

**Міністерство охорони здоров'я України  
Полтавський державний медичний університет  
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

**МАТЕРІАЛИ**  
**VII Всеукраїнської науково-практичної**  
**конференції з міжнародною участю**  
**«Полтавські дні громадського**  
**здоров'я»**  
**26 травня 2023 року**



**ПОЛТАВА**  
**2023**

**УДК 614-027.555(075)**

**Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А.,  
Ляхова Н.О., Бєлікова І. В., Краснова О. І.**

**«Полтавські дні громадського здоров'я»: VII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).**

Матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 26 травня 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 133 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів діяльності системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я в Україні в мирний час та під час військового стану, роботі фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації системи громадського здоров'я та галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування

**УДК 614-027.555(075)**

**©Полтавський державний медичний університет, 2023**

осіб. При проведенні цього дослідження у 6 (35,3%) пацієнтів малогомілкова артерія взагалі не контрастувалася.

Отже, поєднане внутрішньоартеріальне введення контрастної речовини з розчинами нітратів дозволяє значно покращити результати проведення субтракційної артеріографії при виникненні ангіоспазму у хворих з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи, що дозволило усім їм виконати успішні ендоваскулярні відновні хірургічні втручання на артеріях.

## **АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА ПРИ ХІРУРГІЧНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ**

*К. Резвіна, В. Новіков, А. Панькевич, А. Гоголь, І. Колісник,  
М. Коросташова*

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Антибіотикопрофілактика в хірургії – це превентивне використання антибіотиків для забезпечення антимікробного захисту операційної рани при її можливій контамінації мікроорганізмами-резидентами, які, потрапляючи в нетипові умови існування можуть проявляти властивості патогенів і бути причиною інфекційного процесу в ділянці операції. Мікробна контамінація операційної рани практично неминуха навіть при ідеальному дотриманні правил асептики та антисептики. Наявні узагальнені дані свідчать, що до кінця операції в 80—90% випадків рани обсіменені різною бактеріальною мікрофлорою. З погляду фармакології, а саме фармакокінетики, мета хірургічної антибіотикопрофілактики полягає в досягненні ефективних концентрацій антибіотиків у тканинах ще до моменту їх мікробної контамінації, підтримці терапевтичного рівня активності препарату протягом всієї операції та наступних 3-4 год. Відрізок часу є вирішальним для запуску механізмів запально-інфекційного процесу в рані. Антибіотикопрофілактика, розпочата пізніше цього періоду є запізнілою, а її продовження після закінчення операції в більшості випадків вважається зайвим, оскільки профілактична роль антибіотика полягає в зменшенні порогової концентрації

мікроорганізмів. (нижче  $10^{5-6}$  мікробних тіл на 1 г тканини) та перешкоді адгезії збудників. Післяопераційна інфекція, інакше інфекція в ділянці хірургічного втручання, є окремим випадком ранової інфекції, тобто тим інфекційним процесом, що розвивається внаслідок зовнішнього мікробного забруднення при наявності пошкодження покривних тканин та більше або менш вираженою первинною травматичною деструкцією тканин, що становлять глибокі шари рани, як відкритого ушкодження. Оперативне втручання є інвазивною дією, здійснюваном з лікувальною метою, але неминуче пов'язаним з більш менш вираженою травмою. У цьому випадку механічному руйнуванню досить часто піддаються природні бар'єри, які поділяють ареали внутрішніх біоценозів. Руйнування бар'єрів веде до мікробної інвазії в живі тканини, здатні стати об'єктом патогенного впливу мікрофлори. Цим визначається необхідність проведення превентивних заходів, що знижують ризик післяопераційних інфекційних ускладнень. Серед таких заходів можуть бути виділені такі: максимальне зниження травматичності (агресивності) втручання і раціональне використання антибактеріальних засобів у периопераційному періоді, тобто до, при необхідності, під час та після операції. За поширеністю післяопераційні інфекційні процеси поділяють на дві групи: інфекції хірургічної рани та інфекції органу (порожнини). У свою чергу інфекції хірургічної рани можуть бути розділені на поверхневі і глибокі. Що стосується практики хірургічної стоматології в першому випадку залучені лише м'які тканини, у другому – м'які тканини, кісткова тканина та верхньощелепна пазуха. Розвиток інфекції у післяопераційній рані здійснюється в певних умовах, які індивідуальні для кожного пацієнта і укладаються у зниженні загальних та місцевих механізмів захисту ти. Виникненню інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді сприяють фактори ризику, пов'язані з: 1) станом пацієнта, 2) особливістю мікроорганізмів; 3) умовами проведення хірургічного втручання:

1. Вік старше 60 років, супутня патологія в стадії компенсації, суб-або декомпенсації, хронічні інфекції іншої локалізації, імунний статус, анемія, куріння (гіпоскемія) . 2. Вид мікробної контамінації (екзогенна, ендогенна), патогенність мікроорганізмів:  $G_r^+$  за рахунок щодо специфічної дії своїх екзотоксинів,  $G_r^-$  за рахунок менш специфічного дії ендотоксинів; а також вірулентність, резистентність і синергізм (аероби + анаероби) мікроорганізмів.

3. Можливість дотримання принципів асептики та антисептики, проведення антибіотикопрфілактики, тривалість операції, ступінь пошкодження та травматизації тканин, операційний доступ, характер та обсяг втручання (одна, дві анатомічні області або більше), застосування імплантатів, якість шовного матеріалу, стерильність обладнання, кваліфікація хірурга. В даний час виділяють чотири типи хірургічних втручань, що різняться за ступенем ризику (D. Classen, 1992).

"Чисті" операції. Планові операції невеликого обсягу без ознак запалення, які не зачіпають ротоглотку, дихальні шляхи, шлунково-кишковий тракт або мочополову систему; ортопедичні операції, і т.п. Ризик післяопераційних інфекційних ускладнень не перевищує 5%.

"Умовно чисті операції". Чисті операції з ризиком інфекційних ускладнень (планові операції на ротоглотці, травному тракті, урологічні та пульмонологічні без ознак супутньої інфекції), повторне втручання в «чисту» рану протягом 7 днів, ургентні та невідкладні операції, за іншими критеріями що входять до групи «чисті». Ризик післяопераційних інфекційних ускладнень близько 10%.

"Забруднені" (контаміновані) операції. Операційні рани, що мають ознаки негнійного запалення; значний закид вмісту до шлунково-кишкового тракту, залучення сечостатевої системи або жовчних шляхів та наявність інфікованої сечі або жовчі відповідно.

Операції при травматичних ушкодженнях, проникаючих пораненнях, оброблені протягом 4 год.

Ризик післяопераційних інфекційних ускладнень ній близько 20%.

"Брудні" операції. Операції на свідомо інфікованих органах і тканинах, за наявності супутньої або попередньої інфекції, рани при перфорації шлунково-кишкового тракту, залучення ротоглотки, жовчовивідних або дихальних шляхів, проникаючі поранення та травматичні ушкодження, оброблені після закінчення 4 г. Ризик післяопераційних інфекційних помилок близько 30-40%.

Відповідно до цієї класифікації, всі хірургічні стоматологічні втручання, до числа яких входять видалення ретинованих дистопованих третіх нижніх молярів, дентальна імплантація, синус-ліфтинг з антропластиком, визначально мають бути віднесені до «умовно чистих» операцій. Зазначені втручання будуть рахувати «забрудненими», якщо в зоні планованої операції є попереднє хронічне запалення без гнійного виділення, наприклад перикороніт, гіпертрофічний верхньощелепний синусит.

Обсяг хірургічного втручання, пов'язаний зі складністю та тривалістю, а також із кількістю встановлюваних імплантатів та використовуваних кістково-пластичних матеріалів, визначає необхідність оцінки кожної з вищеназваних операцій виходячи з більшого ступеня ризику. Наявність гнійного запального процесу буде відносним протипоказанням для виконання такого роду операцій у плановому порядку.

## **ТЕЛЕМЕДИЦИНА ЯК ОДНА ІЗ СКЛАДОВИХ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

**Романів М.П.**

Тернопільський національний медичний університет  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

**Вступ.** В складних умовах пандемії COVID-19 та повномасштабного російського вторгнення зросла ізоляція жінок щодо надання первинної та спеціалізованої гінекологічної допомоги.