

(62,3 %, проти 37,7 %, $p < 0,01$). Середній показник висоти НКК зуба становили від $3,50 \pm 0,61$ до $2,32 \pm 0,13$ мм без достовірної різниці у групах зубів ($p > 0,05$). Не встановлено вірогідної різниці висоти коронок між верхніми і нижніми відповідними групами зубів ($p > 0,05$). Висота коронкової частини зуба $\leq 3,5$ мм виявлена у 13,8 % на вестибулярній і 16,3 % – оральній поверхнях зубів ($p > 0,05$), на дистальній і медіальній достовірно частіше порівняно з вестибулярною і оральною поверхнями (відповідно у 37,2% і 32,7%, $p < 0,001$).

Висновки. Об'єктивне визначення висоти клінічної коронки зуба - важлива складова у комплексному плануванні заходів, спрямованих на забезпечення необхідної ретенційної площі твердих тканин зуба під час терапевтичного/ортопедичного лікування.

ОЦІНЮВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА В ЖІНОК

Патіота А., Польний М.І.

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Кінаш Н.М.

Кафедра акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового,

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна, ifntmu@ifntmu.edu.ua.

Актуальність. М'язи передньої черевної стінки розташовані в апоневротичних футлярах, які медіальніше охоплюють прямі м'язи живота, перехресшуються по серединній лінії і формують білу лінію, яка проходить від мечоподібного відростка груднини до верхньої лонної зв'язки. Біла лінія виконує важливу роль у підтриманні стабільності черевної стінки з механічної точки зору.

Для профілактики діастазу прямих м'язів живота чимало жінок продовжують або навіть починають займатися спортом під час вагітності. Інші жінки для швидшого відновлення форми живота в післяпологовому періоді звертаються по допомогу до фізіотерапевта або реабілітолога.

Мета дослідження – оцінити функціональні наслідки і вплив фізичних вправ на ДПМЖ для підвищення якості життя пацієнток.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано 54 пацієнтки, у яких діагностували ДПМЖ під час вагітності та післяпологовому періоді. Кількість завершених вагітностей були від однієї до трьох. У всіх жінок пологи відбулися фізіологічно. Появу ДПМЖ розцінили як збільшення ширини білої лінії понад 25 мм, виміряної під час ультразвукового обстеження передньої черевної стінки. Статистичний аналіз матеріалу здійснено з використанням програми «Excel 11». За результатами проведення статистичної обробки обчислено середню арифметичну величину та вірогідність різниці результатів дослідження щодо показників різних груп.

Результати дослідження та їх обговорення. Середній розмір ширини білої лінії в пацієнток на час пологів був у межах від 25 мм до 68 мм. У жінок дослідних груп у термін 7-8 місяців після пологів спостерігали вірогідне ($p = 0,001$) зменшення ширини білої лінії менше 25 мм. Серед пацієнток основної групи це спостерігали у 73,1% (19 осіб), а контрольної – у 64,3% (18 осіб). Однак вірогідної різниці між групами не відзначили ($p = 0,687$). Незважаючи на те, що серед жінок, які проходили шестимісячний курс реабілітації з приводу ДПМЖ, був вищим відсоток нормалізації ширини білої лінії, у них тільки на 34% були невірогідно вищими шанси одужання.

Для консервативної терапії ДПМЖ використовують вправи, спрямовані на залучення поперечних або прямих м'язів живота (техніка Nobel). Найпоширенішим фізіотерапевтичним напрямом є комплекс вправ із максимальним залученням поперечних м'язів. Оцінювання натягу білої лінії за допомогою індексу викривлення свідчить, що активація поперечного м'яза живота запобігає викривленню білої лінії, що забезпечує кращий контроль зменшення міжм'язової дистанції та ліпший косметичний результат.

Наведене нами дослідження, в основі якого покладено порівняння регресу ДПМЖ у жінок, які проходили шестимісячний курс фізіотерапії, та в жінок, у яких не проводили жодного лікування ДПМЖ, свідчить, що частота мимовільного регресу ДПМЖ і повернення показників ширини білої лінії до норми є високою і статистично не відрізняється.

Висновки. У більшості жінок у післяпологовому періоді ДПМЖ самостійно минає впродовж 7-8 місяців та не потребує лікування. Курс фізичної реабілітації дає змогу невірогідно ($p = 0,687$) підвищити цей показник до 73,1%. Наразі рано вказувати на високу ефективність консервативної терапії ДПМЖ в жінок у постпартумі. Консервативна терапія діастазу прямих м'язів живота в жінок у постпартумі допомагає статистично значуще ($p = 0,050$) підвищити якість життя пацієнток. Очевидно, це досягається поліпшенням тону м'язів передньої черевної стінки і кращої стабільності тулуба.

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ТА «SOFT SKILLS» У ПРОФЕСІЙНОМУ РОЗВИТКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Пашук Б.В.

Науковий керівник - PhD за спеціальністю 223 Медсестринство Х.О. Новак-Мазепа

КЗВО «Волинський медичний інститут»

Кафедра медсестринства та екстреної медицини

м. Луцьк, Україна, e-mail: bohdana_pashuk@vmti.volyn.ua

Актуальність. Динамічність та глобалізація змін у сфері охорони здоров'я вказують, що концепція самоефективності та «soft skills», є ключовими чинниками професійного розвитку медичних працівників, адже впливають на якість надання медичних послуг, продуктивність та рівень стресостійкості. Сьогодні кваліфікований медичний працівник повинен володіти не лише компетентностями, які містяться в його посадовій інструкції, але й має володіти певним переліком «soft skills», що в перекладі означає «м'які» навички.

Мета. Дослідити концептуальну модель самоефективності та «soft skills» у професійному розвитку медичних працівників.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети були застосовані методи порівняння, аналіз та синтез.

Результати. Високий рівень самоефективності медичних працівників напряму пов'язаний з наданням якісних медичних послуг. Сьогодні, в професійній діяльності «м'які» навички набирають все більшої популярності. До таких навичок відносимо: комунікацію, критичне мислення, лідерські якості, емоційний інтелект та позитивне мислення. Концептуальна модель, яка поєднує самоефективність та «soft skills», сприяє формуванню стійкого професійного розвитку та підвищенню загальної ефективності медичних працівників у подальшому кар'єрному зростанні.

Висновки. Концептуальна модель самоефективності та «soft skills» є ефективним інструментом для професійного зростання фахівців у сфері охорони здоров'я. Впровадження цієї моделі в освітні та тренінгові програми для медичних працівників сприяє системному підходу до розвитку професійної компетентності та «м'яких» навичок. Таким чином, впровадження тренінгів з емоційного інтелекту та позитивного мислення, комунікативних навичок, самоорганізації та самоефективності позитивно впливатиме на роботу, дозволить значно підвищити ефективність праці медичних працівників, знизить рівень професійного вигорання та покращить якість надання медичних послуг.

КООРДИНАЦІЯ РОБОТИ ЛІКАРЯ СТОМАТОЛОГА-ХІРУРГА ТА ТЕРАПЕВТА У ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ З ПАТОЛОГІЄЮ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Пелехан Б.Л., Заяць О.В.

*Науковий керівник – д.мед.н., проф. М.М. Рожко
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра стоматології післядипломної освіти
Кафедра фізіології
м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: bpelechan@gmail.com*

Актуальність. Патологія органів ротової порожнини у дітей є однією з найбільш поширених медичних проблем. Вона включає різноманітні захворювання, від карієсу та гінгівіту до складних аномалій розвитку зубощелепної системи, що вимагає комплексного підходу до лікування. Оскільки багато захворювань органів ротової порожнини тісно пов'язані з іншими фізіологічними системами організму, важливою є координація між лікарем-стоматологом-хірургом та лікарем-стоматологом-терапевтом дитячого віку. Тільки ефективна співпраця спеціалістів дозволяє забезпечити повноцінне лікування дітей і запобігти розвитку ускладнень у майбутньому.

Мета дослідження. Аналіз взаємодії лікаря-стоматолога-хірурга та лікаря-стоматолога-терапевта дитячого при лікуванні дітей з патологією ротової порожнини, а також оцінка ефективності спільної роботи в процесі діагностики, лікування та профілактики стоматологічних захворювань у дитячій практиці.

Матеріали і методи. Для виконання дослідження було проведено огляд медичних карт пацієнтів Центру стоматології Університетської клініки ІФНМУ, у яких спостерігались захворювання ротової порожнини, що потребують хірургічного втручання. Було проаналізовано 120 випадків лікування дітей віком від 3 до 14 років. Вивчалися різні аспекти співпраці між лікарями-стоматологами-хірургами та лікарями-стоматологами-терапевтами дитячого віку на кожному етапі лікування, від початкової діагностики до завершення лікувального процесу. Застосовувалися методи клінічних спостережень та опитування пацієнтів та їх батьків.

Результати дослідження. Результати дослідження показали, що у 75% випадків успішне лікування патології органів ротової порожнини у дітей можливе лише за умов належної координації між стоматологом-хірургом та лікарем-стоматологом-терапевтом дитячого віку. У більшості випадків взаємодія між лікарями зводилася до мінімуму, що призводило до затримок у лікуванні та виникнення ускладнень. У тих випадках, де було встановлено чітке узгодження дій між спеціалістами, спостерігалася висока ефективність лікування, зокрема зниження рівня рецидивів стоматологічних захворювань. Дослідження також показало важливість спільних консультацій та розробки індивідуальних планів лікування для кожного пацієнта.

Висновки

Спільна робота лікаря-стоматолога-хірурга та лікарем-стоматологом-терапевтом дитячого віку є критично важливою для досягнення високих результатів лікування дітей з патологією органів ротової порожнини.

Взаємодія між лікарями має бути організована на всіх етапах лікування, починаючи з діагностики та закінчуючи післяопераційним спостереженням.

Розробка єдиних протоколів лікування та регулярні консультації між спеціалістами можуть значно покращити якість медичної допомоги та знизити ризик ускладнень.

Важливість мультидисциплінарного підходу в лікуванні дітей з патологією органів ротової порожнини неможливо переоцінити, оскільки тільки за таких умов можна забезпечити повноцінну та ефективну терапію.

АКТИВНІСТЬ NO-СИНТАЗНОЇ Й АНТИОКСИДАНТНОЇ АКТИВНОСТІ СИРОВАТКИ КРОВІ, РЕСПІРАТОРНОГО ВІДДІЛУ ЛЕГЕНЬ ЗА УМОВ ПОЄДНАННЯ ГІПОТИРЕОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Петруняк С.О.

*Науковий керівник – д.мед.н., проф. Н.М. Воронич-Семченко
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра фізіології
м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: spetrunyak@ifntmu.edu.ua*

Актуальність дослідження зумовлена поширеністю тиреоїдної патології і цукрового діабету, що має тенденцію до зростання. Відомо, що йододефіцитні стани супроводжуються порушенням вуглеводного обміну, а інсулінорезистентність, у тому числі через активацію окисних реакцій, накопичення продуктів окисації, може впливати на синтез і секрецію тиреоїдних гормонів, зумовлюючи тиреоїдну дисфункцію.

Мета. Дослідити стан NO-синтазної та антиоксидантної систем сироватки крові, тканин респіраторного відділу легень тварин за умов йододефіциту, інсулінорезистентності та їх поєднання.

Матеріал та методи. Експеримент проводили на статевозрілих щурах масою 120-130 г, яких розділили на чотири групи. Контрольна (1-ша, 20 щурів) – тварини перебували на харчовому і питному раціоні стандартних умов віварію; 2-га і 4-та групи (по 20 тварин) – тварини отримували йододефіцитну дієту, 3-тя і 4-та – питну воду тваринам замінили 10 % розчином фруктози. У тканинах респіраторного відділу легень досліджували активність індукцибельної NO-синтази (iNOS), у сироватці крові – вміст нітрит-іона, активність антиоксидантних ферментів й iNOS.

Результати. Встановили інтенсивну активацію iNOS у тварин усіх дослідних груп. Зокрема, активність iNOS у гомогенаті респіраторного відділу легень зросла у тварин 2-ї групи на 33,5 % ($p_{1,2}<0,05$), 3-ї – на 17,6 % ($p_{1,3}<0,05$), 4-ї – на 23,5 % ($p_{1,4}<0,05$) щодо контрольних значень. Аналогічно змінювалась активність iNOS у сироватці крові: у 2-й збільшилась на