



Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика



**Збірник матеріалів
Всеукраїнської науково-практичної
інтернет-конференції
«YOUNG SCIENCE 2. 0»
19 лютого 2020 року**

Київ – 2020

та пацієнтів після ЛПВКШ в поєднанні з превентивною антирефлюксною процедурою (фундоплікація за Nissen).

Матеріали та методи. Характеристика груп пацієнтів: I група (ЛПВКШ) – 26 пацієнтів (чоловіки / жінки - 11/15, середній вік – $40,03 \pm 7,03$, середня вага – $129,24 \pm 7,3$ кг; обвід живота – $128,44 \pm 5,17$ см; індекс маси тіла (ІМТ) – $42,42 \pm 2,57$ кг/ м²; I-III ASA); II група (фундоплікація за Nissen + ЛПВКШ) – 19 пацієнтів (чоловіки / жінки - 7 / 12; середній вік - $41,1 \pm 5,87$, середня вага - $126,9 \pm 6,88$ кг; обвід живота – $128,1 \pm 4,72$ см; індекс маси тіла (ІМТ) – $42,42 \pm 2,29$ кг / м²; I-III ASA). Для всіх пацієнтів була проведена попередня консультація. Проводилось анкетування за анкетами GERD-Q та SF-36, контроль антропометричних показників, проведення ряду лабораторних та інструментальних досліджень з метою виявлення супутніх захворювань. Критерій виключення: наявність симптомів ГЕРХ або грижі стравохідного отвору діафрагми. Під час курації хворих були дотримані рекомендації відповідно до протоколу ERAS.

Результати. При дотриманні основних принципів ERAS були отримані наступні результати. Середній час виконання операції: I група - 120.88 ± 6.33 хв; II група - 134.1 ± 5.44 хв. Післяопераційна транзиторна нудота та блювота: I група – 2 пацієнта; II група – 1 пацієнт. Час знаходження в стаціонарі: I група - 3.76 ± 0.71 д.; II група - 3.52 ± 0.61 д.. Середній показник ІМТ через рік після операції в групах I і II становив 32.8 ± 0.58 кг / м² і 32.58 ± 0.32 кг / м², відповідно. Відповідно до опитування за анкетами GERD-Q та SF-36 у II групі отримані показники вищі. У 3 пацієнтів з I групи біли наявні симптоми ГЕРХ. За даними рентгеноскопії та гастроскопії у 4 пацієнтів I групи наявні епізоди рефлюксу та підтверджений рефлюкс-езофагіт (3 – А ступеню та 1 – В ступеню, за класифікацією Лос – Анджелес 1998)

Висновок. При поєднанні дотримання рекомендацій протоколу ERAS та виконання поєднання ЛПВКШ в комбінації з превентивною антирефлюксною процедурою дозволяє покращити показники якості життя пацієнтів за рахунок попередження розвитку ГЕРХ, при співставних результатах зниження ваги. Однак даний вид хірургічного лікування потребує подальшого вивчення та проведення повторного аналізу.

**ПРИЧИНИ НЕВДАЧІ ЛІКУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПАЦІЄНТІВ НА ФОНІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ
CAUSES OF FAILURE OF TREATMENT OF CHEMORESISTANT
TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION**

Сагайдак Т. К. (Sahaidak T. K.)

Науковий керівник – д. мед. н., доцент Скороходова Н. О.

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти

Міністерства охорони здоров'я України»

Кафедра фтизіатрії і пульмонології

Актуальність теми. Попри тенденцію щодо зниження показників захворюваності на туберкульоз та смертності від цієї хвороби, епідемічна ситуація з туберкульозу в Україні все ще залишається складною. На початку III тисячоліття глобальною проблемою у світі стали значне зростання захворюваності на туберкульоз та поширення ВІЛ, які належать до найзагрозливіших та поширених захворювань у всьому світі. В Україні, за даними ВООЗ, ефективність лікування мультирезистентного туберкульозу становить лише 42%.

Мета дослідження. Дослідити причини невдачі лікування хіміорезистентного туберкульозу у пацієнтів на фоні ВІЛ-інфекції.

Матеріали та методи. З 2013 по 2017 рр. в Запорізькій області всього зареєстровано 379 випадків хіміорезистентного туберкульозу з супутньою ВІЛ-інфекцією. Результати лікування оцінювались за допомогою когортного аналізу.

Результати дослідження. У 2013 році невдача лікування становила 5 випадків, за рахунок відсутності конверсії мокротиння – 3 випадки, 1 випадок – реверсія мокротиння до позитивних результатів та 1 – хворий переведений на паліативне лікування. У 2014 році невдача лікування становила 10 випадків, із них 3 – відсутність конверсії мокротиння, 3 – переведено на паліативне лікування, 2 – наявність небажаних побічних реакцій, 1 – ознаки реверсії мокротиння, 1 – додатково набута резистентність. У 2015 році невдача лікування становила 9 випадків, із них 6 – відсутність конверсії мокротиння, 2 – ознаки реверсії мокротиння, 1 – переведено на паліативне лікування. У 2016 році невдача лікування становила 13 випадків, із них 6 – відсутність конверсії мокротиння, 5 – переведено на паліативне лікування, 2 – ознаки реверсії мокротиння. У 2017 році невдача лікування становила 18 випадків, із них 7 – відсутність конверсії мокротиння, 9 – переведено на паліативне лікування, 2 – ознаки реверсії мокротиння.

За 5 років невдале лікування становило 55 випадків. Із них 25 (45%) випадків становила відсутність конверсії мокротиння, 19 (34%) – хворих переведено на паліативне лікування, 8 (15%) – реверсія мокротиння до позитивних результатів, 2 (4%) – наявність небажаних побічних реакцій, 1 (2%) – ознаки додатково набутої резистентності.

Висновки. Не зважаючи на стандартизовані схеми лікування хіміорезистентного туберкульозу відмічається збільшення кількості неефективно пролікованих випадків. Основні причини невдач лікування – відсутність конверсії мокротиння та переведення хворих на паліативне лікування.

<i>Періг Ю. С., Матюха Л. Ф.</i> Причини гіподіагностики залізодефіциту у підлітків на первинній ланці надання допомоги	61
<i>Перекопайко Ю. М.</i> Попередження інфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях черепа та головного мозку в гострому та ранньому періоді	62
<i>Покровська Н. К.</i> Артеріальна гіпертензія у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень та ожирінням	63
<i>Роєнко Ю. В.</i> Роль мінімально інвазивних органозберігаючих операцій при адренокортикальних аденомах	65
<i>Саволук С. І., Лисенко В. М., Крестянов М. Ю., Завертиленко Д. С., Кругляк Є. К.</i> Лапароскопічна гастроплікація з превентивною фундоплікацією за Nissen в умовах протоколу Enhanced recovery after surgery в лікуванні хворих на ожиріння та метаболічний синдром	66
<i>Сагайдак Т. К.</i> Причини невдачі лікування хіміорезистентного туберкульозу у пацієнтів на фоні віл-інфекції	67
<i>Сиваченко Ю. В., Бекетова Г. В., Поворознюк В. В., Довгополова О. В.</i> Мінеральна щільність кісткової тканини у школярів	67
<i>Синах О. К.</i> Особливості перебігу менопаузи у жінок з клімактеричною кератодермією Хакстхаузена	69
<i>Сич Т. Ю.</i> Клініко-неврологічні прояви та диференційна діагностика Лайм-Бореліозу	71
<i>Стахова А. П.</i> Структурно-функціональні зміни міокарда у хворих на ревматоїдний артрит та артеріальну гіпертензію	73
<i>Стецюк К. В., Голяновський О. В.</i> Імуногістохімічні особливості плацентарної тканини при передлежанні плаценти	74
<i>Супрунович І. М.</i> Поширеність рецесій ясен залежно від віку у пацієнтів з генералізованим пародонтитом	77
<i>Ткаченко А. С.</i> Генерація активних форм кисню гранулоцитами під дією харчової добавки Е407а в експериментах in vivo та in vitro	78
<i>Фелештинський Я. П., Деркач К. Д.</i> Нориці передньої черевної стінки після відкритої алогерніопластики	79
<i>Чернеда Л. О.</i> Сучасний підхід до терапії себорейного кератозу в залежності від патогістологічної картини	80
<i>Черниш Ю. Р., Охотнікова О. М.</i> HE-IGE-опосередкована гастроінтестинальна харчова алергія у дітей: сучасні принципи діагностики та лікування	82
<i>Шестакова Я. А.</i> Новий комплексний метод терапії розацеа з використанням статинів	83
<i>Штонда Д. В.</i> Люксація голівки стегнового компоненту у пацієнтів після тотального ендопротезування кульшового суглоба	85
<i>Щурко М. М., Башта Г. В., Акімова В. М.</i> Дисфункція гуморальної ланки імунітету у хворих на ішемічну хворобу на тлі метаболічного синдрому	86
<i>Юрковська Л. Г.</i> Особливості вітчизняного законодавства щодо забезпечення якості лікарських засобів на етапах їх реалізації та медичного застосування	87