

вмешательства. 2) Увеличение риска длительной гипертермии после холецистэктомии ассоциируется с наличием в предоперационном периоде лейкоцитоза более $11 \times 10^9/\text{л}$, уровня гемоглобина более 131 г/л, размеров конкрементов желчного пузыря более 2 мм, фибриногена более 4,44 г/л, повышения прямого билирубина более 12,7 ммоль/л. 3) Потенциальный риск возникновения длительной гипертермии в послеоперационном периоде достоверно снижается при наличии в предоперационном периоде СОЭ менее 20 мм/час, общего билирубина менее 18,2 ммоль/л, активности АЛТ менее 64 усл.ед., активности амилазы менее 38 усл.ед, диаметра холедоха менее 6,2 мм, продолжительности операции менее 35 мин.

ЛАПАРОСКОПІЧНА АПЕНДЕКТОМІЯ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Тереля Я.В.

Науковий керівник: ас. Охріменко Г.І.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра госпітальної хірургії

Мета дослідження. Вивчити найближчі результати лікування хворих на гострий апендицит (ГА) при використанні лапароскопічної апендектомії (ЛА) та порівняти їх з результатами лікування пацієнтів, в яких застосовували хірургічні втручання традиційним способом.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 146 хворих на ГА. Основну групу склали 59 пацієнтів, яким в ургентному порядку була виконана ЛА. До контрольної групи увійшли 80 хворих, які були оперовані з використанням традиційної апендектомії (ТА) відкритим способом.

Отримані результати. При аналізі виявлених під час операції ускладнень ГА їх частота в основній і контрольній групах значно не відрізнялася (50,8% та 47,5%). Однак при розповсюдженному перитоніті (РП) та апендикулярному абсцесі (АА) перейшли до конверсії у зв'язку з необхідністю повноцінної санації черевної порожнини та технічними труднощами (5 хворих). У післяопераційному періоді серед пацієнтів основної групи ускладнення у вигляді нагноєння рани спостерігалось у 2 (3,4%) випадках, а серед хворих контрольної групи – у 10 (12,5%). Середня тривалість операції в основній групі складала $33,12 \pm 2,51$ хв., а в контрольній групі була значно більшою, $66,45 \pm 3,33$ хв. Середні терміни перебування у стаціонарі пацієнтів контрольної групи ($6,95 \pm 0,20$ діб) перевищили відповідний показник основної групи ($p < 0,01$).

Висновки. 1. ЛА може широко використовуватися як при неускладнених, так і при ускладнених формах ГА, однак її застосування дещо обмежене при РП та АА. 2. ЛА дозволяє значно скоротити тривалість оперативного втручання, зменшити ризик післяопераційних ускладнень, а також строки перебування хворих у стаціонарі.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМПОНЕНТУ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ВАГІТНИХ

Терещенко В.Г.

Наукові керівники: доц. Сюсюка В.Г., доц. Губа Н.О.
Запорізький державний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології
²Запорізький національний університет, кафедра практичної психології,

Проблема материнства набуває особливої актуальності у сучасній науковій психології через її значимість та суб'єктивну важливість серед етапів у житті кожної жінки. Шпатаковська Г.В розглядає вагітність, як критичний період для жінки, стадію статево-рольової ідентифікації, особливу ситуацію для адаптації, яка має особливі характеристики і критерії. Таким чином, визначення домінуючих чинників дозволяє змодельовати ефективну стратегію адаптації жінки до нового стану як з точки зору фізіології, так – і з психології.

Цікавим представляється розгляд вагітності в роботах В. Брутмана, як ситуації адаптації, що обумовлюється двома обставинами: адаптацією до материнства як прийняття ролі матері і формування материнської позиції, прийняття дитини і всіх пов'язаних з його появою змін в особовій, родинній, соціальній і професійній сферах.

Дослідженням психологічного компоненту вагітності займався І. Добряков. У процесі свого дослідження він запропонував виділити п'ять типів психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД), а саме оптимальний (у жінок, які відповідально, але без зайвої тривоги ставляться до своєї вагітності), гіпогестогнозичний (вагітність у них часто незапланована, недооцінюють події),

ейфоричний (у жінок з істеричними рисами особистості), тривожний (високий рівень тривоги у вагітних) і депресивний (зі зниженим тлом настрою у вагітних).

У комплексних психологічних дослідженнях стану жінки під час вагітності, пов'язаних з успішністю її адаптації та забезпеченням адекватних умов для розвитку дитини, враховуються різноманітні чинники: особистісні особливості, історія життя, адаптація до шлюбу, задоволеність емоційними стосунками зі своєю матір'ю, модель материнства своєї матері, культурні, соціальні й сімейні особливості, фізичне та психічне здоров'я.

Мета роботи на підставі дослідження психоемоційного стану вагітної жінки, дати оцінку взаємозв'язку психологічного компоненту гестаційної домінанти з показниками, що характеризують стрес та депресію.

Контингент обстежених і методи дослідження Обстежено 150 соматично здорових вагітних у II та III триместрах. Для дослідження психоемоційного стану з різних аспектів було використано наступні методики: тест ставлення до вагітності I. Добрякова для оцінки ПКГД, PSS (шкала сприйняття стресу), діагностика стану по Зунге та реєструвалися фізіологічні данні досліджених жінок щодо стану вагітності та процесу розродження.

Дослідження проведено на базі кафедри практичної психології Запорізького національного університету, кафедри акушерства та гінекології Запорізького державного медичного університету. та клінічного санаторію «Великий Луг».

Результати досліджень та їх обговорення За результатами скринінг-тесту Добрякова встановлено, що частота як оптимального, так і відхиленого від оптимального варіанту ПКГД і склала по 28 % відповідно. До змішаного типу ПКГД нами було віднесено 34,7% отриманих результатів від загальної вибірки. Наступною була використана методика діагностики стану В процесі аналізу за методикою Зунге встановлено, що 9,3% жінок мають наявний стан депресії у легкій формі. Однак слід зазначити, що серед даного контингенту жінок, в 14,3% виявлено наявність тривожного варіанту ПКГД. Стан стресу, за тестом PSS мав місце лише у 2,6% та не мав кореляційного зв'язку з ПКГД.

Висновок На підставі проведеного дослідження не було встановлено чіткого взаємозв'язку психологічного компоненту гестаційної домінанти зі стресом та депресією у вагітних.

ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОЗАСОБІВ БАГАТОСПРЯМОВАНОЇ ДІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Ткачова І.М.

Науковий керівник: ас. Федянович І.М.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра терапевтичної стоматології

Профілактика та лікування захворювань пародонту на теперішній день продовжують залишатись однією з актуальніших проблем стоматології. За останні роки спостерігається тенденція до зростання розповсюдженості захворювань тканин пародонту, збільшення частоти ускладнених форм, що є однією з причин ранньої втрати зубів (М.Ф. Данилевський, 1999; Г.Н. Вишняк, 1999). Провідне місце в структурі хвороб пародонту займає генералізований пародонтит. Відомо, що урбанізація і пов'язана з нею алергізація населення асоціюється з неприємним прогнозом щодо поширеності генералізованого пародонтиту. Не дивлячись на значну кількість методів лікування різноманітність лікарських форм та медикаментів, що застосовуються в пародонтології, терапія генералізованого пародонтиту залишається недостатньо ефективною і потребує подальшого удосконалення. Не є випадковим зростання інтересу до застосування засобів рослинного походження. Багатокомпонентний склад рослинних концентратів обумовлює їх комплексну дію. (Л.О. Хоменко, О.П. Соколовська, 1994).

Метою дослідження: оцінити за динамікою клініко-лабораторних показників ефективність застосування вітчизняного фітоконцентрату «Малавіт» та фітосорбенту «Вітапектін» у комплексній терапії генералізованого пародонтиту (За методикою Н.С. Гужевської, 2000).

Матеріали та методи. Діагностику захворювань пародонту здійснювали за класифікацією М.Ф.Данилевського (1994). Стан тканин пародонту оцінювали за загально визнаними рекомендаціями. (В.С. Іванов, 1998).

Об'єктивними критеріями клінічного перебігу генералізованого пародонтиту в динаміці лікування слугували показники пародонтальних індексів КПП, ІГ та окремих клінічних тестів: кровоточивість ясен, патологічна рухомість зубів, втрата кісткової тканини.