

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації**

МАТЕРІАЛИ

**III Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
24 лютого 2023 року**



**ПОЛТАВА
2023**

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

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

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2023. – 168 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань організаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров'я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

допустимої дози препарату в перерахунку на мг/кг маси тіла, методики проведення анестезії, не використовувати анестетики амбулаторно у дітей до 4-х років, здійснювати психологічну підготовку та супровід пацієнта, що сприятиме підвищенню якості стоматологічної допомоги та запобігатиме виникненню ускладнень.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ОСТЕОПОРОЗУ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТОК З ДИСБАЛАНСОМ ЕСТРОГЕНІВ, ЯК ЕКСТРЕННА ПРОФІЛАКТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ.

Фурман Р. Л.¹, Барило О. С.¹, Поліщук С. С.¹, Свистунов Д. М.²

¹Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова, Вінниця.

²Вінницька міська клінічна лікарні швидкої медичної допомоги, Вінниця.

Вступ. Незважаючи на певні успіхи у профілактиці остеопорозу щелеп в Україні, реєструють його високу поширеність та інтенсивність, особливо серед жінок в період менопаузи, що залишається актуальною проблемою сучасної стоматології. Зниження резистентності твердих тканин щелеп сприяють і процеси демінералізації кісток в даний період життя жінок. Процес регуляції обміну кальцію забезпечується рядом гормонів, концентрація яких зазнає певних змін в різні періоди життя жінки. У жінок віком 40-50 років, виникає природний дефіцит рівня естрогену в крові в зв'язку з віковими змінами в статевих залозах.

Матеріали та методи. Для опосередкованого дослідження ступеню остеопорозу (співвідношення руйнування та формування кісткової тканини) ми визначали рівень кислої фосфатази та лужної фосфатази сироватки крові. Обстеження проводилось тричі: перше обстеження – на початку лікування; друге обстеження – через 3 місяці від початку лікування; третє обстеження – через 6 місяців від початку лікування. В групі спостереження додаткового лікування не проводилось, лише професійна гігієна на початку лікування та спостереження в стоматолога. В основній групі 1 використовували

комбінацію препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3. В основній групі 2 використовувалось комбінацію препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3, препаратом алендронові кислоти. Дані препарати призначались курсами по 1 місяцю з перервами між курсами 1 місяць. Всього 3 курси.

Результати дослідження. Встановлено, що на початку дослідження у всіх груп відмічалось значне підвищення рівня кислої фосфатази. Так, показники в групі порівняння, основній групі 1, та в основній групі 2 становили $6,73 \pm 0,61$, $6,77 \pm 0,52$ ($p_1 > 0,05$), $6,83 \pm 0,68$ ($p_4 > 0,05$) відповідно (норма 0-5,5 МО/л). Такий підвищений рівень кислої фосфатази вказує на переважання процесів де мінералізації та остеолізу. Через 3 місяці лікування результати були наступні. В групі порівняння рівень кислої фосфатази становив $6,65 \pm 0,48$, що не особливо відрізнявся від початкових показників, хоча став дещо менший. В основній групі 1 рівень кислої фосфатази становив $5,04 \pm 0,38$, що на лише на 25,5 % ($p_2 > 0,05$) менше за початковий результат. В основній групі 2 рівень кислої фосфатази становив $4,22 \pm 0,31$, тобто зменшився на 38,21% ($p_5 < 0,05$). Після 6 місяців в групі порівняння рівень кислої фосфатази майже не змінився, навіть став більшим, і становив $6,93 \pm 0,62$, що вказує на відсутність динаміки в даній групі. В основній групі 1 рівень кислої фосфатази становив $4,95 \pm 0,19$, тобто зменшився на 26,88% ($p_3 > 0,05$) менше за початковий результат. В основній групі 2 рівень кислої фосфатази становив $2,41 \pm 0,19$, що на 64,71% ($p_6 < 0,05$) менший за початковий результат. При цьому, показники в основній групі 2 станом на 6 місяців були менші показників основної групи 1 в 2,05 рази ($p_7 < 0,05$).

Встановлено, що на початку дослідження у всіх груп відмічалось середній рівень лужної фосфатази. Так, показники в групі порівняння, основній групі 1, та в основній групі 2 становили $65,84 \pm 11,24$, $67,63 \pm 8,26$ ($p_1 > 0,05$), $62,95 \pm 12,18$ ($p_4 > 0,05$) відповідно (норма 35-105 МО/л). Такий рівень лужної фосфатази вказує на середні темпи мінералізації, середній показник репаративної регенерації кісткової тканини за рахунок роботи

остеобластів. Через 3 місяці лікування результати були наступні. В групі порівняння рівень лужної фосфатази становив $64,95 \pm 10,02$, що не особливо відрізнявся від початкових показників. В основній групі 1 рівень лужної фосфатази становив $70,76 \pm 10,22$, що на лише на 4,63 % ($p_2 > 0,05$) більший за початковий результат. В основній групі 2 рівень лужної фосфатази становив $103,89 \pm 12,39$, тобто збільшився на 65,03% від початкового рівня ($p_5 < 0,05$). Після 6 місяців лікування отримали наступні показники. В групі порівняння рівень лужної фосфатази майже не змінився і становив $64,84 \pm 11,61$, що вказує на відсутність динаміки в даній групі. В основній групі 1 рівень лужної фосфатази становив $76,38 \pm 11,21$, що лише на 12,94% ($p_3 > 0,05$) більше за початковий результат. В основній групі 2 рівень лужної фосфатази становив $134,36 \pm 11,37$, що на 113,44% ($p_6 < 0,05$) більший за початковий результат. При цьому, показники в основній групі 2 станом на 6 місяців були більші показників основної групи 1 в 1,76 рази ($p_7 < 0,05$).

Висновки. Проводячи аналіз показників біохімічного аналізів крові встановлено:

1. Використанням препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3 та амінобісфосфонатів (алентронової кислоти) тривалістю 6 місяців статистично достовірно зменшує активність кислої фосфатази на 64,71% ($p_6 < 0,05$);
2. Використанням препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3 та амінобісфосфонатів (алендронові кислоти) тривалістю 6 місяців статистично достовірно збільшують активність лужної фосфатази на 113,44% ($p_6 < 0,05$).

| | |
|--|-----|
| Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Федик Т.В., Курдиш Л.Ф. Вибір методів знеболювання у пацієнтів групи ризику на амбулаторному стоматологічному прийомі. | 129 |
| Плужнікова Т.В., Корнета О. М., Костріков А. В., Комар А. В. Кадрові зміни в системі екстреної медичної допомоги: парамедики та екстрені медичні техніки | 132 |
| Повшенюк А. В., Гаджула Н. Г., Пилипюк О. Ю., Повшенюк А.Я. Інгаляційна седация як спосіб зменшення ризику невідкладного стану при лікуванні стоматологічного пацієнта на терапевтичному прийомі | 133 |
| Пашков В.М. Правові вимоги підготовки фармацевтів відповідно до законодавства ЄС | 135 |
| Пашков В.М., Соловйов О.С. Нормативно-правове регулювання діяльності служби порятунку(парамедиків): досвід ФРН | 139 |
| Попова К.О. Травма нерва | 142 |
| Пронтенко К. В., Охріменко І. М. Способи та засоби евакуації пораненого з поля бою як необхідна умова спасіння його життя | 144 |
| Теницька Є.Д., Одійчук В.О., Краснова О.І., Краснов О.Г. Невідкладна допомога при травмах: алгоритм abcde проти march | 148 |
| Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В., Мунтян О.В. Клінічні аспекти вибору місцевого анестетика як профілактика невідкладних станів на амбулаторному стоматологічному прийомі | 151 |
| Фурман Р. Л., Барило О. С., Поліщук С. С., Свистунов Д. М. Медикаментозна терапія остеопорозу щелеп у пацієнок з дисбалансом естрогенів, як екстренна профілактика патологічних переломів. | 154 |
| Цапенко Ю.П. Невідкладна допомога при легеневій кровотечі у хворих на туберкульоз | 157 |
| Черниш І.О. Іноваційні технології в екстреній та невідкладній допомозі. Телемедицина. | 158 |
| Ольга В. Шешукова, Валентина П. Труфанова, Софія С. Бауман, Тетяна В. Поліщук, Катерина С. Казакова, Анна С. Мосієнко, Аліна І. Максименко. Досвід надання допомоги дітям із травмами фронтальних зубів | 160 |
| Maksymenko A.I., Sheshukova O.V., Kuz I.O., Kazakova K.S., Pysarenko O.A. Trends in prevention of emergency conditions in paediatric dentistry | 163 |
| Зміст | 166 |