проводжувались помірною лейкоцитарною та макрофагальною реакціями. Лейкоцити, макрофагами зосереджувались у вигляді скупчень (опосередкований аргумент на користь фагоцитозу збудників та клітинного детриту, що утворювався у наслідок життєдіяльності паразитів). Мікросудини з дефектами цілісності стінок у вигляді пенетрацій. Паравазальні простори з фактами крововиливів. Судини з ознаками десквамації ендотелію, розшарувань, дефектів підлеглих структур. Лімфатичні вузли, їхні судини (наявність збудників у еритроцитах, пористість судин, крапчасті крововиливи, дистрофія) є структурно-функціональною ланкою патогенезу бабезійної інвазії.

СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ: СУЧАСНЕ БАЧЕННЯ ІНФОРМОВАНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ЩОДО ФАКТОРІВ РИЗИКУ

Трибрат Т. А., Шуть С. В., Петров Є. Є., Сакевич В. Д., Боряк В. П.

Полтавський державний медичний університет (м.Полтава)

Підвищення інформованості населення щодо факторів ризику серцево-судинних захворювань і їх профілактики відіграє важливу роль у зниженні захворюваності і смертності. Причинами затримок звернення за медичною допомогою є неінформованість населення про симптоми захворювання, нерозуміння їх значення, заперечення серйозності захворювання. З метою виконання дослідження проведено анкетування 98 пацієнтів з ішемічною хворобою серця, віком від 48 до 73 років. Для оцінки медичної інформованості хворих в анкеті використовували відкриті питання на знання традиційних ФР розвитку ССЗ та їх цільових значень. Звертає увагу вкрай низька інформованість пацієнтів за основними ФР розвитку ССЗ. Тільки 48% пацієнтів вказували на підвищений рівень загального холестерину, тоді як гіперхолестеринемія відзначалася у більшості пацієнтів.

Оцінка мотивації пацієнтів до отримання додаткової інформації про захворювання та різних аспектів способу життя досить висока (99%). Звертає на себе увагу той факт, що істотні відмінності в інформованості про чинники ризику ССЗ були виявлені пацієнтів, що мали різні джерела інформації про ССЗ і відвідували медичні установи з різною частотою. Респонденти, які назвали основним джерелом інформацію, почерпнуту від лікарів, називали достовірно частіше артеріальну гіпертензію (АГ), високий рівень холестерину в крові, ожиріння (ОЖ) факторами ризику ССЗ, а стрес, гіподинамію та куріння – значимо рідше. Такі результати можуть свідчити про підвищену увагу лікарів до проблеми корекції проявів АГ, ОЖ, в той час як куріння, неправильне харчування і гіподинамія обговорюються значно рідше.

З метою контролю факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань і підвищення ефективності вторинної профілактики у пацієнтів з наявними серцево-судинними захворюваннями необхідні додаткові заходи щодо підвищення рівня інформованості пацієнтів з серцево-судинних захворювань.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ БАНДАЖА ШЛУНКА ПРИ ПРОЛАПСІ МАНЖЕТИ В ПОРОЖНИНУ ШЛУНКА

Усенко О. Ю., Терешкевич І. С., Тодуров І. М.,Калашніков О. О., Перехрестенко О. В., Косюхно С. В., Плегуца О. І., Потапов О. А.

ДУ «Національний Інститут хірургії та трансплантологіїї ім. О.О. Шалімова НАМН України» (м. Київ)
ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (м. Київ)

Бандажування шлунка (БШ) була однією із найпопулярніших баріатричних операцій у світі в 2000-2010 роках. Незважаючи на вдосконалення методики, після БШ можуть виникати специфічні ускладнення, які слід вчасно діагностувати та належним чином лікувати. Одне із тяжких ускладнень – пролапс манжети в порожнину шлунка. Означене ускладнення виникає, як правило, у віддаленому післяопераційному періоді із частотою від 0,3 до 14%. Однозначно в даному випадку треба видаляти бандаж, хоча й досі відсутні чіткі рекомендації щодо оптимальної методики. *Метою цього дослідження* було аналіз ефективності та безпеки ендоскопічного видалення бандажа шлунка. *Методи.* В дане дослідження увійшли пацієнти у яких виник пролапс манжети в порожнину шлунка після БШ. Були оцінені клінічні прояви та проаналізована тактика лікування. Пролапс манжети виник у 3 пацієнтів. Середнє значення передопераційного ІМТ становило 41,2±6,2 кг/м^2 (діапазон 37,3–48,3 кг/м^2). Середній термін діагностики пролапса манжети після БШ становив 120±24 місяців (діапазон 96–144 місяців). У всіх пацієнтів були схожі симптоми (біль у животі та дискомфорт під час прийому їжі (3/3), відчуття стороннього тіла (3/3), нудота (2/3), рецидив маси тіла (3/3), симптоми рефлюкс-езофагіту (3/3) та рецидивна інфекція порту (1/3)). *Результати.* У всіх випадках за допомогою фіброгастродуоденоскопії встановлено, що більша половина манжети пролабує в порожнину шлунка. Комп'ютерна томографія з 3D-реконструкцією дозволила візуалізувати та оцінити стан стінки та структуру шлунка. Ендоскопічне пересічення та видалення бандажа було успішним у всіх пацієнтів. Середня тривалість процедури склала 143,3±38,2 хвилин (діапазон 110–185 хвилин). Середній термін перебування пацієнтів в стаціонарі склав 2,7±0,6 дня. Післяопераційний період без ускладнень. *Висновки.* Ендоскопічне видалення бандажа