

підрозділу. А лікарі-дерматовенерологи окрім лікування шкірних хвороб, мають надавати рекомендації щодо правильного догляду за шкірою військовослужбовців та профілактики розповсюдження заразних дерматозів. Також, враховуючи існуючі ризики та непередбачуваність дій російського агресора, важливим є підвищення обізнаності дерматовенерологів щодо надання допомоги при ураженнях шкіри спричинених різними видами хімічної, біологічної зброї, радіаційних ураженнях.

Таким чином, впровадження основ «Дерматології катастроф» в програму післядипломної освіти лікарів-дерматовенерологів є актуальним та вкрай необхідним.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНКОПАЛЬНОГО СТАНУ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ПРИЙОМУ У СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА

Панькевич А.І., Гоголь А.М., Колісник І.А., Новіков В.М.

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Короткочасна непритомність (КН) – це короткотривалий стан реальної чи видимої втрати свідомості, що характеризується антероградною амнезією, порушенням рухової регуляції (падіння) та відсутністю реакції на подразники (пацієнт неконтактний), після чого настає спонтанне та повне відновлення попереднього рівня свідомості.

Синкопе (зомління, непритомність) – це КН, зумовлена церебральною гіпоперфузією, що характеризується швидким початком, короткою тривалістю та спонтанним і повним відновленням адекватної реакції та поведінки. Пресинкопе – симптоми й ознаки, що виникають до КН, або стан, який нагадує продром непритомності, але не супроводжується зомлінням.

У березні 2018 року опубліковано рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC), присвячені діагностиці та веденню синкопальних станів, у розробленні котрих брали участь кардіологи, фахівці з внутрішньої медицини, фізіології, неврології, геріатрії та невідкладної допомоги (Brignole M. et al., 2018).

Початкова оцінка пацієнтів у стані непритомності потребує відповіді на 4 запитання: 1) чи була КН? 2) якщо так, то яка форма КН – синкопальна чи несинкопальна? 3) чи є явний етіологічний діагноз у разі підозри на синкопе? 4) чи є дані, що дають змогу запідозрити високий ризик серцево-судинних ускладнень або смерті?

Непритомність може бути синкопальної та несинкопальної природи. Першочерговим завданням є їх диференціація. Ретельно зібраний анамнез і докладний опис клінічних проявів дають змогу провести диференційну діагностику в 60% випадків.

Клінічні форми несинкопальних непритомностей (психогенні, неврологічні, травматичні) виявляються під час збору даних оскільки мають тривалий анамнез. Значно складніше на амбулаторному прийомі діагностувати власне синкопе, які поділяють на: 1) рефлєкторні, 2) внаслідок ортостатичної гіпотензії; 3) кардіоваскулярні. За нашими спостереженнями у пацієнтів до 40 років синкопальні стани досить часто мають рефлєкторний генез.

Це гетерогенна група станів, при котрих серцево-судинні рефлєкси, необхідні для регуляції кровообігу, періодично стають невідповідними до дії тригерного фактора. У результаті виникає вазодилатація та/або брадикардія з гіпотензією та загальною мозковою гіперперфузією. Рефлєкторні СС класифікують залежно від еферентного шляху, що є основою рефлєксу (парасимпатичного чи симпатичного). Вазодепресорний тип визначають при переважанні гіпотензії; такі синкопе зумовлені втратою вазоконстрикторного тону в положенні стоячи. При домінуванні брадикардії чи асистолії встановлюють кардіоінгібіторний тип. При змішаному типі наявні обидва патофізіологічні механізми. Диференційна діагностика наведених типів досить часто ускладнена різними обставинами, і в якості прикладу наводимо власний досвід щодо описаного клінічного випадку.

В клініку хірургічної стоматології звернувся пацієнт С., 31 рік зі скаргами на лускіт та біль у ділянці правого скронево-нижньощелепного суглоба. Скарги з'явилися близько місяця тому.

З анамнезу життя встановлено, що супутня патологія відсутня, алергологічний анамнез не обтяжений.

Під час об'єктивного обстеження у стоматологічному кріслі пацієнт знепритомнів. Після надання йому горизонтального положення та забезпечення доступу повітря хворий отямився, АТ становив 140/90 мм рт.ст., пульс 80 ударів за хвилину. Шкіра набула сіруватого відтінку, покритася липким потом. При ретельному опитуванні було з'ясовано, що подібна ситуація виникала кілька років тому під час інтраназальної маніпуляції у оториноларинголога.

Після видимого покращення лікар надав пацієнту горизонтальне положення і продовжив обстеження, однак пацієнт панічно повідомив, що йому стає гірше, а на запитання про біль за грудиною, дав ствердну відповідь. Лікар повторно надав пацієнту горизонтальне положення, однак пацієнт раптово втратив свідомість. Пульс слабо пропальповувався на променевій артерії, пацієнт швидко сам повернувся до свідомості після механічних подразників. Артеріальний тиск становив 110/80 мм рт.ст. Пульс набув якісного наповнення і напруження, однак зі слів хворого йому краще не ставало, а на повторне запитання про біль за грудиною, сказав, що там болю і не було. Незважаючи на візуальне покращення загального стану, пацієнт скаржився на незадовільне самопочуття. Була викликана бригада невідкладної допомоги, фахівці провели експрес аналіз цукру в крові. Рівень цукру становив 6,5 ммоль/л. Пацієнт був госпіталізований. Після проведення симптоматичного лікування повернувся додому. Згодом пройшов обстеження у фахівців вузького профілю, в тому числі невролога. На підставі результатів комплексного обстеження, імовірною причиною описаного стану став хронічний стрес, а діагноз остаточно не встановлений.

Аналіз літературних джерел дозволяє нам стверджувати про виникнення у пацієнта рефлекторного синкопального стану, а саме вазовагального синкопе.

Таким чином, страх перед маніпуляціями, підсилений хронічним стресом, викликав у пацієнта, на перший погляд, безпричинну непритомність, клінічна картина якої мала нетипові ознаки, що не дозволило лікарю бути впевненим у вірності діагнозу і, як наслідок, у наданні кваліфікованої допомоги.

**АНАЛІЗ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ МІСЬКОГО
КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА “МЕДИЧНИЙ
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ЦЕНТР” М. ВІННИЦІ
В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ**

*Побережна Г.М.¹, Гаджула Н.Г.¹, Філевич А.М.², Бугрова І.В.²,
Ковальчук Л.О.¹*

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
Вінниця, Україна

²МКП “Медичний стоматологічний центр”, Вінниця, Україна

Вступ. Через високу інтенсивність та розповсюдженість захворювань органів і тканин порожнини рота, потреба в наданні стоматологічної допомоги зростає. На сьогодні сформовано потужну систему стоматологічних закладів охорони здоров'я різних форм власності для збереження стоматологічного здоров'я населення. Проте, проблеми сьогодення, що пов'язанні з пандемією коронавірусної інфекції знайшли своє відображення в усіх видах спеціалізованої медичної допомоги, у тому числі стоматологічній. Війна в Україні принесла з собою нові виклики для системи охорони здоров'я, що також позначилось на стоматологічній галузі.

Метою дослідження стало вивчення кількісних та якісних показників роботи терапевтичного та хірургічного відділень МКП “Медичний