

Актуальність У частини хворих на хворобу Лайма навіть після адекватного курсу антибактеріальної терапії (вибір препарату, режим дозування, шлях введення і тривалість застосування відповідають загальноприйнятим рекомендаціям) можуть розвиватися нейрокогнітивні симптоми, що зберігаються тривалий час. При цьому, за наявності тривожних або депресивних розладів відзначається погіршення пам'яті, зниження переносимості розумових навантажень тощо [1].

Мета дослідження - проаналізувати наслідки перенесеного нейробореліозу з точки зору вираженості когнітивно-емоційних порушень.

Матеріали і методи дослідження. Через 6 місяців після виписки обстежено 23 пацієнти з нейробореліозом: 12 жінок і 11 чоловіків. Об'єктивізацію нейропсихологічних порушень виконано за допомогою Короткої шкали психічного статусу (Mini-Mental State examination, MMSE), що застосовується для виявлення та скринінгу когнітивних порушень і деменції, дозволяючи швидко оцінити орієнтування в часі, в просторі, сприйняття, концентрацію уваги, пам'ять, мову, читання. Сума балів 28-30 свідчить, що порушень когнітивних функцій немає, 24-27 балів - переддементні когнітивні порушення, 20-23 бали – легко виражена деменція, 11-19 балів – помірно виражена деменція, 0-10 балів - тяжка деменція [2].

Результати дослідження. Були використані кількісні та якісні критерії оцінки зниження кожного когнітивного процесу від легких розладів до помірних і грубих порушень. Сумарний бал за MMSE в групі обстежених дорівнював $24,7 \pm 0,7$. У жінок сумарний бал склав $25,2 \pm 0,5$, у чоловіків - $24,5 \pm 0,4$ бали. У 9 пацієнтів були виявлені легкі і у 14 - помірно виражені когнітивні порушення. Грубих порушень встановлено не було. До помірно виражених порушень відносили розлади, які виходять за межі вікової норми і викликають труднощі при здійсненні складних видів діяльності. До легких порушень – розлади, які не впливають на професійну, соціальну та інші види діяльності, але усвідомлюються і викликають занепокоєння пацієнта. Серед найбільш поширених скарг пацієнтів - головні болі, втомлюваність, слабкість, роздратування, розлади настрою; серед когнітивних порушень - труднощі із запам'ятовуванням, концентрацією уваги. Прояви тривожних і депресивних розладів зареєстровано у 25 % пацієнтів. Також у цих пацієнтів відзначався певний негативізм відносно прогнозу свого стану.

Висновки. У пацієнтів з нейробореліозом, переважно у жінок, виявляються когнітивно-емоційні порушення, переважно помірного ступеню вираженості. Необхідність оцінки цих параметрів пояснюється тим, що успіх відновлення неврологічних функцій і функціонального статусу в цілому багато в чому залежить саме від наявності та ступеню вираженості когнітивно-емоційного дефіциту. Вважаємо, що призначення пацієнтам з хворобою Лайма ефективних для лікування когнітивних порушень різної етіології нейрометаболічних і ноотропних препаратів показано для запобігання або зменшення вираженості наявних розладів, які без лікування досить швидко прогресують.

Література.

1. Oczko-Grzesik B, Kępa L, Puszcz-Matlińska M, Pudło R, Żurek A, Badura-Głębik T. Estimation of cognitive and affective disorders occurrence in patients with Lyme borreliosis. *Ann Agric Environ Med.* 2017 Mar 1;24(1):33-8. doi: 10.5604/12321966.1229002.

2. Olazarán J, Hoyos-Alonso MC, Del Ser T, Garrido Barral A, Conde-Sala JL, Bermejo-Pareja F, et al. Practical application of brief cognitive tests. *Neurologia.* 2016 Apr;31(3):183-94. doi: 10.1016/j.nrl.2015.07.009.

DOI: 10.5281/zenodo.6815221

ХАРАКТЕРИСТИКА КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА

CHARACTERISTICS OF CYSTIC FORMATIONS OF THE MAXILLARY SINUS

**Начеса Я.
Yaroslav Nachesa**

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0512-3029>

Науковий керівник: завідувач кафедри д. мед. н. професор Володимир Шкорботун

Scientific supervisor: Doctor of Medical Sciences, professor

Volodymyr Shkorbotun

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Кафедра оториноларингології

м. Київ, Україна

Shupyk National Healthcare University of Ukraine

Department of otorhinolaryngology

Kyiv, Ukraine

e-mail: doctor.yaroslavnachesa@gmail.com

Кістозні утворення приносних синусів займають важливе місце серед отоларингологічної патології, їх частота у дорослого населення, за даними різних авторів, коливається від 3,2% до 35,6% (Moon et al. (2011); Arslan et al 2017). Основним місцем локалізації є верхньощелепний синус - до 90% (Bal M et al 2016). Однією з їх особливостей є частий безсимптомний перебіг і вони можуть бути випадковою знахідкою під час КТ та МРТ обстежень голови призначених з інших причин. Проте, навіть симптомний перебіг може не одразу привести пацієнта до лікаря-отоларинголога, адже, зазвичай, симптоми є неспецифічними що включають закладеність носа, ринорею, постназальне затікання, головний біль, і пацієнт лікується симптоматично. Дані фактори значно ускладнюють достовірну оцінку справжньої поширеності кіст приносних синусів.

Принципово важливим є розуміння гістологічної будови та класифікації кіст, як один із факторів, що визначає підходи до лікування. Істинні (ретенційні) кісти утворюються шляхом обструкції слизових залоз, і внутрішній шар їх стінки вистелений епітелієм. Через продукцію слизового секрету всередину, така кіста може зайняти майже увесь просвіт гайморової пазухи. Даний вид кіст самостійно не може регресувати, тому потребує спостереження в динаміці, і при збільшенні їх розмірів - хірургічного лікування. Хибні кісти (псевдокісти) – це порожнинні утворення, що виникають через порушення лімфодренажу в основній пластинці мукоперіосту синуса з накопиченням рідкого вмісту в розщилинах lamina propria, хоч окремі стоматологи трактують утворення внаслідок відшарування мембрани Шнейдера від кістки теж псевдокістозним (Meer, 2006). Основним місцем їх локалізації є альвеолярна заглибина верхньощелепного синуса. Вивчення хімічного складу рідини з псевдокісти вказує на її високу щільність, високу концентрацію білків та електролітний склад, такі результати підтверджують запальний генез виникнення кістозного утворення (Mardinger 2007, Schuknecht 1949). Псевдокісти в деяких випадках мають здатність самостійно регресувати та повністю зникати. При малих розмірах псевдокісти важко диференціювати за допомогою КТ з поліпом або локалізованим набряком мукоперіосту синуса. У таких хворих доцільно перевірити наявність стоматологічної патології зубів верхньої щелепи.

На базі кафедри оториноларингології НУОЗ України імені П. Л. Шупика нами було проаналізовано результати КТ приносних синусів 153 пацієнтів, у яких були наявні скарги з боку носа.

У 27 (17,7%) пацієнтів було виявлено кісти верхньощелепної пазухи, з них 14 (52%) чоловіків та 13 (48%) жінок. 7 (26%) пацієнтів мали кісти в обох пазухах, а у 20 (74%) – було одностороннє ураження: у 12 (44%) випадках уражена права гайморова пазуха, у 8 (30%) – ліва. Лише у 8 (30%) пацієнтів кіста приносної пазухи була ізольованою патологією, а у інших 19 (70%) спостерігалась суміжна патологія, зокрема викривлення носової переділочки (52%), бульозно змінена середня носова раковина (10,5%), хронічний риносинусит з поліпозом (15,5%), та кісти (5%) в основній пазусі. При цьому патологія зубів верхньої щелепи на стороні виявленої патології в синусі, зокрема періодонтит, апікальні кісти спостерігались у 10,5% пацієнтів.

Висновки. Радіологічне дослідження, яке є початковим у встановленні діагнозу кісти верхньощелепного синуса, може не лише виявити патологію, а і, завдяки опосередкованим ознакам, таким як розмір, розташування утворення, залученість в процес коренів зубів та кістки

альвеолярного відростка верхньої щелепи, дозволить уточнити походження кіст і відповідно удосконалити їх патогенетичне лікування.

DOI: 10.5281/zenodo.6815223

РЕЛІГІЯ ТА МЕДИЦИНА

RELIGION AND MEDICINE

Начеса Я.

Yaroslav Nachesa

ORCID ID: 0000-0003-0512-3029

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Кафедра оториноларингології

м. Київ, Україна

Shupyk National Healthcare University of Ukraine

Department of otorhinolaryngology

Kyiv, Ukraine

e-mail: doctor.yaroslavnachesa@gmail.com

В XXI сторіччі, враховуючи розвиток науково-технічного прогресу та відносну відсутність змін в релігійному середовищі, поєднання терміну «релігія» та «медицина» здається дивним для більшості людей. Проте, вони тісно співіснували ще з античних часів – один з грецьких богів Асклепій, який вважався покровителем медицини, є основоположником родини Асклепіадів – династії грецьких лікарів, представником якої був відомий на весь світ Гіппократ, який здійснив переворот в тогочасній медичній науці та відділив її від інших наукових галузей в окремий фах.

В середньовіччі у християнському світі багато лікарень знаходилися під опікою монастирів, а лікуванням нужденних займалися монахи – в католицькій церкві навіть були створені окремі ордени для лікування хворих. Що ж стосується ісламського світу, то у них у цей час працював відомий і до тепер Авіценна – філософ та лікар.

В період нового часу, відбувається науково-технічна революція, роль релігії починає втрачати свій вплив на суспільство, а медицина, на перший погляд, абсолютно від неї відділяється. Втім, навіть і в цей час були такі представники, як Герман Бургав, який мав два дипломи – доктора філософії та доктора медицини. Також, відомий представник того часу Грегор Йоганн Мендель, католицький священник та вчений – вважається основоположником сучасної генетики.

Новітній час дав нам таких відомих представників як Валентина Феліксівича Войно-Ясенецького, професора хірургії, який зробив переворот у тогочасному баченні лікування гнійних ран та досяг високих кар'єрних висот на пастирському поприщі – був архієпископом православної церкви. Також, відомий представник того часу – Джузеппе Москаті, католик, італійський лікар, професор, який як і Валентин Войно-Ясенецький, все своє життя присвятив лікуванню нездолених та бідних. Обидві особистості були причислені до лику святих православною та католицькою церквою відповідно.

Загалом, як показує світова історія, медицина та релігія мають точки дотику, іноді навіть дуже суттєві. Безліч відомих діячів здобули висот і в медичній, і в релігійній галузі, не маючи ніяких протиріч. Звісно, релігійний фанатизм, який присутній в усіх світових релігіях, іде в розріз з медичною наукою, а на деяких етапах навіть гальмував її розвиток. І в наш час ми спостерігаємо приклади того, як пацієнти відмовляються від життєвоважливого лікування заради молитви. Такий варіант розвитку подій звісно несприйнятливий – і для пацієнта, оскільки він не отримає належної медичної допомоги, і для лікаря – оскільки лікар хоче допомогти пацієнту і завжди робить для цього все можливе. А от варіант, коли людина повністю довіряє лікарю, виконує всі його рекомендації, та паралельно використовує молитви для заспокоєння своєї душі, на мою думку, цілком адекватний.

Тому, незважаючи на все більшу секуляризацію суспільства, розумне поєднання медицини та релігії може співіснувати. І це можна побачити на прикладах життя особистостей з різних епох –