

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

## ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

*Всеукраїнської науково-практичної  
конференції  
лікарів-інтернів*

*23 травня 2024 р.*



*Полтава - 2024*

### *Редакційна колегія*

проф. <i>В. Ждан</i>	ректор закладу вищої освіти Полтавського державного медичного університету (головний редактор)
проф. <i>В. Дворник</i>	перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи
проф. <i>І. Скрипник</i>	проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти
проф. <i>І. Кайдашев</i>	проректор закладу вищої освіти з наукової роботи
доц. <i>А. Марченко</i>	директор інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти
доц. <i>Г. Давиденко</i>	заступник директора інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти
доц. <i>Л. Шилкіна</i>	заступник директора інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти

Конференція проводиться відповідно до Плану проведення науково-практичних заходів ПДМУ, зареєстрована в УкрІНТЕІ за №241.

інфузію 5 мкг/кг/хв, яку припиняли під час зашивання шкіри. Контрольна група складалася з 10 осіб, які отримували боліос і/чи інфузію фізіологічного розчину (0,9 % NaCl). Оцінювали часові характеристики та базальні шкали сенсорного і моторного блоку, інтенсивність больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ).

Результати дослідження. У пацієнтів I групи тривалість безбольового періоду становила  $18,3 \pm 1,9$  год, в II групі –  $20,3 \pm 1,8$  год та в III групі –  $23,3 \pm 1,9$  год. У контрольній групі тривалість безбольового періоду  $12,3 \pm 0,9$  год. Протягом 24 годин післяопераційного періоду: в I групі інтенсивність больового синдрому не досягала 4 балів за ВАШ протягом 24 години, в II групі інтенсивність больового синдрому не досягала 4 балів за ВАШ у 82% пацієнтів, в III групі – у 42% пацієнтів. У контрольній групі інтенсивність больового синдрому до 4 балів за ВАШ відзначена у 9 осіб (90%).

Висновки. Кетамін у низьких дозах значно зменшує потребу в опіюдах протягом 24-48 годин після ортопедичних операцій і значно продовжують час до першої потреби у знеболювальних засобах. Кетамін у застосованих дозах не підвищує частоту нудоти чи галюцинацій у хворих. Його можна рекомендувати для повсякденного використання при великих ортопедичних операціях під регіонарною анестезією.

## ОЦІНКА ВПЛИВУ ТЕРАПІЇ ІНТЕНСИВНИМ ІМПУЛЬСНИМ СВІТЛОМ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З ЕРИТЕМАТОЗНО-ТЕЛЕАНГІЕКТАТИЧНИМ ТИПОМ РОЗАЦЕА

*Киришина К.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Хронічний запальний дерматоз обличчя – розацеа, причина якого невідома, хоча визнається, що це порушення регуляції вродженої імунної системи, надмірний ріст коменсальних організмів (кліщі *Demodex*) та ін. Клінічні прояви захворювання різноманітні, при еритематозно-елеангіектатичному типі розацеа спостерігається стійка еритема, телеангіектазії, набряк шкіри. Суб'єктивно пацієнтів турбує почуття печіння та свербіж. Наявність даних симптомів часто призводить до змін психоемоційного стану пацієнтів, депресії, апатії.

Мета. Оцінити вплив терапії інтенсивним імпульсним світлом на

вираженість психоемоційних проблем у пацієнтів з еритематозно-телеангіектатичним типом розацеа.

Методи дослідження. Під наглядом перебували 62 пацієнта (59 жінок, 3 чоловіків) з діагнозом розацеа, еритематозно-телеангіектатичний тип. Вік хворих від 28 до 59 років. Пацієнти були поділені рандомно на 2 групи по 31 особі. У I групі проводилася місцева терапія гелем на основі азелаїнової кислоти. У II групі проводилася комбінована терапія гелем азелаїнової кислоти та інтенсивним імпульсним світлом апаратом M-22 (Луменіс Лтд., Ізраїль). Гель азелаїнової кислоти наносився на обличчя щодня вранці та ввечері, сеанси фототерапії проводилися з інтервалом 3 тижні, курс становив 6 процедур. Для оцінки психоемоційного стану кожному пацієнту було запропоновано анкетування, яке проводилося перед початком і після закінчення лікування.

Перед початком терапії в I та II групи пацієнтів були отримані такі дані: від 2 до 5 балів у 1 особи, від 6 до 10 – у 7, від 11 до 20 – у 14, від 21 до 30 – у 9 осіб. Після терапії пацієнтам пропонувалося повторно відповісти на запитання анкети для визначення якості життя. У I групі отримані: від 2 до 5 було у 7 пацієнтів, від 6 до 10 – у 7 пацієнтів, від 11 до 20 – у 12 пацієнтів, від 21 до 30 – у 5 пацієнтів. У II групі пацієнтів: від 0 до 1 було у 10 пацієнтів, від 2 до 5 – у 16 пацієнтів, від 6 до 10 – у 5 пацієнтів, від 11 до 20 і від 21 до 30 балів зареєстровано не було.

На тлі терапії, що проводиться, всі пацієнти відзначали поліпшення психоемоційного статусу, зниження тривожного стану і підвищення соціальної активності. Після курсу комбінованого лікування у II групі спостерігалось поліпшення стану шкіри та значне зниження рівня тривоги порівняно з даними I групи, де проводилася монотерапія азелаїновою кислотою.

Терапія інтенсивним імпульсним світлом зменшує кількість телеангіектазій та яскравість еритеми, внаслідок чого знижується виразність психологічних проблем у пацієнтів з розацеа та покращується якість життя.