

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **ОЛЬГА КОВЕРЧУК**,
 КЗВО «Волинський медичний інститут»
 Науковий керівник:
 к. мед. н., доц. **СЕРГІЙ КАЛИНЧУК**

ОРГАНІЗАЦІЯ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТОМ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ В ХІРУРГІЇ ОДНОГО ДНЯ

Актуальність теми. Проблемою сьогодення є подовжене перебування пацієнта в умовах стаціонару. У сучасній хірургії використовуються лапароскопічні оперативні втручання, що є «золотим стандартом» у лікуванні захворювань жовчного міхура та, своєю чергою, мінімізує кількість проведених годин на лікарняному ліжку в післяопераційному періоді. Це є актуально з точки зору пацієнта для подальшого його одужання за умов ефективної спеціалізованої допомоги. Також це економічно ефективно для відділень стаціонару.

Мета дослідження. Створення умов для відновлення пацієнта в умовах стаціонару протягом 12 годин після оперативного втручання та переведення на амбулаторне лікування. Співпраця з первинною ланкою для обстеження пацієнта та компенсації хронічних супутніх патологій.

Методи дослідження. Загальноклінічні (аналіз карток пацієнта, об'єктивний та суб'єктивний стан пацієнта), лабораторні та інструментальні методи дослідження, аналіз даних наукової та методичної літератури.

Для ефективнішого та якнайшвидшого відновлення пацієнта після ЛХЕ є тісна співпраця із первинною ланкою медико-санітарної допомоги. А саме: початок підготовки пацієнта до оперативного втручання (забір лабораторних аналізів напередодні, лікування, профілактика та компенсація хронічних захворювань). Надалі – ведення та догляд за пацієнтом на післяопераційному етапі в первинній ланці медичної допомоги.

З 1 жовтня 2023 року по 13 березня 2024 року проведено спостереження за пацієнтами хірургічного відділення після лапароскопічної холецистектомії. Всього було прооперовано 45 пацієнтів, з них 30 – жінки, 15 – чоловіки. Вік пацієнтів складав від 31 до 72 років.

Пацієнтів було розділено на 3 групи:

1 група – пацієнти із хронічним холециститом, які були обстежені на амбулаторному рівні та пройшли ефективну компенсацію хронічних захворювань і мали постійний контакт з фахівцями первинної ланки на післяопераційному етапі.

2 група – пацієнти із хронічним холециститом, які не повністю обстежені або компенсація хронічних захворювань не виконана в повному обсязі на первинній ланці.

3 група – пацієнти із хронічним холециститом, які не мали дієвого контакту із первинною ланкою і відчували невпевненість в результатах операції в ранньому післяопераційному періоді.

Група	Кількість	Перебування в стаціонарі до 1 доби	Перебування в стаціонарі більше 1 доби
1	17	17	-
2	18	9	9
3	10	3	7

Результати спостереження показали, що пацієнти, які обстежені на первинному рівні медико-санітарної допомоги та з ефективною компенсацією супутніх захворювань, мають низький ризик післяопераційних ускладнень, відчують повну готовність іти додому в ранньому післяопераційному періоді (на що спрямована робота медичних сестер у відділенні). А пацієнти, котрі не мають контакту із перинною ланкою, потребують подовженого перебування у стаціонарі як на доопераційному етапі, так в післяперційний період.

Висновки:

1. Пацієнти із ЖКХ, хворі на хронічний холецистит, які пройшли повноцінне обстеження на догоспітальному етапі лікування, а також ефективну компенсацію хронічних захворювань, можуть отримати послугу видалення жовчного міхура в умовах хірургії одного дня.
2. Плідна співпраця медичного персоналу первинної ланки та спеціалізована медична допомога щодо передопераційного обстеження за пацієнтом створює умови для запровадження видалення жовчного міхура при хронічному холециститі методом лапароскопічної холецистектомії в умовах хірургії одного дня.
3. Для зменшення терміну перебування в стаціонарі після ЛХЕ пацієнти повинні бути підготовлені морально, тобто впевнені в позитивному результаті після закінчення свого перебування в стаціонарі. Для цього мають бути створені умови ефективної співпраці з персоналом первинної ланки.

здобувачка другого (магістерського) рівня вищої освіти **НАТАЛІЯ РАБЦУН**,
КЗВО «Волинський медичний інститут»
Науковий керівник:
к. мед. н., доц. **ГАЛИНА ПОТЬОМКІНА**

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОФЛОРИ УРОГЕНІТАЛЬНОГО КАНАЛУ В ХВОРИХ НА ДИСПЛАЗІЮ ТА РАК ШИЙКИ МАТКИ ПАПІЛОМАВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ

Актуальність теми. Основні функції вагінальної мікробіоти – підтримка цілісності слизових оболонок, захист від патогенів (колонізаційна резистентність), видалення і нейтралізація токсинів, моделювання імунного захисту та ін. У нормі мікрофлора жіночих статевих органів складається з приблизно 40 видів мікроорганізмів, більша частина яких (близько 95-98%) є лактобактеріями, які, продукуючи перекис водню і молочну кислоту, створюють кисле середовище, що пригнічує розвиток патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Решта 3-5% складу мікрофлори – це умовно-патогенні мікроорганізми: стафілококи, кандиди, гарднерели, анаеробні бактерії та інші. Небезпечними вони стають тільки в разі їх надмірного свого розмноження на тлі зменшення кількості лактобактерій. Однією з функцій нормальної мікрофлори є неспецифічна стимуляція імунної системи, а відсутність нормального мікробного ценозу викликає численні порушення імунної відповіді.

Мета роботи. Проаналізувати стан мікробіоти урогенітального каналу у хворих на дисплазію (ДШМ) та рак шийки матки (РШМ) на тлі папіломавірусної інфекції.

Матеріали та методи виконання. Під нашим спостереженням знаходились жінки віком 18-80 років, серед яких 25 пацієток – хворі на ДШМ, 25 – хворих на РШМ папіломавірусного генезу, 14 – жінки, які склали контрольну групу. До основних методів лабораторної діагностики мікрофлори відносились: мікроскопія мазків; бактеріоскопічні дослідження; ПЛР-діагностика інфекційних збудників; бактерійний аналіз з визначенням складу мікрофлори піхви.

Результати. У практично здорових жінок домінував абсолютний (57,1%) та умовний (35,8%) нормоценоз. Загальна частка нормоцитозу вагінальної мікрофлори серед всіх хворих становила 34%: серед пацієнтів на ДШМ – 34%, РШМ – 36% ($P>0,05$). Натомість у хворих на ДШМ і РШМ домінував помірний (42,0%) та виражений (32,0%) дисбіоз (ДБ), що вірогідно різнилося з даними контрольної групи жінок ($P<0,05$). Частка патологічної вагінальної мікрофлори серед хворих на ДШМ (0,52) вірогідно не відрізнялась від такої в хворих на РШМ (0,60, $P>0,05$). Найбільш виражене різноманіття вагінальної мікрофлори спостерігалось в пацієнтів з РШМ та ДШМ у віковій групі 26-45 років. У жінок цього вікового періоду найчастіше зустрічались ВІЛ-інфекція (три випадки з чотирьох), сифіліс та гонорея. Всі бактерійні дисбіози (БД) були поєднані з наступними патогенними мікроорганізмами: *Gardnerella vaginallis* – у 50,0%, *Chlamydia trachomatis* – у 33,0%, ВІЛ-інфекцією – у 20,8%,