

Міністерство охорони здоров'я України  
Департамент охорони здоров'я Херсонської облдержадміністрації  
Управління охорони здоров'я Херсонської міської ради  
КНП «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша»  
Одеський національний медичний університет  
Кафедра сімейної медицини та загальної практики  
ГО «Асоціація сімейної медицини Одеського регіону»  
ГО «Рада головних лікарів медичних установ Херсонської області»  
ГО «Асоціація лікарів м. Херсона», ГО «Асоціація молодих лікарів»

## **ТЕЗИ**

**XVII Регіональної науково-практичної  
конференції лікарів**

**«СТІЙКА СИСТЕМА ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я: РОЗВИТОК ПЕРВИННОЇ  
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ І ЇЇ  
ІНТЕГРАЦІЯ ІЗ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЮ  
МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ»**

**31 травня 2019 року  
м. Херсон**

|   |   |    |
|---|---|----|
| Миргород А.В.,<br>Величко В.І.,<br>Нахашова В.Є.,<br>Малицька А.П.  | Оцінка якості сну у хворих на<br>поліноз в період загострення   | 46 |
| Назарян В.М.,<br>Величко В.І.   | Пацієнт з періартритом плеча на<br>тлі надмірної маси тіла або<br>ожиріння в практиці сімейного<br>лікаря   | 48 |
| Полінчук І.С.,<br>Малахов П.С.,<br>Полінчук І.М.,<br>Сидорко Ю.В.,<br>Арбузова В.О.,<br>Туряниця С.В.,<br>Цимбал Ю.Ф.,<br>Степаненко П.П. | Електрофізіологічні та<br>психофізіологічні маркери<br>безпеки загальної анестезії  | 49 |
| Пономарева І.Ю.,<br>Галатенко Д.А.,<br>Смирнова І.Н.  | Діагностика рідких форм<br>паркинсонізму в практиці<br>невролога городської<br>поліклініки  | 53 |
| Пустовойченко<br>С.М.,<br>Арцибашев О.В.  | Скринінг та профілактика<br>хірургічних ускладнень цукрового<br>діабету у межах діяльності<br>«Кабінету профілактики<br>синдрому діабетичної стопи» | 56 |
| Смирнова І.М.,<br>Рожкова Г.Б.,<br>Некряч О.В.  | Роль лікаря у профілактиці<br>онкологічних захворювань  | 61 |
| Табидзе Д.Л.,<br>Панов В.В.,<br>Саидов В.Я.,<br>Жовниренко Д.А.,<br>Мазуренко С.Н.,<br>Киорпе Д.А.  | Случай из практики: ворсинчатая<br>опухоль нижнеампулярного<br>отдела прямой кишки  | 62 |

значний негативний вплив симптомів полінозу на якість сну пацієнтів у період загострення.

Питання аналізу порушення сну у пацієнтів з полінозом є актуальним і може бути використаним як додатковий метод оцінки якості лікування з метою оптимізації лікувального процесу та покращення якості життя в цілому.

## **ПАЦІЄНТ З ПЕРІАРТРИТОМ ПЛЕЧА НА ТЛІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА АБО ОЖИРІННЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Назарян В.М., Величко В.І.**

**Одеський національний медичний університет**

**Актуальність.** Складна анатомія та велика рухливість плечового суглоба роблять його досить уразливим. Серед усіх випадків патології опорно-рухового апарату приблизно в 16 % причиною звернення до сімейного лікаря є біль в плечі. Частіше за іншу патологію (приблизно в 80 % випадків) плечовий суглоб вражає періартрит плеча (ПП). В загальній популяції захворюваність на ПП сягає 3-5 %. В наш час немає достовірних даних щодо розповсюженості даної патології в Україні через відсутність точного визначення та діагностичних критеріїв. Без своєчасної адекватної терапії можливе прогресування процесу до стадії «замороженого плеча».

**Мета.** Удосконалити діагностику плечового періартриту в пацієнтів з надмірною масою тіла або ожирінням в практиці сімейного лікаря.

**Матеріали та методи.** В дослідженні брали участь 38 пацієнтів з болем та зменшенням об'єму рухів в плечовому суглобі, яких відібрали методом анкетування. Пацієнти були віком старше 18 років, серед них: 20 жінок та 18 чоловіків. Проводили детальний збір скарг та анамнезу, огляд пацієнта, пальпацію ураженої області, виявлення об'єму активних і пасивних рухів, а також пробу з рухом через опір. Для підтвердження діагнозу ПП проводили УЗД або МРТ плечового суглоба. За необхідності, було проведено додаткові методи дослідження та консультацію спеціалістів.

**Результати.** В результаті проведених досліджень у 30 пацієнтів вдалося підтвердити діагноз ПП. При відсутності даних щодо

періартриту плеча за результатами додаткових досліджень 4 пацієнтів було направлено на консультацію до невролога, 2 – до травматолога, 2 – до ревматолога. Після виставлення правильного діагнозу всім пацієнтам було призначено відповідну терапію.

## **ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ БЕЗПЕКИ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ**

**Полінчук І.С., Малахов П.С., Полінчук І.М., Сидорко Ю.В.,  
Арбузова В.О., Туряниця С.В., Цимбал Ю.Ф., Степаненко П.П.**

**КНП «Херсонська міська клінічна лікарня ім.Є.Є.Карабелеша»  
Головний лікар – заслужений лікар України А.П. Малицька**

**Актуальність проблеми.** Поняття «безпеки» в анестезіологічній практиці є дуже багатограним. Його невід’ємними складовими є фізичний, психофізіологічний (когнітивний), психологічний, інфекційний та деякі інші компоненти. В жодному розділі практичної медицини не використовуються такі фармакологічні засоби, які можуть миттєво змінити гомеостаз організму пацієнта. Разом з тим, «слідові» ефекти дії препаратів для загальної анестезії у вигляді розладів вищих психічних функцій, які прийнято називати післяопераційною когнітивною дисфункцією (ПОКД), можуть зберігатись декілька місяців і навіть років після завершення оперативного втручання. Залишається відкритим питання про “ідеальний” препарат для загальної анестезії, який повинен відповідати наступним вимогам: швидкий початок дії, висока ефективність, метаболізм без утворення токсичних продуктів, швидке видалення із тканин організму. За наслідками впливу на центральну нервову систему (ЦНС) дію препаратів для загальної анестезії можна прирівняти до гострої церебральної недостатності незалежно від причин, які її викликали (травматичне пошкодження, ішемія, гіпоксія, нейроінфекція, нейротоксини). Адже патогенетичні механізми при цих явищах багато в чому спільні. В залежності від важкості і локалізації нейронального пошкодження, його наслідки можуть зберігатися тривалий час у вигляді неврологічного і/або когнітивного дефіциту. Неврологічні порушення, причиною яких є грубі розлади функціонування різних мозкових центрів, у віддаленому періоді