося порівняння за даними отриманими через місяць, по завершенню реабілітаційних заходів, у відповідності до інформативної оцінки кожного методу обстеження.

Результати та їх обстеження. На період одужання в залозах у всіх хворих зберігалися інфільтративні дифузні, або осередковані зміни в її окремих долях. В порожнині рота у них була відносно достатня кількість ротової рідини, при цьому вона була підвищеної в'язкості зі зниженою прозорістю. Слизова оболонка порожнини рота мала блідо-рожеве забарвлення, але у 21 хворого (84%) вона залишалася гіперемованою і набряклою біля устя вивідного протока, а у 13 (56%) воно зіяло. Слід зазначити, що при масуванні слинних залоз із протоків у всіх пацієнтів виділявся різного ступеню в'язкості секрет з незначною чи помірною кількістю білісуватих пластівцевих включень. Швидкість саливації становили $0,15 \pm 0,02$ мл/хв, а кількість паротидного секрету складала $0,32 \pm 0,03$ мл.

В цитограмах, виготовлених із мазків паротидного секрету виявлялися невеликі осередки слизу, який визначав їх фонову щільність, незначна кількість нейтрофілів, як деструйованих, так і зі збереженою формою, поодинокі лімфоцити. Характер змін результатів ультразвукового обстеження проведеному дітям на цей період спостереження значно не відрізнявся від структурних змін, встановлених при первинному дослідженні, але величина сіалектазів значно зменшувалася, як і щільність та розміри капсули слинної залози. Особливо виразно це візуалізувалося у пацієнтів які мали їх більші розміри - 0,3 – 0,4 мм.

Усім пацієнтам було проведено комплекс протирецидивних заходів: санація порожнини рота, удосконалення навичок по гігієнічному догляду за нею, ортодонтичне лікування за показаннями, 4-х разові інстиляції в протокову систему масла обліпихи один раз на тиждень протягом місяця, обробка слизової оболонки гелем «Муміє» один раз на добу і електрофорез з 5% йодистим калієм № 15 на ділянку проекції привушних залоз протягом 12-14 днів, самомасаж залоз 3 рази на добу, до та після їди.

При пальпаторному обстеженні пацієнтів на період завершення цих заходів встановлено, що у 10 із них (64%) привушні залози були м'якими, безболісними у 9 – 46% зберігалися інфільтративні зміни в паренхімі у вигляді бугристих осередкових ущільнень і переважно це стосувалося глоткового відростка. В ротовій порожнині 21 хворого 84% була достатня кількість прозорої ротової рідини звичайної в'язкості і у 4 - 16% вона залишалася незначно мутною. Слизова оболонка порожнини рота мала звичайне забарвлення і лише у 8 осіб (32%) вона залишалася набряклою навколо розташування вустя вивідного протоку, а продовжувало зійти воно у 2 пацієнтів (4%).

При масуванні привушних залоз у 16 дітей (64%) отримано прозорий секрет, у 6 - 24% він мав підвищену в'язкість та поодинокі дрібні білісуваті пластівцеві включення. За рахунок збільшення кількості ротової рідини швидкість салівації підвищилась до $0,2 \pm 0,03$ мл/хв, а кількість паратидного

секрету зростала до $0,4 \pm 0,03$ мл/за 10 хвилин у пацієнтів зі збереженою функціональною активністю залоз.

Цитологічне дослідження паротидного секрету дозволило встановити значне зниження щільності фонового поля, а його клітинний склад не змінився тільки у 3 пацієнтів (16%), у решти 22 - 84% в цитограмах прослідковувалися лише поодинокі нейтрофіли, або їх мілкі скупчення з превалюванням збережених форм. Ультразвукове обстеження дало змогу встановити вагоме зменшення кількості та розмірів сіалектазів, товщини і щільності капсули та зниження ступення ехогенності самої паренхіми.

Висновки. Застосування місячного курсу комплексного протирецидивного лікування залишкових явищ після загострення хронічного паренхіматозного паротиту дозволяє значно покращити якісні властивості ротової рідини, паротидного секрету і його клітинного складу, підвищити функціональну активність привушних залоз за рахунок усунення інфільтративних змін в її структурних елементах.

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ПІД ЧАС НАВЧАННЯ ЯК ПРОФІЛАКТИКА РАНЬОГО ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

А. В. Хайлов¹, В. О. Коршенко²

¹ДУ «Полтавський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України», Полтава

²Полтавський державний медичний університет, Полтава

Емоційне вигорання (інші назви — професійне вигорання, синдром емоційного вигорання) є серйозною проблемою психічного здоров'я лікарів, медсестер та інших медичних працівників у всьому світі. Кількість досліджень з емоційного вигорання неухильно збільшується, що свідчить про надзвичайну актуальність питань його діагностики та терапії. Порівняно з іншими категоріями фахівців, лікарі мають підвищені ризику розвитку синдрому емоційного вигорання. Власне, процес емоційного вигорання