

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ

ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ВІЙСЬКОВОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ



## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

### ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

*Всеукраїнської науково-практичної  
конференції лікарів-інтернів, присвяченої  
105-річчю від дня заснування Полтавського  
державного медичного університету*

*21 травня 2026 р.*



*Полтава - 2026*

### *Редакційна колегія*

проф. <b><i>В. Ждан</i></b>	ректор закладу вищої освіти Полтавського державного медичного університету (головний редактор)
проф. <b><i>В. Дворник</i></b>	перший проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи
проф. <b><i>І. Скрипник</i></b>	проректор закладу вищої освіти з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти
проф. <b><i>І. Кайдашев</i></b>	проректор закладу вищої освіти з наукової роботи
доцент <b><i>А. Марченко</i></b>	директор інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти
доцент <b><i>Г. Давиденко</i></b>	заступник директора інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти
доцент <b><i>Л. Шилкіна</i></b>	заступник директора інституту в складі закладу вищої освіти навчально-наукового інституту післядипломної освіти

Конференція проводиться відповідно до Плану проведення науково-практичних заходів ПДМУ, зареєстрована в УкрІНТЕІ за №241

## Секція «КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА»

### ПРОФІЛЬ БЕЗПЕКИ НИЗЬКИХ ДОЗ МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНУ ПРИ РАНЬОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Аланія С., Бублій В., Войт К., Дудік Д., Єретик В., Антонова-Цот С.

Науковий керівник: доцент Волченко Г.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Призначення глюкокортикоїдів (ГК) на ранніх етапах ведення хворих на ревматоїдний артрит (РА) широко застосовується як засіб швидкого пригнічення активності суглобового синдрому та як мостовий компонент лікування під час очікування повної дії базисних хворобомодифікуючих препаратів. Водночас питання про співвідношення користі й ризику такого підходу залишається предметом дискусії. У клінічній практиці існує настороженість щодо раннього формування стероїд-асоційованих ускладнень навіть за умови обмеження добової дози препарату. Уточнення реальної поширеності небажаних явищ саме протягом першого року терапії має безпосереднє значення для вибору тактики супроводу пацієнта з дебютом РА.

Метою роботи була оцінка поширеності та структури побічних ефектів низькодозової терапії метилпреднізолоном серед пацієнтів, яким діагноз РА було верифіковано не більше ніж за 12 місяців до моменту обстеження.

До аналізу залучено 42 пацієнти (30 жінок та 12 чоловіків) із достовірним діагнозом РА відповідно до критеріїв ACR/EULAR (2010). Критерієм включення була тривалість захворювання від моменту верифікації діагнозу, що не перевищувала одного року. Середній вік учасників становив  $51,4 \pm 10,2$  роки. Усі пацієнти перорально отримували метилпреднізолон у добовій дозі від 8 до 12 мг тривалістю від 3 до 12 місяців (у середньому  $7,8 \pm 2,6$  місяців) на тлі базисної терапії метотрексатом. Фіксували динаміку маси тіла, рівень артеріального тиску, концентрацію глюкози плазми натще, Т-критерій за даними ультразвукової денситометрії п'яткової кістки, наявність диспептичних скарг, частоту інфекційних епізодів та зовнішні прояви гіперкортицизму.

Принаймні одне небажане явище зафіксовано у 15 (35,7%) обстежених. У структурі виявлених змін переважало збільшення маси тіла понад 3 кг – у 8 (19,0%) осіб. Також відзначали підвищення артеріального тиску або погіршення його контролю у 6 (14,3%) пацієнтів. Диспепсія та гастропатія були зафіксовані у 5 (11,9%) хворих. Рідше спостерігалися: зниження мінеральної щільності кісткової тканини до рівня остеопенії з Т-критерієм від 1,0 до 2,5 SD у 5 (11,9%) пацієнтів; не різко виражені кушингоїдні риси обличчя у 3 (7,1%) пацієнтів; підвищення рівня глюкози плазми натще без досягнення діагностичних критеріїв цукрового діабету – у 3 (7,1%); почастішання епізодів респіраторних інфекцій – у 2 (4,8%) пацієнтів. Формування медикаментозно індукованого остеопорозу та розвиток стероїдного діабету протягом року спостереження не реєструвалося. Серйозних небажаних реакцій, які б потребували відміни глюкокортикоїдів, не зафіксовано. У всіх випадках терапію було продовжено з відповідною корекцією супутнього лікування.

Таким чином, низькодозова терапія метилпреднізолоном у дозі 8-12 мг/добу протягом першого року після верифікації діагнозу РА характеризувалася відносно сприятливим профілем безпеки. При цьому переважали нетяжкі метаболічні зміни та помірне підвищення артеріального тиску, що піддавалися корекції без припинення лікування. Серйозні ускладнення, зокрема остеопороз та стероїдний діабет, у зазначений період не розвивалися. Отримані дані обґрунтовують доцільність використання коротких курсів низьких доз метилпреднізолону на ранньому етапі ведення пацієнтів з РА за умови регулярного моніторингу маси тіла, артеріального тиску, глікемії та стану кісткового метаболізму.

## ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ВОЄННОГО ЧАСУ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ

Безшляга І., Торяник С., Зварич О.

Науковий керівник: доцент Горова А.Я.

Кафедра внутрішніх та професійних хвороб

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Хронічний стрес, зумовлений постійною загрозою для життя, вимушеним переселенням та соціально-економічною нестабільністю, є потужним чинником ризику серцево-судинних захворювань. Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається найпоширенішою

кардіоваскулярною патологією, і вплив воєнного стресу на її перебіг потребує детального вивчення.

Мета. Проаналізувати характер перебігу АГ у цивільного населення під впливом хронічного стресу воєнного часу.

Методи дослідження. Було проведено пошук публікацій за темою дослідження у базах даних PubMed та Google Scholar за останні 5 років.

Основні результати. По-перше, встановлено, що хронічний воєнний стрес призводить до стійкої гіперактивації симпатико-адреналової та ренін-ангіотензин-альдостеронової систем, що є патогенетичною основою розвитку й прогресування АГ. По-друге, важливим і недостатньо вивченим аспектом є роль тривожних розладів як посередника між стресом і прогресуванням АГ. За даними Ковалю С.М. та співавт. (2025), серед 63 хворих на АГ, які проживали в Харкові в умовах активних бойових дій упродовж 2022-2024 рр., тривожні порушення різного ступеня вираженості виявлено у 62% пацієнтів, з яких у 11% сформувався панічний розлад. У хворих із тривожними розладами достовірно частіше реєструвались АГ 3-го ступеня (69% проти 25%), кризовий (72% проти 17%) та резистентний (28% проти 4%) перебіг захворювання. Крім того, у цих пацієнтів частіше виявлялись ураження органів-мішеней: потовщення комплексу інтима-медіа сонних артерій (72% проти 21%), зниження швидкості клубочкової фільтрації до рівня хронічної хвороби нирок 3а стадії (36% проти 17%), а також ішемічна хвороба серця, серцева недостатність зі збереженою фракцією викиду та порушення серцевого ритму. По-третє, виявлено, що воєнний стрес зумовлює «омолодження» АГ: у молодих осіб без попереднього анамнезу АГ захворювання може розвиватись гостро й безпосередньо після психічної травми, а частота АГ серед військовослужбовців, які перебували на передовій понад 6 місяців, сягала 29,2% (Кравченко А.М., 2023). По-четверте, тривожні розлади асоціюються з активацією проатерогенних механізмів: у хворих із тривогою достовірно частіше реєструвались дисліпідемія (97% проти 71%), предіабет (27% проти 13%) та куріння, що значно підвищує загальний серцево-судинний ризик (Коваль С.М. та співавт., 2025).

Висновки. Хронічний стрес воєнного часу є самостійним вагомим чинником, що суттєво обтяжує перебіг АГ через нейрогуморальну гіперактивацію, ендотеліальну дисфункцію, активацію атерогенезу та психосоматичні механізми. Ефективне ведення таких пацієнтів

потребує мультидисциплінарного підходу з обов'язковим включенням психокорекційних втручань та оптимізацією антигіпертензивної терапії.

## ВПЛИВ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ НА ВИХІД ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Бескищенко Т., Тимофієнко Т., Свириденко Ю.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Розвиток синдрому гіперметаболізму-гіперкатаболізму в гострому періоді критичного стану є незалежним предиктором несприятливого результату. У пацієнтів із тяжкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ) вираженість синдрому гіперметаболізму-гіперкатаболізму є одним із факторів тяжкості неврологічного дефіциту в майбутньому. При цьому рання та адекватна нутритивна підтримка пацієнтів дозволяє модулювати метаболічну відповідь і зменшити вираженість синдрому гіперметаболізму-гіперкатаболізму.

Мета дослідження. Оцінити вплив проведеної нутритивної підтримки на 30-денну виживаність у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) пацієнтів із тяжкою ЧМТ та результат на момент виписки зі стаціонару.

Матеріали та методи. Обстежено 24 пацієнти із тяжкою ЧМТ, які перебували у ВРІТ (для хворих нейрохірургічного профілю) КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у 2024-2025 рр., з них чоловіків – 13, жінок – 11 пацієнтів, з ізольованою тяжкою ЧМТ – 15 пацієнтів, із поєднаною травмою – 9 осіб (шкала ISS – 29 [24,5; 41]). Медіана віку становила 49,50 [35,00; 59,00] років, оцінка за шкалою ком Глазго (ШКГ) – 7,00 [6,00; 11,00] балів, індекс маси тіла (ІМТ) – 27,77 [24,81; 30,45] кг/м<sup>2</sup>. При госпіталізації до ВРІТ пацієнтів розділили на 2 групи залежно від проведеної нутритивної підтримки (НП). Контрольна група (n=6) – НП, яка призначалася лікарем відділення, ґрунтуючись на особистому практичному досвіді та теоретичних знаннях. В основній групі (n=18) – НП проводилася з використанням розробленого алгоритму. Пацієнти порівнюваних груп на момент надходження до ВРІТ були зіставні за віком, статтю, ШКГ, ІМТ, кількістю супутніх захворювань. При виписці пацієнтів з КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» результат травми оцінювався за

шкалою наслідків Глазго (ШНГ), при цьому 4-5 балів – сприятливий результат, 1-3 бали – несприятливий результат. Результати представлені у вигляді (Me [q25; q75]), а відмінності оцінені за допомогою критерію Манна-Вітні. Вживаність пацієнтів оцінювалася за допомогою методу Каплана-Маєра з використанням Log-Rank. Відмінності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ .

Результати та їх обговорення. При проведенні аналізу 30-денної виживаності у ВРІТ було встановлено, що аналізовані групи статистично значущо відрізнялися як за абсолютною кількістю летальних випадків, так і за ймовірністю настання несприятливого результату в досліджуваній період. Вживаність пацієнтів у досліджуваній період в основній групі була вищою, ніж у контрольній (Log-Rank Test,  $p = 0,001$ ). Із пацієнтів, включених у дослідження перебували у ВРІТ  $\geq 30$  днів, 1 пацієнт із контрольної групи (максимальний період – 61 день) і 8 пацієнтів із основної групи (максимальний період – 160 днів). У досліджуваній період летальність склала 25,0% випадків: в основній групі померло 17,8% пацієнтів, у контрольній – 44,4%. Результат за ШНГ: сприятливий у контрольній групі у 14,8%, в основній – 38,4%, несприятливий – 85,2% проти 61,6% відповідно ( $p=0,03$ ). Летальність у контрольній групі склала 77,8%, в основній – 54,8%,  $p=0,041$ .

Висновки. Проведення нутритивної підтримки за алгоритмом дозволило покращити як 30-денну виживаність у ВРІТ, так і результати за ШНГ.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ШИЗОТИПОВОМУ РОЗЛАДІ

Борисенко М.

Науковий керівник: професор Скрипніков А.М.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Шизотиповий розлад в клінічній практиці діагностується приблизно у 3-5% загальної популяції, хоча оцінки суттєво варіюють залежно від країни, з використанням діагностичних критеріїв (DSM чи МКХ) та методології досліджень. Це робить його одним із найбільш розширених розладів шизофренічного спектру – значно більшим, ніж власне шизофренія. У той же час системних епідеміологічних досліджень відносно даного розладу в Україні за останні десятиріччя не проводилось.

Іншою проблемою, як для практикуючих лікарів, так і для науковців, є відсутність валідних діагностичних шкал та шкал для оцінки ступеню соціальної дезадаптації, хоча вони існують і активно використовуються в світовій клінічній практиці. Тому основним і єдиним достовірним інструментом для встановлення діагнозу шизотипового розладу вважається діагностичне інтерв'ю. Також у вітчизняній науковій літературі наявні тільки поодинокі роботи про вплив військових дій у країні на розповсюдженість цієї психічної патології. Вважається, що рівень таких розладів вищий через накопичену психологічну травму в зоні бойових дій та внутрішньо переміщених осіб.

**Мета.** Оцінити особливості проявів якості життя при шизотиповому розладі. **Методи дослідження.** Проведено обстеження 32 пацієнтів із діагнозом шизотиповий розлад (F21) віком від 19 до 51 років, які звернулись за спеціалізованою допомогою в КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» за період з травня 2025 р. по лютий 2026 р. Для комплексної оцінки психічного стану використано клінічне інтерв'ю за клінічними діагностичними критеріями МКХ-10 та валідизована шкала якості життя SF-36.

**Основні результати.** У дослідженні прийняли участь 19 пацієнтів чоловічої статі та 13 жіночої, переважно молодого віку (середній вік  $27 \pm 2,3$  роки). З них первинне звернення мало місце у 14 випадках. Основними причинами якого були емоційні прояви з ознаками професійної та психологічної дезадаптації та епізодичні галюцинаторно-маячні прояви. Всі пацієнти мали досить суттєве зниження якості життя. Як клінічні прояви, так і особливості зміни якості життя мали переважно гендерні а не вікові відмінності. У цілому при шизотиповому розладі найбільш інформативними виявились наступні шкали: соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я, життєва активність та загальний стан здоров'я, які характеризуються вираженим або помірним зниженням функціонування в цих сферах.

**Висновки.** Проблема діагностики шизотипового розладу носить не тільки суто клінічний характер, але й відображається порушеннями соціальної адаптації, що реалізуються в зниженні якості життя. Не будучи специфічною для психотичного спектру психічних порушень, шкала якості життя SF-36 за своїм індивідуальним профілем пацієнта, відображає основні прояви поточного психічного стану, що можуть ефективно доповнювати клінічне інтерв'ю.

## ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ

Борисова Є., Воскобойник О.

Науковий керівник: професор Коваленко В.В.

Кафедра щелепно-лицевої хірургії та стоматології

Українська військово-медична академія, м. Харків

Актуальність. З початком повномасштабного збройного вторгнення росії на територію України суттєво зросла кількість військовослужбовців з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки. Відмічається чітка тенденція до збільшення частки тяжких поєднаних мінно-вибухових поранень з переломами кісток лицевого скелету.

Мета роботи. Вивчити особливості спеціалізованого лікування військовослужбовців з бойовими ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки в умовах широкомасштабної війни.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано досвід надання спеціалізованої хірургічної допомоги військовослужбовцям з бойовими переломами кісток лицевого скелету в клініці щелепно-лицевої хірургії і стоматології Національного військово-медичного клінічного центру (м. Київ) за 2022-2025 роки.

Усім пацієнтам з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки проводилося комплексне обстеження: загальноклінічне, комп'ютерна томографія та додатково (при необхідності) МРТ, УЗД тощо.

Спеціалізоване лікування військовослужбовців з бойовими травмами щелепно-лицевої ділянки включало всебічне обстеження з обов'язковим проведенням комп'ютерної томографії черепа та додатково (при необхідності) МРТ, УЗД та залученням «суміжних» фахівців.

Результати. Завданнями комплексного лікування є стабілізація життєво-важливих функцій організму, інтенсивна комплексна терапія, профілактика післяопераційних ускладнень, належний догляд та харчування поранених.

Висновки. За нашими даними оптимальні методики лікування військовослужбовців з бойовими ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки включають радикальну хірургічну обробку ран. Основним хірургічним доступом до вогнепальних переломів кісток лицевого скелету є доступ через наявні рани м'яких тканин. У більшості випадків для репозиції, фіксації та іммобілізації кісткових уламків використовували металоостеосинтез титановими мікропластинами, реконструктивними пластинами, титановою сіткою з жорсткою гвинтовою фіксацією. При наявності достатньої кількості опорних

зубів проводилося шинування щелеп в якості основного або додаткового метода фіксації уламків, в залежності від клінічної ситуації.

## ПОШИРЕНІСТЬ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЇЇ ПРЕДИКТОРИ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

Бредун Я., Бобітко А., Борисенко Б., Джос В.

Науковий керівник: доцент Ткаченко М.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Подагра – найпоширеніший запальний артрит у чоловіків, тісно асоційований із серцево-судинною коморбідністю. У численних дослідженнях продемонстровано підвищений ризик ішемічної хвороби серця (ІХС) у пацієнтів з подагрою навіть після поправки на традиційні чинники ризику (ТЧР). Механізми такого зв'язку остаточно не з'ясовані: обговорюються роль гіперурикемії, хронічного запалення та супутніх ТЧР серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Мета дослідження. Визначити поширеність ІХС серед чоловіків, хворих на подагру, та оцінити вплив традиційних факторів ризику ССЗ на її розвиток у мешканців Полтави та Полтавської області.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних 82 чоловіків (вік >18 років) з верифікованим діагнозом подагри, які зверталися до КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у 2022-2025 рр. Медіанний вік – 54,2 [46,0; 61,8] року, тривалість захворювання – 7,4 [4,2; 12,0] року. Діагноз ІХС встановлював кардіолог за сукупністю клінічних, анамнестичних та інструментальних даних (ЕКГ, проби з фізичним навантаженням, добове моніторування ЕКГ). Оцінювали ТЧР: вік, ожиріння, паління, обтяжений сімейний анамнез, цукровий діабет (ЦД), дисліпідемію. Сечову кислоту визначали фотометричним ферментативним методом (нормоурікемія <360 мкмоль/л), С-реактивний білок – лазерною нефелометрією. Статистичну обробку виконано в Statistica 10 (критерій Манна-Уїтні,  $\chi^2$ , обчислення відношення шансів із 95% ДІ); вірогідним вважали  $p < 0,05$ .

Результати. ІХС діагностовано у 33 (40%) пацієнтів; інфаркт міокарда в анамнезі мали 27% з них. Хворі з ІХС відрізнялися довшим перебігом подагри, більшою кількістю уражених суглобів, частішою наявністю внутрішньокісткових тофусів (62,5% проти 34%) та хронічної хвороби нирок – ХХН (31% проти 6%);  $p < 0,05$ . Постійний прийом нестероїдних протизапальних препаратів у терапевтичній дозі реєстрували вірогідно частіше при ІХС (34% проти 18%);  $p < 0,05$ . Серед ТЧР у цій групі переважали артеріальна гіпертензія (97% проти 78%), цукровий діабет 2-го типу (22% проти 12%) та обтяжений сімейний анамнез (63% проти 42%);  $p < 0,05$ . Найвагомішими предикторами ІХС за аналізом відношення шансів виявилися: вік – більше 40 років (OR=17,0), ХХН (OR=5,8), ураження суглобів –  $>5$  (OR=3,2), внутрішньокісткові тофуси (OR=3,0), тривалість подагри –  $>10$  років (OR=2,8), абдомінальне ожиріння (OR=3,4), підвищення креатиніну (OR=2,5). Зв'язку між концентрацією сечової кислоти та ризиком ІХС не виявлено (OR=1,4; 95% ДІ 0,6-3,1).

Висновки. У чоловіків з подагрою ІХС виявлено у 40% випадків. Її розвиток асоціюється з тяжкістю перебігу подагри, високою поширеністю ТЧР ССЗ та наявністю ХХН, але не з рівнем сечової кислоти, що свідчить на користь самостійної ролі запалення та обґрунтовує необхідність регулярного серцево-судинного скринінгу у цієї категорії хворих.

## АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

Буря Т.

Науковий керівник: професор Безкоровайна І.М.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Блефаропластика є однією з найпоширеніших естетичних операцій у періорбітальній ділянці. Водночас, вона може супроводжуватися розвитком або загостренням хвороби сухого ока (ХСО), що впливає на якість життя пацієнтів і результати лікування.

Мета дослідження. Оцінити частоту розвитку хвороби сухого ока після блефаропластики та визначити вплив виду та обсягу оперативного втручання на ризик її виникнення.

Матеріали та методи. Проспективне дослідження включало 56 пацієнтів (усі жінки) віком від 31 до 62 років (середній вік –  $54 \pm 5,1$  років). Всім пацієнтам проводили комплексне обстеження поверхні ока до операції, через 6-10 днів та через 1 місяць після блефаропластики. Обстеження включало візометрію, тонометрію, біомікроскопію та інтерферометрію.

Результати. Встановлено, що частота розвитку ХСО залежала від обсягу втручання: 14,6% після верхньої блефаропластики, 22,4% після нижньої та 33,4% після кругової. Залежно від хірургічної техніки, ХСО виникала у 28,7% випадків при застосуванні шкірно-м'язового клаптя та у 24,0% при транскон'юнктивальному підході ( $p < 0,01$ ). Отримані результати узгоджуються з даними дослідження «Dry eye symptoms and chemosis following blepharoplasty: a 10-year retrospective review of 892 cases in a single-surgeon series» Jess Prischmann et al. JAMA Facial Plast Surg. 2013 Jan, які у ретроспективному аналізі 892 випадків продемонстрували частоту післяопераційного сухого ока на рівні 26,5% після проведення. Вищі показники у нашій роботі можуть бути зумовлені тим, що дослідження має проспективний характер та динамічну оцінку стану очної поверхні (до операції, у ранньому та пізньому післяопераційному періодах). Більшість попередніх робіт мають ретроспективний дизайн і ґрунтуються переважно на суб'єктивних симптомах, прописаних в медичній документації. Використання інтерферометрії, біомікроскопії, візометрії у нашому дослідженні дозволило окреслити зміни слізної плівки та виявити ранні порушення, які могли залишатися недіагностованими в інших роботах.

#### Висновки.

1. Ризик розвитку післяопераційного ХСО залежить як від обсягу оперативного втручання, так і від обраної хірургічної техніки.
2. Найвищий показник 33,4% спостерігався при комбінованій блефаропластичі та використанні шкірно-м'язового клаптя.
3. 70,4% пацієнтів після проведеної блефаропластики потребують сльозозамінної терапії.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РІЗНОКОЛЬОРОВОГО ЛИШАЮ: СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ Васильєва І.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.  
Кафедра шкірних та венерологічних хвороб  
Полтавський державний медичний університет

Різнокольоровий лишай (pityriasis versicolor) – це поверхнева грибова інфекція шкіри, спричинена дріжджоподібними грибами роду *Malassezia*. Захворювання проявляється утворенням плям різного забарвлення (від світло-рожевих до коричневих або гіпопигментованих), які мають тенденцію до лущення та злиття. Найчастіше висипання локалізуються на тулубі, шиї, плечах та верхній частині спини. Хвороба не становить загрози для життя, проте може значно впливати на психоемоційний стан пацієнтів і має схильність до частих рецидивів.

Мета дослідження. Оцінити ефективність різних схем терапії різнокольорового лишая та визначити оптимальний підхід до профілактики повторних епізодів захворювання.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 30 пацієнтів (18 жінок, 12 чоловіків) віком 18-40 років із підтвердженим діагнозом різнокольорового лишая на основі клінічної картини та лампи Вуда. Пацієнтів поділено на три терапевтичні групи. I група: місцева терапія кетоконазолом 2% (1 раз/добу протягом 10 днів) + шампунь із сульфідом селену 2%. II група: системний ітраконазол 100 мг/добу протягом 7 днів. III група: комбіноване лікування – кетоконазол 2% місцево + ітраконазол 100 мг/добу (7 днів) + гігієнічні рекомендації (регулярне використання протигрибкових шампунів, уникнення перегрівання та надмірної пітливості). Ефективність оцінювали за регресом пігментних плям, зникненням лущення, результатами контрольного огляду через 4 та 12 тижнів, а також частотою рецидивів.

Результати. Найвищу ефективність продемонструвала комбінована терапія (III група) – позитивна динаміка у 90% пацієнтів. У групі монотерапії кетоконазолом покращення спостерігалось у 73%, а при застосуванні лише системного препарату – у 67% хворих. Протягом 12 тижнів спостереження рецидиви виникли у: III група – 10%, I група – 28%, II група – 33%. Побічні ефекти реєструвалися рідко та переважно проявлялися легким почервонінням шкіри або дискомфортом у шлунку.

Висновки. Комбіноване застосування місцевих та системних антимікотиків у поєднанні з дотриманням правил профілактики виявилось найбільш результативним у лікуванні різнокольорового лишая.

Профілактика рецидивів включає: контроль потовиділення, уникнення перегрівання та тривалого носіння синтетичного одягу, регулярне використання протигрибкових шампунів у теплу пору року, своєчасне лікування повторних проявів. Комплексний підхід дозволяє досягти стійкої ремісії та мінімізувати повторні епізоди захворювання.

## СТРАТИФІКАЦІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вертелецька А., Десненко Д., Кулинич В., Мазуренко Д., Остапенко Я., Піддубна К.

Науковий керівник: асистент Лебідь В.Г.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Артеріальна гіпертензія (АГ) залишається одним із провідних факторів серцево-судинної захворюваності та смертності. Оцінка сумарного серцево-судинного ризику є ключовим інструментом для індивідуалізації тактики ведення пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги. Формування цього ризику визначається комплексом клінічних, метаболічних та поведінкових факторів, які можуть відрізнитися залежно від територіальних особливостей.

Мета нашого дослідження. Оцінити структуру факторів ризику та особливості стратифікації серцево-судинного ризику у пацієнтів з артеріальною гіпертензією в різних територіальних громадах Полтавської області.

Проведене власне дослідження – аналіз 100 пацієнтів з АГ (по 20 пацієнтів у м. Кременчук, Миргород, Хорол, Кобеляки та с. Мачухи), які перебували під наглядом закладів первинної медичної допомоги. Оцінювалися демографічні показники, рівень артеріального тиску, наявність факторів ризику (куріння, ожиріння, цукровий діабет, дисліпідемія, хронічна хвороба нирок), а також ураження органів-мішеней. Стратифікація серцево-судинного ризику проводилася за шкалою SCORE2 відповідно до рекомендацій ESC. Встановлено суттєві міжгрупові відмінності у структурі факторів ризику та рівнях серцево-судинного ризику. У м. Кременчук частка курців становила 35%, пацієнтів із цукровим діабетом – 20%, ожирінням – 30%. У цій групі переважали пацієнти з високим та дуже високим серцево-судинним ризиком (65%). У м. Миргород куріння виявлено у 30%, цукровий діабет – у 20%, ожиріння – у 30%; частка високого та дуже

високого ризику становила 50%. У м. Хорол частина курців являла 25%, цукровий діабет – 15%, ожиріння – 25%; переважав помірний серцево-судинний ризик (40%). У м. Кобеляки ожиріння відзначалося у 35% пацієнтів, тоді як куріння – у 20%, цукровий діабет – у 10%; низький та помірний ризик становили 70%. У с. Мачухи ожиріння було найвищим (40%), при цьому куріння становило 20%, цукровий діабет – 10%; переважали низький та помірний серцево-судинний ризик (80%).

Отже, у пацієнтів з артеріальною гіпертензією виявлено виражені відмінності у структурі факторів ризику залежно від територіальної громади: у міських громадах частіше реєструється висока частка пацієнтів із високим та дуже високим серцево-судинним ризиком (до 65%), що асоціюється з більшою поширеністю куріння та метаболічних порушень; у сільських громадах переважає ожиріння (до 40%), однак загальний серцево-судинний ризик частіше залишається низьким та помірним (до 80%). Отримані результати підкреслюють значення стратифікації серцево-судинного ризику для оптимізації профілактичних заходів на рівні первинної медичної допомоги.

## ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ТА БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНОСТЬ

Ганженко Н., Котова Д., Лобода Я., Жовтяк В., Салюк А.

Науковий керівник: доцент Люлька Н.О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медичних невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Перебіг та ускладнення гострого інфаркту міокарду (ГІМ) у поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД2) – один із найпоширеніших коморбідних станів. ГІМ у поєднанні з ЦД2 посилює прояви серцевої недостатності (СН) є головною причиною передчасної смерті.

Мета. Дослідити та встановити взаємозв'язок між показниками функціонального стану міокарда та біологічними маркерами у хворих на ГІМ, ЦД2 та СН.

Методи дослідження. Проаналізовано 40 хворих, середнього віку 55 ( $\pm 10$ ) років, тривалість дослідження 6 місяців. Пацієнти розподілені на 3 групи: I група – ГІМ, ускладнений СН (n=10); II група – ГІМ, ускладнена СН та супутнім ЦД2 (n=20); 3 група (контрольна) – хворі з нестабільною стенокардією (n=10). Пацієнти з ГІМ отримували лікування та проходили обстеження згідно наказу МОЗ України від

15.09.2021 №1957. Для порівняння використовувались такі показники: фракція викиду лівого шлуночку (ФВ), індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММ), натрійуретичний пептид (BNP) та глікований гемоглобін (HbA1c). Отримані результати статистично оброблялися за допомогою t-розподілу Стьюдента.

Основні результати. Аналіз показників. ФВ ЛШ: I група – 49,1±1,8%; II група – 44,1±1,6%; ІФ II група – 58,1±3,0%. ІММ: I група – 122,2±7,2; II група – 134,5±8,4; III група – 85,1±8,5. HbA1c: I група – 5,4±0,3%; II група – 7,5±0,4%; III група – 5,1±0,2%. BNP: I група – 96,2 пг/мл; II група – 116,4 пг/мл; III група – 44,2 пг/мл.

Встановлено: значне зниження ФВ ЛШ на 15,7% ( $p<0,02$ ) у I та II групі у порівнянні з III групою, і на 24% ( $p<0,01$ ) зниження ФВ ЛШ у II групі в порівнянні з I групою. При оцінці даних ІММ виявлено збільшення показника у I групі на 43,6% ( $p<0,01$ ), а у II групі на 58% ( $p<0,01$ ) у порівнянні з III групою.

Відмічається статистично значне підвищення ІММ у II групі в порівнянні з I групою ( $p<0,04$ ). Значної різниці HbA1c між пацієнтами I та III груп не виявлено. У II групі HbA1c був достовірно вищим – на 39% і 47% порівняно з I та III групами відповідно ( $p<0,01$ ).

Найбільш виражене підвищення BNP у II групі, де медіана склала 116,4 пг/мл, що перевищує показник I групи ( $p<0,01$ ) і вказує на більші прояви СН. Кореляційно встановлений прямий позитивний взаємозв'язок між показниками BNP та HbA1c ( $r=0,71$ ).

Висновки. Отримані дані свідчать про тяжкість перебігу ГІМ на фоні порушень вуглеводного обміну. Підтверджений негативний вплив інсулінрезистентності на фракцію викиду, що вказує на прогресування СН у хворих на ГІМ із супутнім ЦД 2.

## ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА Гергель Т.

Науковий керівник: викладач Курт-Аметова Г.С.

Кафедра фармакології, загальної та клінічної фармації  
Дніпровський державний медичний університет

Актуальність. Станом на 2021 рік на смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) припадає 13%, що складає майже 9 млн осіб. З початку 2000 року показник демонструє сталу тенденцію до зростання. В Україні захворюваність на ІХС складає близько 1860 осіб на 100 тис. населення. Інфаркт міокарда є формою гострої ІХС. Дані 2023 року свідчать про збільшення ризику гострого інфаркту міокарда серед осіб

молодше 45 років, який може бути обумовлений кардіотоксичністю лікарських засобів.

Мета: з'ясування механізмів кардіотоксичності лікарських засобів, які застосовуються для лікування хронічних хвороб.

Методи дослідження: огляд літератури.

Основні результати. Інфаркт міокарда є тяжким ускладненням ішемії міокарда, що призводить до необоротних морфологічних змін і розвитку серцевої недостатності. Незважаючи на те, що атеросклероз є частою причиною цієї патології; оклюзію коронарних артерій, опосередковану лікарськими засобами розглядають як один з вагомих етіологічних чинників. Лікарські засоби різних груп можуть спричинити кардіотоксичність. Омепразол – інгібітор протонної помпи, який використовується у лікуванні виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, синдрому Золлінгера-Еллісона, комплексній терапії ерадикації *Helicobacter pylori*. Окрім основної дії, здатен інгібувати диметиламіногідролазу, унаслідок чого накопичується асиметричний диметиларгінін, що не може бути субстратом для синтезу NO – локального вазодилатора. Дефіцит NO призводить до ішемії внаслідок локального спазму судин та посиленого тромбоутворення. Кларитроміцин – макролід 2-го покоління, механізм дії якого полягає у зв'язуванні з 50S-субодиницею та пригніченні транслокації пептидного ланцюга. Препарат також чинить мітохондріальну токсичність, збільшуючи проникність мембрани. Також наявні відомості про здатність макролідів збільшувати потребу мітохондрій у O<sub>2</sub>. Сибутрамін – інгібітор зворотного захоплення норадреналіну і серотоніну у гіпоталамусі, що дозволяє застосовувати його як анорексигенний препарат з метою корекції ваги. Лікарський засіб підвищує ризик інфаркту міокарда та інсульту і здатен спричинити артеріальну гіпертензію, тахіаритмії, стенокардію. Нестероїдні протизапальні засоби збільшують ризик інфаркту міокарда, адже пригнічують синтез простагліцину – вазодилатора з анти агрегатною дією. Деякі хіміотерапевтичні цитотоксичні препарати шляхом активації ендотелію, ушкоджуючи його, сприяють тромбоутворенню. Ромідепсин – протипухлинний препарат, який є інгібітором гістонової деацетилази і може пригнічувати перенесення  $\alpha$ -субодиниці K<sup>+</sup>-каналу до плазматичної мембрани кардіоміоцитів, що порушує реполяризацію.

Висновки. Таким чином, нераціональне використання певних лікарських засобів під час лікування хронічних хвороб призводить до ризику виникнення інфаркту міокарда.

## ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ СНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Гиренко К., Коробка В., Лавренко К., Невгод Є., Ющенко А., Крамаренко А.

Науковий керівник: доцент Кітура О.Є.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Інсомнія та серцева недостатність (СН) мають тісний двосторонній зв'язок: хронічне безсоння підвищує ризик розвитку та прогресування СН шляхом активації симпато-адреналової системи, підвищення артеріального тиску, зниження відновлення міокарду, а СН, в свою чергу, викликає порушення сну внаслідок нічних нападів задишки, ніктурії.

Мета. Оцінити стан здоров'я та якість сну пацієнтів із СН III-IV функціонального класу (ФК) за NYHA.

Методи дослідження. У дослідження включено 15 пацієнтів з СН ішемічного походження III-IV ФК за NYHA, з них 8 (53,3%) чоловіків та 7 (46,7%) жінок. Середній вік пацієнтів склав  $64,3 \pm 3,2$  роки. У 10 (66,7%) осіб діагностовано СН III ФК за NYHA, у 5 (33,3%) осіб – СН IV ФК за NYHA. Всім пацієнтам проводилося анкетування з використанням опитувальника EQ-5D-5L та опитувальника «Пітсбурзький індекс якості сну» (PSQI-U). Анкета EQ-5D-5L дає можливість оцінити стан здоров'я за наступними параметрами: рухливість, догляд за собою, звичайна повсякденна діяльність, біль/дискомфорт, тривога/депресія. Відповіді оцінюються в балах від 1 до 5. Опитувальник «Пітсбурзький індекс якості сну» (PSQI-U) дозволяє оцінити якість сну за шкалами: суб'єктивна якість сну, затримка сну, тривалість сну, ефективність сну, порушення, використання снодійних препаратів, денна дисфункція. Відповіді оцінюються в балах від 0 до 3.

Основні результати. Анкетування за опитувальником EQ-5D-5L виявило у більшості пацієнтів помірні та серйозні проблеми з пересуванням пішки (у 8 (53,3%) хворих – 3 бали, у 4 (26,7%) осіб – 4 бали), помірні та серйозні труднощі при виконанні повсякденної діяльності (у 7 (46,7%) пацієнтів – 3 бали, у 3 (20,0%) пацієнтів – 4 бали, у 2 (13,3%) – 5 балів). Здатність до догляду за собою 13 (86,7%) пацієнтів оцінювали на 1-2 бали. Біль або дискомфорт відмічали всі пацієнти: 11 (73,3%) хворих на рівні 2-3 балів, 4 (26,7%) пацієнта на рівні 4 балів. Незначну тривогу/депресію (2 бали) спостерігали у 7 (26,7%) пацієнтів, помірну – у 3 (20,0%) пацієнтів, сильну – у 2 (13,3%)

пацієнтів. Результати анкетування за опитувальником PSQI-U показали незадовільну якість сну у пацієнтів з СН III-IV ФК за NYHA. Так, загальний бал якості сну становив  $10,9 \pm 2,4$  бали, суб'єктивна якість сну –  $2,0 \pm 0,3$  бали, затримка сну –  $2,0 \pm 0,2$  бали, тривалість сну –  $2,3 \pm 0,4$  бали, ефективність сну –  $1,8 \pm 0,3$  бали, порушення сну –  $2,2 \pm 0,5$  бали, використання снодійних препаратів –  $1,4 \pm 0,4$  бали, денна дисфункція –  $2,0 \pm 0,3$  бали.

Висновки. У пацієнтів із СН ішемічного походження III-IV ФК за NYHA спостерігається погіршення якості сну за рахунок змін кількісних та якісних характеристик, а також погіршення стану здоров'я за рахунок обмеження мобільності, наявності больових відчуттів/дискомфорту та тривоги/депресії, що необхідно брати до уваги в клінічній практиці.

## ЗМІНИ СТРУКТУРИ ТА ПЕРЕБІГУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПЕДІАТРИЧНОГО ПАЦІЄНТА ЗА РОКИ ВІЙНИ

Гончарук Б., Вечірко Т., Щедрик К., Бугаєвська М.

Науковий керівник: доцент Таняньська С.М.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема стресу в дитячому віці, як і в дорослій популяції, набуває все більшої актуальності через зростання критичних подій в умовах військового стану, особливо при наявності в дітей різноманітної кардіологічної патології, яка за роки війни зазнала значних змін структури, клінічної симптоматики та особливостей перебігу.

Мета дослідження. Визначити особливості змін перебігу клінічних проявів у дітей із кардіологічною патологією в умовах тривалого соціального стресу шляхом ретроспективного оцінювання карт стаціонарного хворого педіатричного відділення ЦСПД КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

Матеріали та методи. Обстежено 60 дітей (середній вік  $11,1 \pm 3,8$  року), які мали кардіологічну патологію: метаболічні кардіоміопатії, ідіоматичний ювенільний артрит, артеріальна гіпертензія. Проведено порівняльний та структурний аналіз отриманих результатів дослідження.

Основні результати. Визначено, що у дітей, які перебувають в умовах тривалого військового стресу, спостерігаються зміни структури та перебігу кардіологічної патології. Так, за останні 5 років майже в

2,5 рази збільшилась кількість хворих на ідіоматичний ревматоїдний артрит (ЮІА) з більш тяжким перебігом, з множинним ураженням суглобів, що значно обмежує рухи пацієнтів, нерідко з ураженням очей, що потребує розробки більш тривалої індивідуальної базисної терапії з залученням психологічної допомоги. Крім того, в останні роки в у 1,4 рази відмічено виникнення ЮІА у дітей більш раннього віку, що можливо пов'язано також з стресовими факторами.

Відмічено збільшення кількості дітей і з метаболічними кардіоміопатіями, які являються наслідками зростання метаболічних проблем надлишкової ваги через дистанційне навчання, відсутність правильного здорового харчування, регулярних занять спортом та інших наслідків тривалої війни в Україні.

Протягом останніх років спостерігається збільшення підлітків з артеріальною гіпертензією, з високими і стійкими показниками підвищення артеріального тиску. Крім того, відмічено омолодження артеріальної гіпертензії, яка все частіше вникає у дітей молодшого шкільного віку. Необхідно відмітити наявність коморбідності практичного при всіх кардіологічних захворюваннях у дітей та підлітків, що необхідно враховувати при лікуванні хворих.

Висновки. Таким чином, в умовах постійного стресу, обумовленим військовою агресією в Україні, спостерігається збільшення питомої ваги дітей з кардіологічною патологією, значні зміни їх клінічних проявів та тривалого перебігу, що потребує розробки індивідуального підходу до протокольної терапії та включення елементів психологічної підтримки як пацієнту, так і його родині.

## ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПОХИЛОГО ВІКУ

Дзюбан М., Одійчук В., Лагода А., Писаренко К., Таран В.

Науковий керівник: доцент Настрога Т.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) в теперішній час залишається важливою медико-соціальною проблемою.

Мета. Підвищити ефективність лікування пацієнтів похилого віку на ХОЗЛ, GOLD II, групи В, із додатковим включенням до лікування небулайзерної терапії муколітичного препарату ацетілцистеїну та глюкокортикостероїду – пульмікورتу.

Методи дослідження. У дослідження було включено 30 пацієнтів похилого віку на ХОЗЛ, група В. Хворі І групи – контрольної групи (n=15) отримували основну терапію: антибактеріальну – амоксициліну/клавуланову кислоту 1,0 через 12 годин протягом 5 діб, бронхолітичну – іпратропія бромід моногідрат 21 мкг, з фенотеролу гідробромідом 50 мкг (беродуал) за допомогою дозованого аерозольного інгалятора по 1 вдиху 3 рази на добу – 7 діб та, додатково, інгаляційний кортикостероїд будесонід – 200 мкг по 1 вдиху 2 рази на добу і муколітик – ацетилцистеїн по 1 таблетці – 0,2 г тричі на добу. Пацієнти ІІ групи – основної (n=15) отримували до основної терапії додатково за допомогою небулайзерної доставки розчин будесоніду (пульмікорт) 0,5 мг/мл – 2 мл та послідовно ацетилцистеїн – 0,3 г (інгаміст 3,0 мл). Період спостереження склав 14 діб. Усі пацієнти отримували постійно базисну терапію – тіотропія бромід 18 мкг 1 раз на добу за програмою «Доступні ліки».

Основні результати. У хворих другої групи, що отримували ацетилцистеїн та пульмікорт за допомогою небулайзера основні клінічні симптоми – кашель, задишка зникали суттєво в більш коротші терміни у порівнянні з групою контролю ( $p < 0,05$ ). Так, тривалість кашлю, в середньому, у пацієнтів основної групи склала  $6,1 \pm 0,41$  доби, тоді як у групі контролю –  $7,3 \pm 0,38$  доби ( $p < 0,05$ ); тривалість задишки у хворих основної групи –  $5,4 \pm 0,32$  доби, тоді як у групі контролю –  $6,8 \pm 0,29$  ( $p < 0,05$ ). При оцінюванні рівня задишки за опитувальником мМДР у хворих, що отримували додатково небулайзерну терапію, відмічено суттєве зменшення задишки на 69,7%, у пацієнтів групи контролю – не достовірне зменшення на 62,1%. При оцінюванні показників спірометричного дослідження у пацієнтів основної групи відмічено суттєве збільшення ОФВ1 на 8,6% ( $p < 0,05$ ); індексу Генслера – ОФВ1/ФЖЕЛ – на 5,1% ( $p < 0,05$ ). Тоді, як у пацієнтів контрольної групи ці показники покращились не суттєво – ОФВ1 на 4,9% ( $p > 0,05$ ); ОФВ1/ФЖЕЛ на 2,1% ( $p > 0,05$ ).

Висновки. Комплексна терапія пацієнтів похилого віку на ХОЗЛ групи В із додатковим призначенням небулайзерної доставки ацетилцистеїну та будесоніду сприяє покращенню клінічного перебігу, показників бронхіальної прохідності, якості життя хворих, зменшенню термінів лікування.

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Елькін В., Сабадаш Я., Славна І., Педченко В.

Науковий керівник: доцент Настрога Т.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) серед хворих на цукровий діабет (ЦД), майже вдвічі більша, ніж у людей без ЦД. Адекватна антигіпертензивна терапія у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу має першочергове значення.

Мета. Оптимізувати терапію хворих похилого віку з коморбідною патологією на АГ та ЦД із застосуванням в комплексному лікуванні гіпотензивного препарату Тіара Тріо, що містить в своєму складі амлодипін, гідрохлортіазид та валсартан додатково цукрознижувальної терапії метформіном та статинотерапії – розувастатином.

Методи дослідження. У дослідження включено 30 хворих похилого віку на артеріальну гіпертензію і цукровий діабет, середній вік яких становив  $62,4 \pm 1,9$  роки. Усі хворі отримували цукрознижувальну терапію метформіном, статинотерапію розувастатином. Пацієнтів розподілили на дві групи: І група – контрольна ( $n=15$ ) отримувала додатково до лікування комплексну гіпотензивну терапію (гідрохлортіазид 12,5 мг та валсартан 160 мг вранці, амлодипін 5 мг ввечері). ІІ група – основна ( $n=15$ ) в якості гіпотензивної терапії одержувала комбінований препарат Тіара Тріо 5 мг/12,5 мг/160 мг. Період спостереження склав 14 діб.

Основні результати. Під впливом проведеної лікування позитивна клінічна динаміка зареєстровано в обох групах пацієнтів. Однак, середні терміни зникнення основних симптомів у пацієнтів основної групи були суттєво коротшими. Так, середні терміни тривалості головного болю у хворих основної групи склали  $4,2 \pm 0,41$  доби, у хворих контрольної групи –  $5,6 \pm 0,53$  доби ( $p < 0,05$ ); запаморочення у хворих основної групи –  $3,2 \pm 0,62$  доби, та  $4,9 \pm 0,34$  доби у пацієнтів контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Середні значення АГ після проведеного курсу терапії у хворих другої групи становили  $122,6 \pm 2,4$  мм рт.ст., тоді як у хворих контрольної групи –  $133,2 \pm 3,7$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). При аналізі ліпідного профілю відмічено суттєві зниження рівнів ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у хворих обох груп. Так, рівень ЛПНЩ у хворих другої групи до лікування склав знизився на 55,2%, тоді, як у хворих контрольної групи на 34,1%. Суттєвих розбіжностей в рівні глюкози крові між групами після лікування не відмічено.

Висновки. Застосування трикомпонентної антигіпертензивної терапії в

одній таблетці поліпшує комплаєнс лікування пацієнтів похилого віку на АГ та ЦД, що сприяє підвищенню ефективності лікування.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ СПРОМЕТРИЧНОГО ПОКАЗНИКА СОШ25-75 ВІД ТИПУ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ

Зезекало А., Мосієнко В., Поліщук А., Мягкохліб А.

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. «Золотим стандартом» у діагностиці бронхолегеневих захворювань залишається спірометрія – неінвазивний та об'єктивний метод оцінки функції зовнішнього дихання (ФЗД). Вона є цінним клінічним інструментом для виявлення та контролю захворювань, які порушують ФЗД. Головними параметрами, які використовуються для інтерпретації, є співвідношення FEV1/FVC, FEV1 та FVC. Зображення кривої об'єму потоку на видиху дає нам важливу інформацію про тип вентиляційного дефекту, у свою чергу крива об'єму потоку на вдиху важлива для визначення обструкції верхніх дихальних шляхів. СОШ 25-75 (FEF 25-75%) – це середня швидкість видиху в проміжку від 25% до 75% форсованої життєвої ємності легень. Цей показник часто розглядають як маркер стану дрібних бронхів та він вважається більш чутливим до ранніх змін у малих дихальних шляхах, ніж основні показники, FEV1 (ОФВ1) та FEV1/FVC. СОШ 25-75 – чутливий, але мінливий маркер функції дрібних дихальних шляхів. Зараз він відіграє допоміжну роль в діагностиці бронхолегеневої патології.

Мета. Оцінити клінічну значущість варіабельності показника СОШ 25-75 при проведенні спірометрії.

Матеріали та методи. Спірометрія проводилась на базі науково-практичного пульмонологічного центру. Використовувався апарат «Кардіо+» зі спірометричною складовою (м. Ніжин). Оцінювали маневр ФЖЕЛ, ЖЕЛ вдиху, ОФВ1, СОШ 25-75, ПОШ, МОШ 25,50,75. Було ретроспективно проаналізовано дані 135-ти спірометрій пацієнтів, що проходили обстеження на базі кафедри «Внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів». Залежно від типу порушень ФЗД було сформовано 3 групи: I гр. (n=45) – пацієнти без порушень ФЗД, II гр. (n=45) – пацієнти з обструктивним типом порушень ФЗД, III гр. (n=45)

– пацієнти з рестриктивним типом порушення ФЗД. Проведено статичний аналіз отриманих результатів.

Основні результати. Прямий кореляційний зв'язок високої сили спостерігається між інтегральними показниками ОФВ1 та СОС25-75 у II групі ( $r=0,795$ ;  $p<0,05$ ), тоді коли у III групі не було достовірної різниці між цими показниками.

Висновки.

1. Показник СОШ 25-75 дає можливість проводити диференційну діагностику типів порушення ФЗД.

2. Має кореляційний зв'язок з інтегральним показником ОФВ1 (при обструктивному типі порушення – високої сили).

3. При обструкції СОШ 25-75 корелює не тільки з ОФВ1, а і з ФЖЕЛ, ІТ, ОФВ1/ФЖЕЛ та ПОШ.

## ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Зезекало А.

Науковий керівник: професор Маслова Г.С.

Кафедра внутрішньої медицини №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною втрати працездатності, інвалідизації та смертності у більшості країн світу. В останні роки спостерігається тенденція до «омолодження» інфаркту міокарда (ІМ), що характеризується зростанням його поширеності серед осіб працездатного віку. Близько 75% молодих пацієнтів з ІМ, мають принаймні один із наступних факторів метаболічного ризику: абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність або цукровий діабет 2-го типу.

Мета. Оцінити характер порушень ліпідного спектру крові у пацієнтів із інфарктом міокарду різних вікових груп.

Матеріали та методи. Нами проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, віком від 36 до 85 років, що знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні інтервенційної радіології КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» з ІМ за період з листопада 2025 року по лютий 2026 року. У залежності від віку було сформовано дві групи I (n=14) – хворі на ІМ віком до 60 років; II (n=19) – хворі на ІМ віком старше 60 років. Визначали наявність і характер супутньої патології, кількість уражених

судин на коронарографії, частоту і характер ускладнень ІМ Оцінювали показники ліпідограми: загальний холестерин, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), тригліцериди (ТГ), індекс атерогенності (ІА). Виконували статистичну обробку отриманих результатів.

Результати досліджень. За результатами нашого дослідження, ІМ виникає частіше у чоловіків. У І групі пацієнти чоловічої статі склали 92,8% (13/14), а у ІІ групі – 68,4% (13/19). Супутні захворювання виявлено частіше у пацієнтів ІІ групи 47,3% проти 14,2% ( $X^2=3,96$ ;  $p=0,04$ ). Під час аналізу кількості уражених судин за даними коронарографії, серед пацієнтів ІІ групи віком більше 60 років ураження 3-х і більше судин зафіксовано частіше, ніж у хворих І групи віком до 60 років, а саме 79% проти 42,9% ( $X^2=4,53$ ;  $p=0,03$ ). Одночасно не виявлено достовірної різниці за частотою виникнення ускладнень в обох досліджуваних групах. У пацієнтів обох обстежених груп зафіксовано порушення ліпідного спектру крові, що характеризувались зростанням рівня загального холестерину, ЛПНЩ та ТГ за одночасного зниження ЛПВЩ. Проте підвищення вмісту ТГ  $> 1,7$  ммоль/л діагностовано у 78,6% (11/14) хворих І групи та у 47,4% (9/19) пацієнтів ІІ групи ( $X^2=8,07$ ;  $p=0,004$ ).

Висновки. Порушення ліпідного спектру крові у хворих на ІМ віком до 60 років характеризуються виникненням вираженої гіпертригліцеридемії.

#### МІОТОНІЧНА ДИСТРОФІЯ І ТИПУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Іванченко О., Гритченко Л., Сич О., Матвєєва Ю., Черноіваненко В.

Науковий керівник: доцент Пурденко Т.Й., доцент Силенко Г.Я.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Міотонічна дистрофія І типу – рідкісне спадкове нейроім'язове захворювання, що поєднує міотонію, прогресуючу м'язову слабкість і системні прояви. Генетичною основою є експансія повторів CTG у гені DMPK (19q13.2-13.3). Варіабельність клінічної картини та повільний перебіг часто зумовлюють пізню діагностику, що визначає актуальність опису клінічного випадку.

Мета. Проаналізувати особливості клінічного перебігу та діагностики міотонічної дистрофії I типу на прикладі клінічного випадку.

Методи дослідження: клініко-неврологічне обстеження, лабораторні дослідження, голкова електронейроміографія (ЕНМГ), консультації суміжних спеціалістів.

Основні результати. Пацієнт Є., 54 роки, перебував на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» зі скаргами на прогресуючу слабкість у кінцівках, утруднене розтискання кулаків після стиснення, швидку втомлюваність, труднощі при вставанні з положення сидячи, схуднення м'язів обличчя та кінцівок, облісіння у лобно-тім'яній ділянці, зниження гостроти зору. Хворіє близько 12 років, коли з'явилась слабкість у кінцівках. Останнім часом приєдналась слабкість в м'язах обличчя, зміна ходи. За медичною допомогою звернувся вперше.

У неврологічному статусі: двобічний помірний прозопарез, дизартрія, слабкість орофасіальної та аксіальної мускулатури, амімічне обличчя. Помірний периферичний тетрапарез, дифузна гіпотрофія м'язів, м'язова гіпотонія, перкусійна міотонія на язиці та тенарах обох кистей.

У біохімічному аналізі крові – рівень креатинфосфокінази 321,3 Од/л. За даними голкової ЕНМГ – міотонічні розряди з дистальним типом розподілу. Консультація генетика: Міотонічної дистрофії I типу. Консультація офтальмолога: Початкова катаракта обох очей. Консультація дерматолога: Алопеція лобно-тім'яної ділянки. Лікування: Нейрометаболичні та антихолінергічні препарати, піримідинові нуклеотиди, вітамінотерапія.

Висновки. Міотонічна дистрофія I типу є мультисистемним спадковим захворюванням із повільно прогресуючим перебігом, що проявляється поєднанням дистальної м'язової слабкості, гіпотрофії м'язів, міотонії та позам'язових порушень. Клінічний випадок демонструє труднощі діагностики даного захворювання, зумовлені повільним прогресуванням і неспецифічністю початкових проявів. Пізній початок захворювання, клінічні ознаки та характерні зміни за даними ЕНМГ є ключовими для своєчасної діагностики та подальшого ведення пацієнтів із міотонічною дистрофією I типу.

## ОСОБЛИВОСТІ СПІРОМЕТРИЧНИХ ЗМІН У ОСІБ З БРОНХО-ОБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ

Калашніков О., Крутько Т., Любич В., Мисник М., Салюк Н., Шульга Г.  
Науковий керівник: доцент Соколюк Н.Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів.  
Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Бронхообструктивний синдром (БОС) найпоширеніший синдром при захворюваннях органів дихання, його діагностика базується на клінічних проявах та змінах показників спірометричне обстеження функції зовнішнього дихання (ФЗД). При спірометричному дослідженні враховуються належні величини, які розраховані в залежності від віку, статі, ваги та зросту пацієнту, але не враховується стан ментального здоров'я пацієнта, яке залежить від його психоемоційного стану. БОС в військовий час представляє собою соціально-психологічну проблему та потребує детального вивчення.

**Мета.** Провести аналіз змін основних показників спірометричного обстеження у осіб з БОС в залежності від рівня тривожності.

**Методи дослідження.** Взято 74 пацієнтів з бронхообструктивним синдромом (26 жінок віком  $50,1 \pm 3,1$  років та 48 чоловіків віком  $66 \pm 2,8$  років). Спірометрію виконували апаратом «Кардіо+» з спірометричною приставкою (м. Ніжин) Враховувалися показники маневру форсованого видиху: ЖЕЛ'вд, ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОШ, МОШ 25, МОШ 50, МОШ 75. За результатами спірометрії пацієнти поділені на три групи, в залежності від ступені вираженості обструктивних порушень: I група – 20 осіб з легкими порушеннями, II група – 20 осіб з порушеннями середньої ступені тяжкості, III група – 14 осіб з тяжкими порушеннями ФЗД. Рівень тривожності оцінювали за тестом Спілберга-Ханіна (STAI) та тестом А. Бека (BDI), які проводили в онлайн режимі.

**Основні результати.** Рівень тривожності у осіб з БОС по STAI склав  $47 \pm 4,3$ . Оцінка рівня тривожності виявила, що лише у 8 (11%) осіб I групи та 2 осіб II групи відмічалась низька тривожність, інші пацієнти мали помірну – 37 (50%) осіб та високу тривожність – 27 осіб (36%). Результати тесту BDI  $46 \pm 3,1$  виявили важку депресію у 38 осіб (51%), помірну у 20 осіб (28%) та 16 осіб (21%).

У пацієнтів з високим рівнем показників STAI та BDI відмічалась значне зниження показників ОФП1 та ПОШ в залежності від збільшення кількості балів, особливо в II та III групі. ОФВ1 у I групі –  $72 \pm 2,1$ ,

II групи –  $50.1 \pm 3.2$ , III групи –  $33.2 \pm 2.9$ . За статтю різниці показників тестів STAI та BDI в співвідношенні до спірометричних даних не виявлено.

Висновки:

1. Симптоми тривоги та депресії виявили у всіх пацієнтів з БОС, які на момент обстеження мали зміни в показниках спірометрії.

2. Показники ОФВ1 та ПОШ є найбільш чутливими при збільшенні рівня тривожності пацієнта.

3. Зменшення рівня тривожності може сприяти поліпшенню проявів БОС згідно спірометричних показників.

## КОШМАРНІ СНОВИДІННЯ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: РОЛЬ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ Капустянський І.

Науковий керівник: доцент Бойко Д.І.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Розлад адаптації є одним із найпоширеніших психічних розладів серед військовослужбовців в умовах бойових дій. Попри традиційне сприйняття цього діагнозу як клінічно легшого порівняно з ПТСР, питання про те, чи супроводжується він порушеннями сну, зокрема кошмарними сновидіннями, залишається недостатньо дослідженим. Особливої уваги заслуговує вплив черепно-мозкових травм (ЧМТ) на сомнологічний профіль цієї категорії пацієнтів, оскільки поєднання стресового розладу та нейротравми може формувати специфічний клінічний патерн, що потребує диференційованих підходів до лікування.

Мета. Визначити частоту кошмарних сновидінь у військовослужбовців із розладом адаптації та оцінити залежність цього показника від наявності та кратності черепно-мозкової травми в анамнезі.

Методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації 182 військовослужбовців, госпіталізованих протягом 2024 року з діагнозом розлад адаптації. Середній вік пацієнтів становив  $38.4 \pm 8.2$  року. Усіх пацієнтів розподілено на три групи залежно від ЧМТ-статусу: без ЧМТ в анамнезі ( $n=71$ ), з однією ЧМТ ( $n=72$ ) та з повторними множинними вибуховими травмами – МВТ ( $n=39$ ). Наявність кошмарних сновидінь фіксувалась на підставі скарг під час госпіталізації. Статистичний аналіз включав критерій  $\chi^2$ , розрахунок відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом та оцінку лінійного тренду.

Основні результати. Кошмарні сновидіння зафіксовано у 89 із 182 пацієнтів групи РА, що становить 48,9% вибірки. При стратифікації за ЧМТ-статусом виявлено послідовне зростання частоти кошмарів: у пацієнтів без ЧМТ – 40,8%, з однією ЧМТ – 48,6%, з повторними МВТ – 64,1%. Загальний  $\chi^2(2)=5,45$ ,  $p=0,065$ . Попарний аналіз засвідчив, що наявність повторних МВТ майже втричі підвищує шанси кошмарів порівняно з відсутністю ЧМТ (ВШ=2,59, 95% ДІ: 1,15-5,80,  $p=0,033$ ), тоді як одна ЧМТ не давала статистично значущого ефекту (ВШ=1,37, 95% ДІ: 0,71-2,65,  $p=0,444$ ). Лінійний тренд між кратністю ЧМТ і частотою кошмарів є статистично значущим ( $r=0,169$ ,  $p=0,023$ ).

Висновки. У військовослужбовців із розладом адаптації кошмарні сновидіння є поширеним клінічним симптомом, що зустрічається майже у кожного другого пацієнта. Повторна черепно-мозкова травма є незалежним предиктором кошмарів у цій групі з дозозалежним ефектом, тоді як одиничний епізод ЧМТ суттєво не змінює ризик. Ці результати свідчать про необхідність активного скринінгу порушень сну у пацієнтів із розладом адаптації, які мають обтяжений анамнез щодо повторних МВТ, навіть за відсутності діагнозу ПТСР.

## ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Келемен Є., Поваров О.

Науковий керівник: доцент Настрога Т.В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Надання невідкладної допомоги хворим на гострий коронарний синдром (ГКС) розпочинається бригадами екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі з моменту постановки діагнозу. Якісна скоординована догоспітальна допомога і своєчасна маршрутизація пацієнтів до лікувальних закладів є вирішальною для пацієнтів із ГКС.

Мета. Аналіз результатів ефективності екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі хворим на ГКС за 2023-2026 роки бригадами

КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради».

Матеріали і методи. Проаналізовано 8848 карт виїзду бригад ЕМД (Ф №110/0) та супровідних листків (Ф №114/0) за 2023-2026 роки хворих на ГКС.

Результати. Догоспітальна невідкладна допомога надається бригадами екстреної медичної допомоги всім хворим на ГКС згідно наказів МОЗ України від 14.09.2021 №1936, від 15.09.2021 №1957 та локальних протоколів. Пацієнти на ГКС з елевацією сегмента ST (зі STEMI), після надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі бригадами ЕМД доставляються у відділення інтервенційної радіології (ВІР) КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» (ПОКЛ) та КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» («ПОКМКЦ ПОР»), КНМП «Лікарня інтенсивного лікування «Кременчуцька» (КНМП «ЛІЛ «Кременчуцька») для проведення ургентного перкутанного коронарного втручання (ПКВ). Хворих зі STEMI у КП «ПОКМКЦ ПОР» ургентно бригадами було доставлено у 2023 р. – 667 осіб, у 2024 р. – 807, у 2025 р. – 856, у І кв. 2026 р. – 205. У КП «ПОКЛ» у 2023 р. доставлено – 781 пацієнт, у 2024 р. – 871, у 2025 р. – 1025, у І кв. 2026 р. – 296 пацієнтів. У КНМП «ЛІЛ «Кременчуцька» у 2023 р. доставлено – 412 пацієнтів, у 2024 р. – 418, у 2025 р. – 791, у І кв. 2026 р. – 222. Хворих з ГКС без елевації сегмента ST (Non-STEMI) у 2023 р. доставлено до лікарень м. Полтава – 387, у 2024 р. – 445, у 2025 р. – 755, у І кв. 2026 р. – 173. Аналіз отриманих даних свідчить про зростання обсягів надання ЕМД хворим з ГКС на догоспітальному етапі, більш широке використання реперфузійної терапії, первинного перкутанного коронарного втручання, що сприяє покращенню якості життя пацієнтів, зниженню летальності.

Висновки. Своєчасна рання діагностика, якісна невідкладна медична допомога на догоспітальному етапі та маршрутизація пацієнтів з ГКС у лікувальні заклади виїзними бригадами КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» сприяє зниженню смертності на Полтавщині.

## ГЕСТАЦІЙНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА КЛІНІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

Ковальова В., Гайва Н., Гавриленко В., Делія К.

Науковий керівник: доцент Макаров О.Г.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гестаційний цукровий діабет (ГЦД) є одним із найпоширеніших метаболічних ускладнень вагітності та важливою медико-соціальною проблемою сучасного акушерства. Його поширеність, за даними літератури, коливається від 7 до 18%. Клінічне значення ГЦД визначається підвищеним ризиком ускладнень, як у матері, так і в дитини.

Мета. Узагальнити сучасні дані щодо епідеміології, патогенезу, діагностики, клінічного ведення та післяпологового спостереження жінок із гестаційним цукровим діабетом.

Основні положення. У другій половині гестації під впливом плацентарних гормонів знижується чутливість периферичних тканин до інсуліну. Важливу роль у розвитку ГЦ відіграють ожиріння, хронічне низькорівневе запалення, адипокіновий дисбаланс та спадкова схильність. Серед основних факторів ризику розвитку ГЦ слід виділити вік понад 35 років, надмірну масу тіла або ожиріння, синдром полікістозних яєчників, обтяжений сімейний анамнез щодо цукрового діабету, ГЦД у попередніх вагітностях, народження великого плода в анамнезі, артеріальну гіпертензію, низьку фізичну активність та надмірний гестаційний приріст маси тіла. На сьогодні найбільш поширеним є одноетапний підхід до діагностики ГЦД згідно з рекомендаціями IADPSG та BOO3, який передбачає проведення перорального глюкозотолерантного тесту з 75 г глюкози у 24-28 тижнів вагітності. Діагноз встановлюють за наявності хоча б одного патологічного показника глікемії. Своєчасне виявлення порушень вуглеводного обміну має ключове значення для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень. Основою ведення вагітних із ГЦД є модифікація способу життя: раціональна дієтотерапія, дозована фізична активність, самоконтроль глікемії та динамічний корекції протягом 1-2 тижнів методом вибору є інсулінотерапія. Ведення таких пацієнток потребує мультидисциплінарного підходу. Після пологів у більшості жінок вуглеводний обмін нормалізується, однак ризик розвитку цукрового діабету 2 типу в подальшому залишається високим.

Висновки. Гестаційний цукровий діабет є актуальною міждисциплінарною проблемою, що потребує раннього виявлення,

своєчасної корекції та тривалого післяпологового контролю. Впровадження сучасних скринінгових стратегій, індивідуалізоване ведення вагітності та профілактика віддалених метаболічних наслідків є основними напрямками покращення материнських і перинатальних результатів у жінок із ГЦД.

## ДЕРМАТОСКОПІЧНІ ПАТЕРНИ НЕВУСА РІДА: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Коноваленко Д.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Невус Ріда – доброякісна пухлина, що імітує меланому через швидкий ріст і пігментацію. Потребує високої онконастороженості для точного диференційного діагнозу та уникнення зайвих радикальних операцій.

Мета дослідження. Проаналізувати клініко-дерматоскопічні особливості невуса Ріда у пацієнтів різних вікових груп та визначити найбільш специфічні діагностичні критерії для диференціації з меланомою.

Матеріали та методи. У дослідженні було проаналізовано 15 випадків невуса Ріда у пацієнтів віком від 12 до 45 років. Усі новоутворення були видалені хірургічно з подальшим гістологічним підтвердженням діагнозу.

Усі пацієнти мали поодинокі інтенсивно пігментовані (від темно-коричневого до чорного кольору) папули або вузлики діаметром від 3 до 8 мм, локалізовані переважно на кінцівках (10 випадків) та тулубі (5 випадків).

Пацієнтів було розподілено на дві групи за віком для аналізу дерматоскопічних патернів: I група – до 18 років (6 осіб), II група – старше 18 років (9 осіб).

Дерматоскопічна оцінка проводилася з використанням ручного дерматоскопа (збільшення x10) та фотофіксацією. Оцінювалися такі параметри: симетрія, колір, наявність типових патернів («вибух зірки», глобулярний, ретикулярний).

Результати. Найбільш специфічний дерматоскопічний патерн «вибух зірки» (starburst pattern), було виявлено у 3 (50%) пацієнтів I групи та лише у 4 (44,4%) пацієнтів II групи.

У II групі (дорослі) частіше спостерігалися атипові дерматоскопічні картини: нерівномірна пігментація, наявність комедоноподібних отворів

або синьо-білої вуалі, що імітувало меланому, у 4 (44,4%) випадків. У Ігрупі – 1 випадок (16,6%).

Гістологічне дослідження підтвердило діагноз веретенклітинного невуса Ріда у всіх 15 випадках, ознак малігнізації виявлено не було.

Висновки. Дерматоскопія є високоефективним методом попередньої діагностики невуса Ріда, особливо у дітей, де патерн «вибух зірки» є патогномонічним.

Саме у дорослих пацієнтів невус Ріда часто має атипичну дерматоскопічну картину, що потребує обов'язкового хірургічного видалення та гістологічного дослідження для виключення меланоми.

Поєднання ретельного клінічного огляду з дерматоскопічним аналізом дозволяє оптимізувати тактику ведення пацієнтів з пігментними новоутвореннями шкіри та підвищити точність ранньої діагностики меланоми.

## ПЛАСТИКА ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКОЇ ЕНДОМЕТРІОМИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Коробко О., Ганус М.

Науковий керівник: професор Лисенко Р.Б.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема екстрагенітального ендометріозу за останні роки набула великої значущості у зв'язку з постійним зростанням частки даного захворювання у структурі гінекологічної патології. Ендометріодні та інші пухлини черевної стінки виявляють вкрай рідко – у 0,03-3% спостережень. Ці пухлини можуть мати різні локалізації та рідко досягають велетенських розмірів. Дефекти після видалення таких пухлин черевної стінки часто неможливе надійно закрити місцевими тканинами, у зв'язку з чим потрібно застосовувати сучасні хірургічні технології з імплантацією додаткових алопластичних матеріалів, абдомінопластикою для досягнення максимального естетичного ефекту без післяопераційних ускладнень

Мета. Представити клінічне спостереження випадку великої ендометріоми з інвазією в паравезикальну клітковину, особливості її діагностики та лікування, нестандартного закриття великого дефекту черевної стінки, що виник після її видалення.

Матеріали і методи. Наведено клінічний випадок: Пацієнтка Б. 42 років звернулася до клініки зі скаргами на збільшення об'єму

живота, відчуття важкості в гіпогастрії, постійний тупий біль у ділянці післяопераційного рубця за Пфаненштилем після Кесарського розтину. Хворіє з 2018 року. Протягом 2024 року утворення черевної стінки значно збільшилося, болі підсилюються. Клінічний огляд та інструментальні методи дослідження (УЗД, МРТ) підтвердили наявність великої пухлини черевної стінки в ділянці післяопераційного рубця зліва. 27 грудня 2024 р. виконана планова операція із залученням уролога: дерматоліпектомія за Тореком, видалення пухлини черевної стінки з резекцією паравезикальної клітковини, алопластика за методикою «sublay-inlay», мініабдомінопластика. Амбулаторно гінекологом призначено системне лікування ендометріозу.

Результати. Пацієнтка успішно перенесла операцію, проводилася післяопераційна реабілітація за ERAS протоколом. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Уретральний катетер, дренажі видалені через 2-4 доби після операції. Виписана на 5-у п/о добу. Результат патологоанатомічного дослідження №24SP182912 від 06.01.2025 р.: зовнішній ендометріоз післяопераційного рубця передньої черевної стінки. При контрольних оглядах та обстеженнях через 1, 3, 6, 12 та 18 місяців після операції хвора почуває себе добре, скарг немає, даних за рецидив не виявлено.

Висновки. Хірургічне лікування ендометріоми великого розміру черевної стінки є складним завданням, вимагає високого рівня кваліфікації та сучасних технологій. Цей клінічний випадок показує необхідність індивідуалізованого комплексного підходу до лікування хворих із великими пухлинами черевної стінки, що є важливими факторами для досягнення успішного результату.

## ВПЛИВ ПОЄДНАННЯ СТРЕСУ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ НА ВМІСТ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ В КРОВІ ЩУРІВ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ КВЕРЦЕТИНОМ

Костенко Г.

Наукові керівники: доцент Акімов О.Є., професор Животовська Л.В.

Кафедра патофізіології

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність дослідження. Велике наукове значення викликає дослідження поєднання черепно-мозкової травми (ЧМТ) з гострою реакцією на стрес (ГрС), оскільки у сучасних умовах відмічається

зростання частоти ЧМТ на фоні стресу воєнного часу. Така комбінація патологічних чинників посилює нейрозапальні реакції, сприяючи розвитку посттравматичних когнітивних, афективних та поведінкових розладів, що часто мають хронічний перебіг. Основу патогенезу цих змін становить надмірна продукція прозапальних цитокінів, зокрема інтерлейкінів (IL-1 $\beta$ , IL-6, TNF- $\alpha$ ), що слугують ключовими медіаторами нейроімунної взаємодії.

Згідно з сучасними дослідженнями, інтерлейкіни не лише регулюють імунну відповідь, а й прямо впливають на нейропластичність, синаптичну передачу та поведінкову реактивність, беручи участь у патогенезі депресії, тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Черепно-мозкова травма ініціює каскад нейрозапалення, що супроводжується порушенням гематоенцефалічного бар'єра, інфільтрацією імунокомпетентними клітинами та надмірною продукцією цитокінів. З огляду на складність та мультифакторність патогенетичних механізмів, особливу цінність становлять дослідження потенційних коректорів цитокінового дисбалансу. Одним із таких засобів є кверцетин – поліфенольний флавоноїд із відомими антиоксидантними, мембраностабілізуючими та протизапальними властивостями. Його здатність модулювати продукцію інтерлейкінів, знижувати рівень оксидативного стресу та підтримувати нейрональну цілісність робить кверцетин перспективним кандидатом для фармакологічної нейропротекції після ЧМТ, особливо в умовах психоемоційного дистресу. Таким чином, вивчення особливостей змін інтерлейкінового профілю при поєднанні ЧМТ і ГрС, а також можливостей їх фармакологічної корекції кверцетином має високу наукову та клінічну значущість.

Метою даної роботи було визначити вміст інтерлейкіну-6 та інтерлейкіну-10 за умов поєднання стресу та черепно-мозкової травми та його корекції кверцетином.

Матеріали і методи. Дослідження проведене на 14 статевозрілих щурах лінії «Вістар» масою 190-230 г. Тварини були розподілені на 2 групи по 7 тварин: I група – моделювання ЧМТ та ГрС; II група, якій на фоні моделювання ЧМТ та ГрС вводили кверцетин в дозі 10 мг/кг. ЧМТ моделювали шляхом гострого травмування черепа внаслідок вільного падіння вантажу масою 66,77 г з висоти 65 см. ГрС моделювали шляхом занурення тварини підводу на 40 с. У крові щурів визначали вміст IL-6 та IL-10 з використанням наборів Rat Sigma-Aldrich Elisa kits для відповідного інтерлейкіну. Статистичну обробку проводили з використанням методу Манна-Уїтні. Різницю вважали статистично значущою при  $P < 0,05$ .

Результати. У щурів з II групи, кверцетин значно знизив прозапальний ІЛ-6 на 66,84%, зі 79,37 пг/мл до 26,33 пг/мл, порівняно зі щурами I групи. У II групі відмічено підвищення рівня протизапального ІЛ-10 на 48,64%, зі 81,56 пг/мл до 121,22 пг/мл, порівняно з I групою, що свідчить про виражений протизапальний та імуномодулюючий ефект.

Висновки. Отже, отримані результати підтверджують ключову роль інтерлейкінів у патогенезі нейрозапальних змін при поєднаному впливі черепно-мозкової травми та гострої реакції на стрес. Застосування кверцетину у групі щурів в умовах експериментальної моделі ГрС поєднаної з ЧМТ зумовило суттєве зниження рівня прозапального ІЛ-6 та підвищення концентрації протизапального ІЛ-10 у порівнянні з нелікованою групою. Це вказує на виражений протизапальний та імуномодулюючий потенціал кверцетину, що може мати перспективне значення для фармакологічної корекції цитокінового дисбалансу та попередження посттравматичних психоневрологічних порушень.

## ПРИЧИНИ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Крот А.

Науковий керівник: професор Ляховський В.І.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Післяопераційні рецидиви варикозного розширення вен (ВРВ) зустрічають доволі часто. За даними наукової літератури вони можуть виникати у 7-62% випадків і приводити до виникнення набряку, тромбофлебіту та трофічних виразок нижніх кінцівок. Тому, виявлення причин виникнення рецидиву ВРВ та їх усунення під час проведення оперативного лікування є ефективним засобом їх профілактики.

Мета дослідження: встановити причини виникнення післяопераційного рецидиву варикозного розширення вен нижніх кінцівок та дати рекомендації по їх профілактиці.

Методи дослідження. Проведений аналіз 45 медичних карток стаціонарних хворих, які протягом 2023-2025 років були прооперовані з приводу рецидиву ВРВ нижніх кінцівок. Усім пацієнтам у

передопераційному періоді проведене ультразвукове сканування вен нижніх кінцівок та встановлені причини рецидиву, які були не виявлені і не усунені під час першого оперативного лікування.

Результати. Післяопераційний рецидив ВРВ нижніх кінцівок спостерігався у 14 (31,1%) чоловіків та 31 (68,9%) жінок, середній вік яких становив  $52,3 \pm 5,4$  років. Рецидив ВРВ виник у середньому через  $12,5 \pm 2,9$  місяців після виконання першого оперативного втручання. Під час проведення ультразвукового дослідження вен (УЗД) нижніх кінцівок встановлено, що причини рецидиву ВРВ можна розділити на технічні, тобто які виникли в результаті технічних помилок під час проведення оперативного лікування та діагностичні, це ті які були не виявлені у передопераційному періоді та не усунені під час операції. Так, до технічних причин віднесли недостатню ендовенозну коагуляцію великої – у 5 (11,1%) та малої підшкірних вен – у 2 (4,4%) пацієнтів, а також залишення великої кукси великої підшкірної вени з наявним патологічним вертикальним рефлюксом у передню додаткову підшкірну вену, який відмічений у 9 (20,0%), у вену Джакоміні – у 3 (6,7%) та у малу підшкірну вену – у 2 (4,4%) хворих.

Особливої уваги заслуговують діагностичні причини, до яких віднесли не виявленні під час проведення УЗД та, відповідно не усунені під час операції, недостатні перфорантні вени. Так, недостатність вени Гунтера з патологічним рефлюксом крові виявлені у 3 (6,7%), вен Бойда, Додда та Шермана – у 4 (8,9%) та вен Кокета – у 11 (24,4%) пацієнтів. Поєднання технічних та діагностичних причин відмічено у 6 (13,3%) хворих.

Висновки. Таким чином, для запобігання виникнення рецидивів ВРВ нижніх кінцівок необхідно у передопераційному періоді ретельно проводити УЗД вен з виявленням усіх можливих причин даного захворювання та усунути їх під час проведення оперативного втручання. Також потрібно суворо дотримуватися усіх технічних принципів хірургічного лікування, яке направлене на видалення варикозних вен та причин їх виникнення.

## СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ РОЗРОДЖЕННІ

Лавриненко К., Некрасова В., Проценко А.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Однією з актуальних проблем сучасної охорони здоров'я є охорона здоров'я матері та дитини, що у всьому світі вважається індикатором стану та добробуту суспільства в цілому. Ефективна анальгезія є одним із ключових компонентів активного ведення пологів. Для знеболювання природних пологів у всьому світі використовують різні методики нейроаксіальної анестезії, насамперед епідуральну анальгезію (ЕА). При цьому питання правильного вибору методів знеболювання пологів належать до найбільш важливих і перспективних, що потребують пильної уваги.

Мета: оцінити стан новонароджених та ефективність використання різних місцевих анестетиків при конверсії епідуральної анальгезії під час фізіологічних пологів в анестезію при необхідності екстреного оперативного втручання.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Перинатального центру КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Було проведено аналіз медичної документації. Пацієнтки були рандомізовані за віком та характером супутньої патології. Застосовувалися критерії включення та виключення. У дослідження включено 30 жінок, яким у ході природних пологів під подовженою ЕА було встановлено показання для оперативного розродження, що потребувало конверсії в анестезію. Також у ході роботи вивчено 30 історій новонароджених. Залежно від використовуваного місцевого анестетика було сформовано 3 групи: у першій групі А (n=10) з метою конверсії використовували Sol. Ropivacaini 0,75% – 15 ml; до другої групи Б належали породіллі з проведеною спінальною анестезією Sol. Bupivacaini 0,5% – 2,5 ml; у третій групі В (n=10) ЕА проводилася з використанням Sol. Bupivacaini 0,5% – 15 ml. Стан новонароджених оцінювався за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилини, результатами КОС (кислотно-основного стану) у дітей із встановленою гіпоксією. Інтенсивність болю оцінювали за допомогою ВАШ (візуально-аналогової шкали).

Результати та їх обговорення. У групі А, де використовували ропівакаїн, неадекватне знеболювання, що потребувало проведення

загальної анестезії, було відмічено у 16,7% пацієнток. У групі В – у 1 із 10 сенсорний блок був недостатньо ефективним. У групі А (n=10) стан 9 новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині склав 8 балів, а на 5-й хвилині – 9 балів. Стан одного новонародженого за результатами шкали Апгар показав 7, за результатами КОС: декомпенсований змішаний метаболічний респіраторний ацидоз. У групі Б (n=10) показники шкали Апгар на 1-й хвилині – 8 балів, на 5-й хвилині – 9 балів. Результати третьої групи не відрізнялися від другої. Психоневрологічний стан новонароджених при оцінці за шкалою NACS статистично значущо не відрізнявся у всіх групах і на всіх етапах роботи.

**Висновки.** Застосування бупівакаїну при конверсії ЕА в анестезію забезпечує достатній рівень знеболювання, що дозволяє виконати оперативне втручання, проте супроводжується вираженим моторним блоком. Використання ропівакаїну створює найбільш сприятливі умови при операції, що підтверджується низькою оцінкою за ВАШ.

В оцінці новонароджених за шкалою Апгар незалежно від застосованого способу регіонарної анестезії на 1-й та 5-й хвилинах не виявлено статистично значущих відмінностей.

## ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ СЕРЕД НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ладоненко Д., Костира М., Йолкін Я., Погребняк В.

Наукові керівники: доцент Кир'ян О.А., доцент Бабаніна М.Ю.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

На сьогоднішній день, коморбідність перебігу захворювань, яка часто зустрічається у практичній діяльності сімейного лікаря, ускладнює клінічну оцінку та визначення етіологічних факторів хвороб. Супутня патологія може мати спільні генетичні схильності та патогенетичні механізми, водночас призводячи до прогресування важкості перебігу хворобливих станів та неоптимального лікування таких пацієнтів (Dong, G., Feng, J., Sun, F., et al., 2021). Виявлені зв'язки між супутніми захворюваннями, віком та статтю, допомагають оцінити ризики та індивідуалізують догляд за пацієнтами із коморбідною патологією (Koskinen, M., Salmi, J.K., Loukola, A. et al., 2022).

**Мета дослідження:** оцінити вплив коморбідності на перебіг найбільш поширених захворювань в загальнолікарській практиці.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебували 260 пацієнтів, які зверталися за медичною допомогою у 2024-2025 рр. до КП «Полтавський районний клінічний центр первинної медико-санітарної допомоги» Терешківської СР Полтавського району та КНП «Козельщинської центр первинної медико-санітарної допомоги» Козельщанської селищної ради. Проведено оцінку даних, представлених у амбулаторних картах пацієнтів. Проаналізовано вікові особливості, стать пацієнтів, клінічні прояви основного захворювання та коморбідної патології. Статистичний аналіз проводився із використанням критеріїв Стюдента та критеріїв  $\chi^2$ .

Результати дослідження. Дані дослідження показали, що за медичною допомогою зверталися як чоловіки – 119 (45,8%) осіб, так і жінки – 141 (54,2%) пацієнт, без суттєвої різниці по статі ( $\chi^2=1,86$ ,  $p=0,17$ ), віком від 18 до 98 років (середній вік –  $62\pm 9,74$  років). Серед вікових категорій найбільш численною виявилася група пацієнтів віком від 60 до 74 років – 112 (43,1%) осіб, а група осіб старше 75 років зустрічалась найбільш рідко – 47 (18,1%) пацієнтів ( $\chi^2=37,6$ ;  $p<0,01$ ). Вивчаючи структуру захворювань, визначено схожість із світовими тенденціями. Найчастіше зустрічалась серцево-судинна патологія, а саме гіпертонічна хвороба різного ступеню важкості – 171 (65,8%) пацієнт та стабільна ішемічна хвороба серця (СІХС) – 120 (46,2%) осіб, які у 45 (17,3%) випадках, супроводжувалися проявами серцевої недостатності. Також у коморбідному перебігу захворювань часто виявляли метаболічні порушення, значну частку серед яких займали ожиріння – 96 (36,9%) осіб і цукровий діабет 2 типу – 40 (15,4%) пацієнтів. Порівнюючи особливості пацієнтів за статтю визначено, що із СІХС, яка мала коморбідність, більш часто зверталися чоловіки – 71 (59,2%) пацієнтів, чим жінки – 49 (40,8%) пацієнтів ( $\chi^2=8,07$ ,  $p=0,0045$ ), на відміну від ожиріння, де переважали жінки ( $\chi^2=4,32$ ,  $p<0,03$ ). Цукровий діабет 2 типу більш часто визначено у віці старше 60 років ( $\chi^2=9,42$ ;  $p<0,01$ ). При аналізі коморбідного перебігу захворювань виявлено, що більше 2-х патологій переважно визначалися у віці старше 60 років – 114 (71,7%) пацієнтів, на відміну від віку молодше 60 років – 33 (32,7%) пацієнти ( $\chi^2=35,9$ ,  $p<0,001$ ), що може свідчити про кумулятивні тенденції коморбідності, які залежать від вікової категорії пацієнтів.

Висновки. Серед пацієнтів, які часто зустрічаються у практичній діяльності сімейного лікаря, часто виявляються коморбідні захворювання, із переважанням серцево-судинних та метаболічних патологій, які мають статеві відмінності зі зростанням частоти виявлення у осіб старшого віку, що потребує персоналізованого підходу до ведення пацієнтів.

## КОНВЕРСІЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ В ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКИ

Ліхнер Д.

Науковий керівник: доцент Пелипенко О.В.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Апарати зовнішньої фіксації (АЗФ) знайшли особливо широке використання в умовах бойових дій для при наданні допомоги після отримання високоенергетичних ушкоджень. За даними літератури вогнепальні переломи кісток внаслідок застосування сучасної зброї у 41,3% є уламковими, а отже нестабільними. Стабілізація фрагментів перелому з використанням позавогнищезового остеосинтезу забезпечує безпечне транспортування постраждалого, знижує ризик розвитку інфекційних ускладнень. Тим не менш у віддаленому посттравматичному періоді АЗФ мають певні недоліки: громіздкість конструкції, необхідність ретельної герметизації навколо стрижневих отворів, обмеження спектру реабілітаційних заходів. Для оптимізації відновного періоду застосовується «convert-технологія» – перехід від АЗФ до внутрішнього остеосинтезу.

Метою даного дослідження був аналіз результатів конверсії при лікуванні вогнепальних переломів гомілки.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовані дані результатів лікування 28 пацієнтів чоловічої статі віком від 24 до 56 років. Хворі поступили до травматологічного відділення в термін від 5 днів до 6 тижнів від отримання травми. Порівняння результатів проводилось у двох клінічних групах: I група (n=14) – ранньої конверсії (термін до 2 тижнів), II група (n=14) – пізньої конверсії (термін 3 тижні та більше). Випадків заміни виду фіксації в термін від 2 до 3 тижнів не було.

Результати. У першій клінічній групі переважали діафізарні ушкодження (78,6%), що було показанням до встановлення інтрамедулярного блокованого стрижня. Малоінвазивність даної методики дозволило провести конверсію одномоментної, навіть при наявності ран різної локалізації (за виключенням ділянки оперативного доступу), які не мали ознак інфікування.

У другій клінічній групі інтрамедулярний остеосинтез застосований у 57,1% випадків. Використання пластин у даній групі пов'язано з наявністю внутрішньосуглобових локалізацій ушкодження: 3 випадки – дистального і 3 випадки – проксимального відділів великогомілкової кістки.

Функціональні результати після проведення конверсії оцінені як добрі: I група – 85,7%, II група – 71,4%.

Висновки. Вибір методу остеосинтезу при лікуванні вогнепальних переломів гомілки повинен бути індивідуальним.

Методика конверсії остеосинтезу за чіткими показаннями сприяє скорішому відновленню функціональності кінцівки та загальному одужанню пацієнта.

## ПРОФЕСІЙНІ ДЕРМАТИТИ У МАЙСТРІВ Б'ЮТІ-ІНДУСТРІЇ: АКТУАЛЬНІ АЛЕРГЕНИ

Момонт О.

Наукові керівники: доцент Васильєва К.В.

Кафедра дерматології та венерології

Полтавський державний медичний університет

Професійні дерматити є однією з найчастіших патологій серед працівників б'юті-індустрії. Хронічний контакт із акрилатами, барвниками, антисептиками, ароматизаторами та консервантами формує високий ризик розвитку як алергічного, так і подразнювального контактного дерматиту.

Найбільшу небезпеку становлять акрилати (HEMA, HPMA, EGDMA), розчин фенілендіамін, метилізотіазолінон та ароматизатори, які мають потужний сенсibiliзуючий потенціал.

Мета дослідження. Визначити ключові алергени, що найчастіше викликають професійні дерматити у майстрів б'юті-сфери, та оцінити можливості профілактики.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних літературних джерел, клінічних рекомендацій та результатів патч-тестування, які використовуються для діагностики алергічного контактного дерматиту у 24 працівників б'юті-індустрії.

Результати. Серед працівників б'юті-індустрії діагностують як подразнювальний 42%, так і алергічний контактний дерматит 58%. Найчастіші алергени:

– акрилати (HEMA, HPMA, EGDMA) – особливо у майстрів манікюру 32,75%;

– р-фенілендіамін і домішки барвників – у бровистів та колористів 24%;

– метилізотіазолінон та інші консерванти – у косметологів 14,8%;

– ароматизатори (Fragrance Mix) – у майстрів, що працюють із

косметичними засобами 11,05%;

– хлорексидин та інші антисептики – при частому використанні 17,4%.

Факторами ризику є мікротравми шкіри, неправильні техніки роботи, відсутність індивідуального захисту, часте миття рук та вплив дезінфектантів. Додатковими факторами ризику є порушення шкірного бар'єру, тривала експозиція до низьких доз алергенів.

Висновки. Професійні дерматити є значущою проблемою в б'юті-сфері. Головними сенсibiliзаторами виступають акрилати, барвники та ізотіазоліони. Профілактика повинна включати використання нітрилових рукавичок, навчання майстрів, застосування бар'єрних кремів і оптимізацію робочих технологій. Своєчасна діагностика та усунення алергену дозволяють запобігти хронізації процесу та покращити якість життя спеціалістів.

## ВПЛИВ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ НА ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ БІОТОПІВ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ

Модестова М., Романюк Л., Ухань Я.

Науковий керівник: професор Ліхачов В.К.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності має місце висока частота екстрагенітальної патології, в тому числі захворювань шлунково-кишкового тракту. Майже половина жінок репродуктивного віку в Україні страждає на невиразкову диспепсію, дисфункцію жовчовивідних шляхів, синдром подразненого кишечника та інші захворювання ШКТ, які погіршують якість їхнього життя, репродуктивну функцію, обмежують можливості соціальної та трудової діяльності. Тому актуальним є виявлення екстрагенітальної патології (зокрема, захворювань ШКТ) у жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі та їх лікування на преконцепційному етапі.

Мета. Визначити вплив патології шлунково-кишкового тракту у вагітних із звичним невиношуванням на виникнення у них патологічних біотопів піхви.

Методи дослідження. Для виконання поставленого завдання були обстежені 60 жінок, які були поділені на дві групи:

- I група (контролю), яку склали 30 здорових жінок (без патології ШКТ) на етапі прегравідарної підготовки до вагітності;

- II група (дослідна) – 30 жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі та які мали ознаки диспептичного синдрому.

Основні результати. У I групі (контролю) проявів диспептичного синдрому не було. У пацієток II групи диспептичний синдром проявлявся наступними скаргами: зниження апетиту та відрижка після вживання їжі – у 10 жінок (33,3%), почуття швидкого насичення під час їжі – 3 жінок (10%), діарея, не пов'язана з харчовим отруєнням – у 2 (6,7%), закрепи – у 17 жінок (56,7%), неприємний запах із рота – у 22 жінок (73,3%), бурчання в животі і метеоризм – у 11 пацієток (36,7%). У 10 (33,3%) з них діагностовано хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту з періоду статевого дозрівання.

При вивченні мікрофлори піхви нами виявлено достовірне зниження біфідобактерій у II групі пацієток (із звичним невиношуванням вагітності) в порівнянні з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). У пацієток 2-ї групи були висіяні ентерококи – у 13 жінок (43,3%),  $\alpha$ -гемолітичні стрептококи – у 5 жінок (16,7%) і клебсієли – у 4 жінок (13,3%), дріжджові гриби – у 8 жінок (26,7%), ентеробактерії та пептококки – у 6 пацієток (20%).

Висновки:

1. Наявність дисбіотичних порушень піхви у пацієток із звичною втратою вагітності може слугувати прогностичним критерієм ризику невиношування наступної планованої вагітності.

2. На прегравідарному етапі у жінок із звичним невиношуванням вагітності показано проведення бактеріологічного дослідження біотопу піхви для своєчасної та адекватної корекції порушень.

**ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ**  
Модестов О.

Науковий керівник: доцент Прихідько Р.А.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий апендицит залишається однією з провідних причин ургентних оперативних втручань у абдомінальній хірургії. Незважаючи на усталені підходи до лікування, вибір між відкритою та лапароскопічною апендектомією продовжує бути предметом клінічного аналізу. Лапароскопічні технології забезпечують мінімальну

травматизацію тканин і сприяють швидшому функціональному відновленню. Водночас традиційний відкритий доступ не втрачає значення при ускладненому перебігу захворювання або за наявності протипоказань до лапароскопії. Тому актуальним є детальне вивчення відмінностей у післяопераційному періоді залежно від типу оперативного втручання.

Мета дослідження. Встановити відмінності у перебігу раннього післяопераційного періоду у пацієнтів після різних варіантів апендектомії на основі клінічних показників відновлення.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз 20 історій хвороби пацієнтів із гострим апендицитом без вираженої супутньої патології. Учасників розподілено на дві групи:

- I група (10 пацієнтів): виконано лапароскопічну апендектомію;
- II група (10 пацієнтів): проведено апендектомію відкритим способом із використанням класичного доступу.

Оцінювання ефективності здійснювали за такими параметрами:

- рівень больових відчуттів за візуально-аналоговою шкалою;
- час до відновлення самостійної рухової активності;
- тривалість стаціонарного лікування;
- частота та характер післяопераційних ускладнень.

Результати. У пацієнтів, яким виконано лапароскопічне втручання, інтенсивність болю була нижчою і становила в середньому  $3,0 \pm 0,5$  бала за ВАШ, тоді як після відкритої операції цей показник досягав  $5,9 \pm 0,7$  бала. Відновлення рухової активності у першій групі відбувалося значно швидше – протягом перших 10 годин, тоді як у другій групі – переважно після 22 годин. Середня тривалість госпіталізації становила  $3,0 \pm 0,8$  доби при лапароскопії та  $5,7 \pm 1,3$  доби при відкритому втручанні. Ускладнення були зафіксовані переважно у пацієнтів після відкритої апендектомії (локальні інфекційні процеси в ділянці рани, сероми), тоді як у групі лапароскопії вони мали поодинокий характер і не потребували значного лікування.

Висновки. Отримані результати свідчать про переваги лапароскопічної апендектомії у вигляді меншої інтенсивності післяопераційного болю, швидшого відновлення фізичної активності та скорочення терміну перебування у стаціонарі. Водночас відкритий метод залишається клінічно доцільним у складних випадках. Індивідуалізований підхід до вибору методу оперативного втручання дозволяє оптимізувати результати лікування та знизити ризик ускладнень.

## ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ НАТЯЖНОЇ, НЕНАТЯЖНОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВИХ ГРИЖАХ

Модестов О.

Науковий керівник: доктор філософії Заєць С.М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пахові грижі є однією з найпоширеніших патологій у загальній хірургії, що потребує оперативного лікування. На сьогодні існує декілька підходів до герніопластики: традиційні натяжні методи, сучасні ненатяжні техніки із застосуванням сітчастих імплантів та лапароскопічні втручання. Кожен із цих методів має свої переваги та обмеження, що проявляються насамперед у післяопераційному періоді. Вивчення особливостей відновлення пацієнтів після різних типів герніопластики дозволяє обґрунтувати вибір оптимальної хірургічної тактики.

Мета дослідження. Проаналізувати та порівняти перебіг післяопераційного періоду у пацієнтів після натяжної, ненатяжної та лапароскопічної герніопластики при пахових грижах.

Матеріали і методи. Дослідження включало 30 пацієнтів із паховими грижами без тяжкої супутньої патології. Хворих розподілено на три групи:

- група I (10 осіб): відкрита натяжна герніопластика;
- група II (10 осіб): відкрита ненатяжна герніопластика з використанням сітчастого імпланту;
- група III (10 осіб): лапароскопічна герніопластика.

Оцінювання проводили за такими критеріями:

- інтенсивність больового синдрому (за візуально-аналоговою шкалою);
- час відновлення самостійної рухової активності;
- тривалість перебування у стаціонарі;
- частота ранніх післяопераційних ускладнень (сероми, гематоми, інфекції, рецидиви на ранньому етапі).

Результати. Найбільш виражений больовий синдром спостерігався у пацієнтів після натяжної герніопластики – у середньому  $6,3 \pm 0,8$  бала за ВАШ. У групі ненатяжної пластики цей показник був нижчим –  $4,1 \pm 0,6$  бала, тоді як після лапароскопічного втручання –  $2,9 \pm 0,5$  бала. Активізація пацієнтів після лапароскопічної операції

відбувалася вже через 6-8 годин, після ненатяжної герніопластики – через 12-18 годин, а після натяжної – не раніше ніж через 24 години.

Середня тривалість госпіталізації становила:

- $6,2 \pm 1,3$  доби у групі натяжної герніопластики;
- $4,3 \pm 1,0$  доби у групі ненатяжної пластики;
- $2,7 \pm 0,8$  доби у групі лапароскопії.

Післяопераційні ускладнення частіше реєструвалися після натяжної пластики (сероми, нагноєння рани). У групі ненатяжної герніопластики ускладнення мали поодинокий характер, переважно у вигляді сером. Найменша кількість ускладнень відзначена після лапароскопічного втручання.

Висновки. Лапароскопічна герніопластика демонструє найкращі результати у післяопераційному періоді, забезпечуючи мінімальний больовий синдром, швидке відновлення активності та короткий термін госпіталізації. Ненатяжна відкрита герніопластика є ефективною альтернативою з добрим балансом між безпекою та доступністю. Натяжні методи супроводжуються більш вираженою травматизацією та тривалішим відновленням, тому їх застосування доцільне обмежувати. Вибір методу оперативного лікування повинен враховувати індивідуальні особливості пацієнта, клінічну ситуацію та технічні можливості закладу охорони здоров'я.

## ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЖИМУ ВИКОРИСТАННЯ ГОЛЬМІЄВОГО ЛАЗЕРА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ СЕЧОВОДУ ТА СТРУКТУРИ КОНКРЕМЕНТУ ПРИ РЕТРОГРАДНІЙ КОНТАКТНІЙ ЛІТОТРИПСІЇ Молдавчук Я.

Науковий керівник: доцент Іващенко Д.М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Конкременти нирок досі являють собою значну проблему сечокам'яної хвороби. Особливості їх розташування, різноманітна структура створюють труднощі в стандартизації оперативних підходів до лікування і вимагає прийняття персоніфікованих інтраопераційних рішень. Літотрипсія гольмієвим лазером може відбуватися в різних режимах та різною енергією, але чіткий алгоритм не розроблений.

Мета. Дослідити та визначити алгоритм прогнозування режиму роботи гольмієвого лазера при виконанні інтраренальної контактної літотрипсії.

Матеріали і методи. Дослідження включало 28 пацієнтів з наявними конкрементами нирок, розміром 0,8-2,0 см. Усім пацієнтам попередньо був встановлений сечовідний стент для релаксації сечоводу. Також була визначена середня щільність конкременту згідно з комп'ютерною томограмою. Усім виконували оперативне втручання – ретроградну інтраренальну контактну літотрипсію за допомогою гнучкого нефроскопа (RIRS), при якій оцінювали прохідність сечоводу для кожуха. Визначали оптимальний режим роботи гольмієвого лазера (dusting/fragmentation), потужність та необхідність у зміні режимів в процесі операції.

Результати. Гольмієвий лазер працює у двох основних режимах: dusting – при необхідності дроблення конкременту без його розсіпання на великі фрагменти; fragmentation – для більш швидкої деструкції з утворенням шматочків. Основний енергетичний параметр – потужність випромінювання у Дж. Вибір потужності залежав від щільності конкременту. Середня щільність становила  $925 \pm 123$  НУ. При щільності  $\leq 700$  НУ, рекомендуємо використовувати потужність 1,5-2,0 Дж. При щільності  $> 700$  НУ рекомендується 2,1-3,0 Дж. У 19 пацієнтів (67,8%) конкременти були нерівномірної щільності (м'якша зовнішня оболонка та тверде ядро різної структури), що потребувало динамічної зміни енергетичних режимів. При виконанні операцій у 8 пацієнтів (28,5%), через звивистість та запальних змін сечоводу не вдалося провести кожух до нирки. Таким пацієнтам ми рекомендуємо проводити дроблення конкременту в режимі тільки dusting, адже можливість літоекстракції фрагментів буде обмежена складним заходом в нирку та може призвести до ускладнень. У пацієнтів (20-71,5%), у яких кожух проводився в нирку – режим вибирався в залежності від щільності. При щільності  $\leq 600$  – рекомендуємо режим dusting, при щільності  $> 600$  – режим fragmentation з подальшою літоекстракцією дрібних уламків. При нерівномірній щільності конкременту – використовувати зміну режимів в процесі втручання.

Висновки. Вибір методу дроблення конкременту для більш швидкого досягнення режиму stone-free, залежить від режиму використання лазера та його енергетичних налаштувань. Використання нашого алгоритму забезпечує стандартизацію підходів до проведення операцій і покращує їх результативність.

## ІНФІКУВАННЯ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Мягкохліб А., Костенко Л.

Науковий керівник: доцент Вородюхіна А.К.

Кафедра внутрішньої медицини №3 з фтизіатрією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Незважаючи на значні досягнення в діагностиці, лікуванні та профілактиці туберкульозу (ТБ), це захворювання залишається однією з провідних інфекційних хвороб у світі, що характеризується високими показниками поширеності та смертності. Лікарі-інтерни під час навчання перебувають у постійному контакті з різними пацієнтами, які ще не мають встановленого діагнозу. ТБ вражає всі системи й органи людини, не має специфічних клінічних проявів, тому часто обстеження й лікування цих пацієнтів починається в закладах загально-лікарняної мережі. Це зумовлює ризик інфікування МБТ (*Mycobacterium tuberculosis*) медичного персоналу. Виявлення інфікування МБТ, тобто латентної туберкульозної інфекції (ЛТІ), має важливе значення для оцінки епідемічної ситуації та планування профілактичних заходів.

Мета. Визначити частоту ЛТІ у лікарів-інтернів та прогнозувати можливі наслідки та профілактичні заходи.

Методи дослідження. Обстежено 42 лікарів-інтернів 1-го та 2-го року навчання з фаху внутрішні хвороби та сімейна медицина. Для діагностики ЛТІ використовували туберкулінову шкірну пробу (ТШП) (наказ МОЗ України від 19.01.2023 №102 «Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз») – це внутрішньошкірна туберкулінова проба Манту, доза – 0,1 мл – 2 ТО (туберкулінові одиниці), PPD (Purified Protein Derivate) (RT 23 SSI), оцінка результатів проводилася через 72 години за стандартними критеріями. Статистичну обробку проводили методами описової статистики.

Основні результати. У дослідженні взяли участь 42 лікарі-інтерни віком від 24 до 30 років. Серед обстежених переважали жінки – 33 особи (78,6%), чоловіки становили 9 осіб (21,4%). Усі учасники були вакциновані вакциною BCG (бацила Кальметта-Герена) при народженні, у 41 особи (97,6%) наявний поствакцинальний рубець; у минулому не хворіли на ТБ та не мали ЛТІ. За результатами внутрішньошкірної проби Манту позитивна реакція ( $\geq 5$  мм) виявлена

у 29 осіб (69,05%), негативна – у 11 (26,2%), сумнівна (3 мм) – у 2 (4,76%). Частота позитивних результатів достовірно перевищувала негативні ( $p < 0,05$ ), що свідчить про високу частоту позитивної туберкулінової проби в досліджуваній групі.

Висновки. Високий відсоток лікарів-інтернів (69,05%) мають ЛТІ, тобто інфіковані МБТ. Це є підтвердженням того, що захворювання на ТБ на сьогодні залишається загрозливою і розповсюдженою інфекцією, адже джерелом зараження є хвора людина з відкритою формою. Латентна туберкульозна інфекція – це стан персистенції МБТ в організмі без клінічних проявів із можливістю ендогенної реактивації за умов зниження імунної резистентності. Отримані дані обґрунтовують доцільність систематичного скринінгу медичних працівників, дотримання профілактичних заходів та інфекційного контролю для попередження розвитку ЛТІ.

## МУЛЬТИМОДАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ

Нагорний О., Тишковська Т., Сірук Я.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема оптимального анестезіологічного захисту пацієнта, особливо при кесаревому розтині, як і раніше, залишається одним із актуальних завдань акушерської анестезіології. У зв'язку з цим нейроаксіальна анестезія, як і раніше, залишається методом вибору при абдомінальному родорозрешенні. Однак, забезпечуючи повноцінний захист пацієнта під час кесаревого розтину, вона не створює достатньої аналгезії в післяопераційному періоді. Нині мультимодальний захист пацієнта в періопераційному періоді посідає дедалі міцніші позиції у практичній анестезіології та реаніматології.

Мета дослідження. Вивчити можливість використання Інфулгану для періопераційної аналгезії, його переносимість та безпеку при акушерських операціях.

Матеріали та методи дослідження. У клінічній практиці для оцінки болю використовується візуально-аналогова шкала (ВАШ), за якою пацієнт оцінює свої больові відчуття від 0 до 10 балів. Оцінку інтенсивності болю проводили у стані спокою та при активізації (кашель, дихальна гімнастика тощо) хворих. Центральну гемодинаміку оцінювали методом ехокардіографічного дослідження. Серцевий ритм

– методом кардіоінтервалографії. Новонароджених оцінювали за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хв. У структурі екстрагенітальної патології переважала хронічна анемія різного ступеня тяжкості – у 75 (77,3%), ожиріння II ст. – у 45, III – у 18 та IV – у 5 пацієнток. Тривалість оперативного втручання коливалася в межах від 30 до 72 хв. Дослідження проводили у II групах. I групу склали 10 пацієнток, яким випереджальну аналгезію не проводили. У II групі (10) як випереджальну аналгезію за 15-20 хв. до операції в/в вводили Інфулган протягом 15 хв. У післяопераційному періоді знеболювання здійснювали Інфулганом.

Результати дослідження. Новонароджених за шкалою Апгар у I групі оцінювали у  $7,9 \pm 0,1$  бала та  $9,80 \pm 0,08$  бала, у II групі – відповідно у  $8,20 \pm 0,11$  та  $9,78 \pm 0,10$ . У I групі післяопераційний біль виникав одразу після закінчення сенсорно-моторного блоку на  $235,5 \pm 3,1$  хв, у II групі тільки на  $394,7 \pm 2,4$  хв. та відповідав  $5,60 \pm 0,16$  бала при кашлі в I групі й  $2,80 \pm 0,14$  – у II групі, причому в I групі – з тенденцією до наростання. Через 30 хвилин (II) після внутрішньовенної інфузії Інфулгану в I групі відзначали зменшення інтенсивності болю до  $4,80 \pm 0,12$ , тоді як у II групі – до  $1,50 \pm 0,12$  ( $P < 0,05$ ) щодо вихідного рівня (I). На III етапі дослідження інтенсивність болю за ВАШ у I групі зменшилася в 1,4 раза щодо вихідних показників і мала характер помірної, у II вона становила  $1,70 \pm 0,13$  ( $P < 0,05$ ). Порівняльна оцінка інтенсивності болю в досліджуваних групах показала, що в II групі, де проводилася випереджальна аналгезія, вона була достовірно нижчою порівняно з групою контролю на всіх етапах дослідження.

Висновки. Інфулган високоєфективний при використанні його у випереджальній аналгезії, післяопераційний біль виникає через 6,5 годин (у групі контролю – через 3,9 години). Випереджальна аналгезія виключає можливість використання наркотичних анальгетиків у післяопераційному періоді без шкоди для якості знеболювання; виключає ризик розвитку депресії зовнішнього дихання у пацієнтів із високим ризиком ускладнень, забезпечує вегетативну стабільність у ранньому післяопераційному періоді, оптимальне функціонування фізіологічних систем за участю мінімальної активності центральних механізмів управління.

## ПОКАЗНИКИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Нестеренко В., Гаманко Н., Спірідонова Є., Хвалько К.

Науковий керівник: доцент Іваницький І.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема остеопоротичних переломів у жінок похилого віку з метаболічним синдромом (МС) є однією з найбільш складних та актуальних у сучасній геріатрії та ендокринології. Це обумовлено «подвійним ударом» по кістковій тканині: віковою деградацією та метаболічними порушеннями. У постменопаузальному періоді дефіцит естрогенів стає пусковим механізмом для системного остеопорозу. Переломи проксимального відділу стегна у похилому віці призводять до втрати здатності до самообслуговування у 50% пацієнток, а смертність протягом першого року після травми сягає 20-30%. Стандартна двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія (DEXA) часто дає хибнопозитивні результати (завищує щільність) у пацієнток з ожирінням. Це призводить до недооцінки ризику: жінка офіційно не має остеопорозу за Т-критерієм, але має надзвичайно високий ризик перелому.

Мета. Дослідити особливості стану кісткової тканини та оцінити ризик остеопоротичних переломів у жінок у постменопаузі з ожирінням та метаболічним синдромом.

Методи дослідження. Нами було проведено дослідження 65 жінок із середнім віком  $62,2 \pm 5,86$  років в постменопаузі (середня тривалість –  $13,44 \pm 3,44$  роки). Середня маса тіла становила  $89,8 \pm 14,2$  кг, ІМТ –  $31,2 \pm 0,5$  кг/м<sup>2</sup>. Для оцінки стану кісткової тканини використовувалася DEXA.

Основні результати. Дослідження підтвердило пряму позитивну кореляцію між масою тіла та МЩКТ. Жінки з надмірною вагою демонструють кращі кількісні показники щільності кісток. Показники МЩКТ були вірогідно вищими в усіх ділянках скелета (поперековий відділ хребта, шийка стегна, вертлюг, променева кістка) у пацієнток з ожирінням та МС порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). У групі з невертебральними переломами (НВП) показники МЩКТ були вірогідно нижчими на рівні хребта, вертлюга та ультрадистального відділу променевої кістки порівняно з групою без переломів. Найвищий відсоток вертебральних переломів зафіксовано у підгрупі з метаболічним синдромом (13,7%). Це майже вдвічі більше, ніж у

підгрупі з ізольованим ожирінням (7%). Найвища частота НВП спостерігалася у контрольній групі (34%), проте показники у групах МС (32%) та ОЖ (28%) залишаються високими. Найбільша частка осіб без переломів в анамнезі виявлена у підгрупі з ізольованим ожирінням (65%). Аналіз ліпидограми підтвердив системні порушення, характерні для метаболічного синдрому, що можуть опосередковано впливати на стан кісток.

Висновок. Таким чином, високі показники мінеральної щільності кісткової тканини у жінок з ожирінням та метаболічним синдромом не знижують вірогідність виникнення низькоенергетичних переломів, а наявність МС значно погіршує прогноз щодо вертебральних переломів порівняно зі звичайним ожирінням.

## ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ ТА ПАРЕНТЕРАЛЬНІ ГЕПАТИТИ В УКРАЇНІ: ТРАНСФОРМАЦІЯ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Пацьора Т., Лукавенко О., Дерюга А.

Наукові керівники: доцент Прийменко Н. О., доцент Марченко О. Г.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В умовах війни в Україні інфекційні захворювання, поряд із травмами, становлять одну з провідних загроз громадському здоров'ю. Масова міграція, порушення доступу до медичної допомоги, зниження охоплення профілактичними програмами, зростання кількості травм і парентеральних втручань, підвищують ризик поширення ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В і С (ВГВ і ВГС).

Мета. Оцінити вплив воєнного стану на поширення ВІЛ-інфекції та ВГВ і ВГС з метою оптимізації епідеміологічного нагляду, удосконалення профілактичних заходів і підвищення ефективності ранньої діагностики.

Методи дослідження. Ретроспективно проаналізовано захворюваність на ВІЛ-інфекцію та ВГВ і ВГС (2019-2025 рр.) за офіційними національними та регіональними даними з оцінкою демографічних характеристик і факторів ризику.

Основні результати. Показники захворюваності на ВІЛ у 2019-2025 рр. мали тенденцію до зниження як в Україні (42,5 у 2019 і 19,6 у 2025 р. на 100 тис. населення), так і в Полтавській області (29,9 у 2019 р. і 21,5 у 2025 р. на 100 тис. населення). Визначалося зростання обсягів тестування на ВІЛ у 2024 р. порівняно з 2022 р.: в Україні – у

1,5 разу, у Полтавській області – у 2,2 разу, що, ймовірно, пов'язано з обстеженням мобілізованого населення. Проте частка позитивних результатів серед обстежених знизилася через недостатнє охоплення груп високого ризику. Відмічалось зростання частоти випадків пізньої презентації ВІЛ-інфекції в Україні – з 48% у 2020 році до 65% у 2024 році. Разом з тим, після зниження під час пандемії COVID-19 (2020-2022 рр.) захворюваності на ВГВ і ВГС, вона стрімко зросла з початком війни: в Україні – у 1,8 і 1,9 разу відповідно (ВГВ – 2,72 у 2022 р.; 4,92 у 2025 р. на 100 тис. населення; ВГС – 9,59 у 2022 р.; 18,71 у 2025 р. на 100 тис. населення), у Полтавській області – у 2,4 і 2,6 разу відповідно (ВГВ – 4,69 у 2022 р. і 11,16 у 2025 р.; ВГС – 18,65 у 2022 р. і 48,57 у 2025 р. на 100 тис. населення). При аналізі демографічних характеристик та чинників ризику інфікування ВІЛ, ВГВ і ВГС встановлено, що більшість інфікованих – особи молодого віку, переважно чоловіки, третина з яких є військовослужбовцями. Основними факторами ризику інфікування більшість опитаних вказували парентеральні маніпуляції впродовж останніх трьох років; третина мали більше двох факторів одночасно та дізналися про інфікування впродовж року.

Висновки. Воєнний стан трансформує епідемічну ситуацію в Україні щодо парентеральних інфекцій, сприяючи зростанню захворюваності на ВГВ і ВГС і прихованому перебігу епідемії ВІЛ-інфекції. Ключовими чинниками впливу на динаміку поширення ВІЛ-інфекції та ВГВ і ВГС в Україні є міграційні процеси, зміни у структурі тестування з недостатнім охопленням груп ризику та збільшення кількості парентеральних втручань у військових.

## ТЕРАПІЯ ГІДРАДЕНІТУ: АКТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ТА СТРАТЕГІЇ ЗАПОБІГАННЯ РЕЦИДИВАМ

Перерва В.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венерологічних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Гідраденіт, відомий також як інверсне акне, належить до хронічних запальних дерматозів із рецидивуючим перебігом. Патологічний процес уражає переважно ділянки шкіри, багаті на апокринові потові залози та волосяні фолікули, зокрема пахвові та пахові зони, периареолярну і аногенітальну ділянки. Клінічно захворювання

проявляється формуванням болючих вузлів, інфільтратів, свищевих ходів і рубцевих змін, що суттєво впливає на повсякденну активність пацієнтів і їх психоемоційний стан.

**Мета дослідження.** Проаналізувати результативність різних терапевтичних схем при гідраденіті легкого та середнього ступеня, а також визначити значення профілактичних заходів у зниженні частоти загострень.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 30 пацієнтів віком 20-45 років (17 жінок і 13 чоловіків), у яких діагностовано гідраденіт I-II стадії відповідно до класифікації Hurley. Залежно від обраної тактики лікування всі учасники були розподілені на три групи.

I група отримувала системну антибактеріальну терапію (доксациклін 100 мг на добу протягом двох тижнів) у поєднанні з місцевою антисептичною обробкою (0,05% хлоргексидин). У II групі застосовували виключно локальне лікування: кліндаміцин 1% двічі на добу разом із тепловими компресами. Третя група отримувала комплексне лікування, що включало системний доксициклін (100 мг/добу, 14 днів), місцевий кліндаміцин, регулярне використання антисептичних засобів для гігієни, а також рекомендації щодо зміни способу життя (зниження маси тіла та мінімізація механічного подразнення шкіри). Ефективність терапії оцінювали за кількома критеріями: інтенсивність больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою, динаміка запальних елементів та частота рецидивів упродовж тримісячного періоду спостереження.

**Результати.** Найбільш виражений клінічний ефект спостерігався у пацієнтів, які отримували комбіноване лікування: покращення відзначено у 87% випадків. Для порівняння, у групі системної терапії цей показник становив 70%, а при використанні лише місцевих засобів – 63%. Аналіз частоти рецидивів показав аналогічну тенденцію: через 3 місяці після завершення лікування загострення виникали у 13% пацієнтів третьої групи, тоді як у першій та другій групах – у 26% і 32% відповідно.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про доцільність застосування багатокомпонентних схем лікування при гідраденіті початкових стадій. Поєднання системних антибіотиків тетрациклінового ряду з місцевими засобами та корекцією способу життя забезпечує більш стабільний клінічний ефект і знижує ризик повторних загострень. Комплексний підхід і активне залучення пацієнта до процесу догляду сприяють досягненню стійкої ремісії та покращенню якості життя.

## БРОНХОЛЕГЕНЕВА ДИСПЛАЗІЯ: ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ

Пивоваренко А., Кезіна А., Перепьолка М.

Науковий керівник: професор Крючко Т.О.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У зв'язку зі зростанням виживаності глибоко недоношених новонароджених проблема бронхолегеневої дисплазії (БЛД) набуває особливого значення у сучасній педіатрії. За даними літератури, БЛД розвивається у 15-40% дітей із дуже низькою масою тіла при народженні, а серед дітей із гестаційним віком <28 тижнів – до 50-60%. Формування БЛД пов'язане з незрілістю легеневої тканини та необхідністю проведення тривалої респіраторної підтримки. У подальшому такі діти мають підвищений ризик розвитку хронічної респіраторної патології, зокрема бронхіальної астми, що обумовлено персистуючими структурними та функціональними змінами легень. Вивчення віддалених наслідків БЛД, зокрема особливостей перебігу бронхіальної астми, є важливим для оптимізації діагностики, лікування та тривалого спостереження цієї категорії пацієнтів.

Мета. Оцінка перебігу бронхіальної астми у дітей із бронхолегеневою дисплазією в анамнезі.

Методи дослідження. Було проведено ретроспективний аналіз 450 амбулаторних карт педіатричних пацієнтів віком 5-17 років, з діагнозом бронхіальна астма, які перебували під наглядом в педіатричному відділенні ЦСПД КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

Основні результати. Аналіз клініко-анамнестичних характеристик обстеженої когорти пацієнтів продемонстрував, що у 15% дітей в анамнезі була наявна бронхолегенева дисплазія. 78% дітей з бронхолегеневою дисплазією потребували тривалої кисневої терапії (більше 34 днів), 22% дітей мали критичний гестаційний вік – 28 тижнів. Бронхіальна астма у дітей, які мали в анамнезі бронхолегеневу дисплазію, характеризувалася персистуючим, неконтрольованим перебігом. Крім того, в даній групі пацієнтів спостерігався вищий відсоток коморбідної патології: алергічний риніт – у 75% пацієнтів, атопічний дерматит – у 25%.

Висновки. Отримані результати підтвердили, що бронхолегенева дисплазія являється фактором ризику розвитку хронічної респіраторної патології, в тому числі бронхіальної астми з персистуючим, неконтрольованим перебігом в дитячому віці.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДИК ГЕМОСТАЗУ ПРИ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧАХ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ПАЦІЄНТІВ З ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВОЮ ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Присяжний Д.

Науковий керівник: асистент Шевчук М.П.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Однією з провідних причин смерті за даними ВООЗ є гострі кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу (ВРВС), що розвинулися на тлі портальної гіпертензії циротичного генезу, рецидиви яких запускають механізм «замкненого кола», що значно погіршує прогноз. Високий ризик повторних кровотеч і обмежена ефективність наявних методів лікування зумовлюють необхідність удосконалення підходів до профілактики, ранньої діагностики та терапії цього ускладнення.

**Мета.** Проаналізувати ефективність різних методів гемостазу у пацієнтів, що належать до різних груп печінково-клітинної недостатності за класифікацією Child-Pugh, враховуючи тяжкість кровотрати. Порівняти отримані дані із статистикою ВООЗ.

**Методи дослідження.** Матеріали роботи складені за даними ретроспективного дослідження історій хвороб пацієнтів з цирозом печінки, що лікувалися у КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» у 2024-2026 рр.

**Результати.** Результати 30 пацієнтів, що надійшли за 2024-2026 роки були розподілені на 3 підгрупи за класифікацією Child-Pugh (А – 20,7%, В – 58,2%, С – 21,1%), а також за тяжкістю кровотрати (важка – 39,0%, середня – 51,2%, легка – 9,8%). У підгрупі А: 27% пацієнтів надійшли з тяжкою кровотратою, 58% – із середньою, 15% – із легкою; у підгрупі В: 28,4% – важка кровотрата, 54,5% – середня, 17,1% – легка; у підгрупі С: 65,3% – важка кровотрата, 25,2% – середня, 9,5% – легка. Зупинка кровотечі методом ендоскопічного лікування виконали у 17 пацієнтів (56,7%), постановка зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора використовувалася для 13 пацієнта (43,3%). Середня тривалість лікування – 9,6 дня (при постановці зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора – 8,8 дня, при кліпуванні – 8,4 дні). Кількість рецидивів – 1 (7,7% від, групи пацієнтів, яким встановлювали зонд Блекмора), кількість смертей – 1 (3,3% від загальної кількості тих, що надійшли).

Висновки. За даними роботи КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» у 2024-2026 рр. серед пацієнтів даної категорії летальний випадок спостерігався у одного пацієнта (7,7%), кількість рецидивів на момент перебування у стаціонарі – 7,7% випадків, що свідчить про ефективність використовуваних методів лікування. Виявлено зростання тяжкості крововтрати при гострій кровотечі з ВРВС зі збільшенням ступеня печінково-клітинної недостатності. Ефективність лікування пацієнтів, яким було встановлено обтуратор Сенгстакена-Блекмора становило 92,3%. Ендоскопічне лікування було ефективне в 100%, не дивлячись на те, що у даних пацієнтів, як правило, крововтрата була середнього та важкого ступеня, а ступінь печінково-клітинної недостатності – В і С за класифікацією Child-Pugh.

## ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ PENG-БЛОКУ З БЛОКАДОЮ ЛАТЕРАЛЬНОГО ШКІРНОГО НЕРВА СТЕГНА ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

П'ятибратов О., Сенько А., Кузьменко М.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. На сьогодні поширеною ортопедичною операцією є тотальне ендопротезування кульшового суглоба (ТЕКС). Дана операція залишається складною для виконання регіонарної анальгезії, зважаючи на складну іннервацію та бажання зберегти рухи в кінцівці для прискореного післяопераційного відновлення. У 2022 році запропоновано блокаду перикапсулярної групи нервів (PENG-блок), яка відповідає необхідним вимогам для післяопераційної анальгезії. Найчастіше при ТЕКС розріз шкіри локалізується на латеральній поверхні стегна, яка інервується латеральним шкірним нервом стегна (ЛШНС). У зв'язку з цим деякими дослідниками було запропоновано комбінувати блокаду перикапсулярної групи нервів із блокадою ЛШНС для забезпечення кращого анальгезуючого ефекту.

Мета: оцінити анальгетичні можливості застосування PENG-блоку в комбінації з блокадою латерального шкірного нерва стегна у пацієнтів при тотальному ендопротезуванні кульшового суглоба.

Матеріали та методи. У проспективному дослідженні взяли участь 14 пацієнти, госпіталізовані до травматологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» для виконання ТЕКС у період із липня 2024 року по лютий 2026 року. Усі пацієнти були розділені на 2 групи: I група – комбінація PENG-блоку та блокади ЛШНС під ультразвуковою навігацією (7); II група – контроль (7). Було введено 25 мл 0,375% розчину ропівакаїну з додаванням адреналіну в розведенні 1 : 200,000 (20 мл суміші для PENG-блоку та 5 мл для блокади ЛШНС). Для посилення анальгетичних властивостей регіонарної анальгезії пацієнтам після виконання блокади вводилося внутрішньовенно 8 мг дексаметазону. Операція виконувалася в умовах спінальної анестезії ізобаричним 0,5% розчином бупівакаїну. У пацієнтів оцінювали інтенсивність болю за цифровою рейтинговою шкалою (ЦРШ) у спокої та при русі через 2, 4, 6, 8 та 24 години після операції, час потреби в першій дозі опіоїдного анальгетика та загальну потребу в 1-шу добу після операції, якість відновлення після анестезії (за опитувальником QoR-15). Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Statistica (версія 12). Статистично значущими вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

Результати та їх обговорення. Поєднання PENG-блоку з блокадою ЛШНС призвело до зменшення вираженості болю в спокої та при русі за ЦРШ через 2-8 годин після операції порівняно з контрольною групою ( $p < 0,001$ ). Крім того, інтенсивність болю через 24 години після операції відрізнялася між групами у спокої ( $p = 0,0173$ ), але не при русі ( $p = 0,0627$ ). Пацієнти I групи пізніше потребували першої дози промедолу (6 [0; 8] годин проти 3,5 [2,5; 4] години,  $p = 0,0007$ ). У 1-шу добу після операції сумарна потреба в опіоїдному анальгетику була меншою у пацієнтів у I групі (20 [0; 20] мг проти 60 [60; 60] мг,  $p < 0,001$ ), ніж у II групі. Пацієнти I групи були більш задоволені якістю відновлення після анестезії за опитувальником QoR-15 ( $126,05 \pm 16,1$  бала проти  $115,51 \pm 16,83$  бала,  $p = 0,0075$ ) порівняно з групою контролю.

Висновки. Застосування PENG-блоку в комбінації з блокадою латерального шкірного нерва стегна під ультразвуковим контролем забезпечує достатній рівень анальгезії та підвищує якість відновлення пацієнтів після анестезії (за опитувальником QoR-15) у першу добу після ТЕКС.

## ХІРУРГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ

Савченко Ю., Сичевська А.

Науковий керівник: професор Ксьонз І.В.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Незважаючи на те, що захворювання підшлункової залози у дітей трапляються рідше, ніж у дорослих, останні десятиліття демонструють стабільне зростання їхньої частоти, що підкреслює клінічну значущість цієї проблеми та потребу в удосконаленні діагностичних і терапевтичних підходів.

Мета дослідження. Аналіз поширеності та структури хірургічної патології підшлункової залози у дітей.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 57 випадків патології підшлункової залози у хворих, що перебували на лікуванні в хірургічному відділенні КП «Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» у період з 2005 по 2025 рік. Вік дітей – від 1 до 18 років; найбільша кількість випадків зареєстрована у підлітковому віці (11-15 років) – 14 спостережень (46,7%). За етіологічною структурою виявлено: 31 випадок (54,4%) первинного панкреатиту, 9 випадків (15,8%) травматичних ушкоджень, 8 випадків (14,0%) новоутворень (кістозні утворення – 6 випадків, карциноїдна пухлина та пухлина Франца – по 1 випадку), 6 випадків (10,5%) патології, асоційованої з жовчнокам'яною хворобою, та 3 випадки (5,3%) хронічного панкреатиту.

Результати. Порівняльний аналіз структури патології підшлункової залози за два десятиліття (2005-2015 та 2015-2025 рр.) виявив суттєві кількісні та якісні зміни. Загальна кількість випадків зросла з 9 до 48, що відповідає збільшенню у 5,3 рази і свідчить про зростання частоти виявлення цієї патології. У структурі захворюваності зафіксована достовірна зміна провідної нозології: якщо у 2005-2015 роках домінували травматичні ушкодження підшлункової залози (55,6%), то у 2015-2025 роках на перше місце вийшов первинний панкреатит (60,4%), частота якого зросла у 14,5 рази (з 2 до 29 випадків). Водночас питома вага травм зменшилася до 8,3%. Встановлено також зростання кількості випадків новоутворень (з 1 до 7) та патології, асоційованої з жовчнокам'яною хворобою (з 1 до 5 випадків), що може бути пов'язано з удосконаленням діагностичних можливостей та підвищенням онконастороженості. У другому аналізованому періоді вперше зареєстровано випадки хронічного панкреатиту (6,3% структури).

Висновки. За останнє десятиріччя відбулася трансформація структури патології підшлункової залози у дітей: від переважання травматичних уражень – до домінування запальних процесів, насамперед первинного панкреатиту. Виявлені тенденції потребують подальшого клініко-епідеміологічного аналізу та оцінки факторів ризику з метою оптимізації діагностично-лікувальних стратегій.

## АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ СУЧАСНОЇ ТЕРАПІЇ

Сафонова А.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Атопічний дерматит (АД) – хронічне рецидивуюче запальне захворювання шкіри мультифакторної природи, у розвитку якого важливу роль відіграють генетичні, імунологічні та екологічні чинники. Захворювання суттєво впливає на якість життя пацієнтів. За останні десятиліття відзначається зростання поширеності АД, особливо серед дітей та молодих осіб. Порушення епідермального бар'єру, хронічне запалення та свербіж значно знижують якість життя пацієнтів, впливаючи на сон, психоемоційний стан та соціальну адаптацію. У зв'язку з цим актуальним є питання оптимізації терапевтичних підходів із урахуванням їх ефективності та безпеки.

Мета дослідження. Оцінити ефективність і безпеку сучасної терапії атопічного дерматиту з використанням шкал SCORAD та EASI.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 30 пацієнтів віком від 5 до 45 років із клінічно підтвердженим атопічним дерматитом різного ступеня тяжкості. Оцінку тяжкості перебігу захворювання проводили за шкалами SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) та EASI (Eczema Area and Severity Index) на початку лікування та через 8 тижнів терапії. Лікувальна схема передбачала комплексний підхід, що включав: базисний догляд із регулярним застосуванням емолієнтів; топічні кортикостероїди залежно від ступеня тяжкості; антигістамінні препарати для контролю свербіжу. Усі пацієнти перебували під динамічним спостереженням із оцінкою клінічних змін та можливих побічних ефектів.

Результати. Після курсу лікування у 85% пацієнтів відзначено значне зменшення основних симптомів (свербіж, еритема, ксероз).

Спостерігалось покращення якості життя, зокрема нормалізація сну та зниження рівня психоемоційного напруження. Середні показники SCORAD знизилися з  $58 \pm 6$  до  $25 \pm 5$  балів, EASI – з  $21 \pm 4$  до  $7 \pm 3$  балів, що відповідає переходу від важкого до легкого ступеня захворювання.

Висновки. Атопічний дерматит має рецидивуючий перебіг, що суттєво шкодить якості життя пацієнтів і вимагає тривалого контролю над прогресуванням хвороби. Застосування стандартизованих вимірювальних систем SCORAD та EASI дозволяє об'єктивно кваліфікувати ступінь тяжкості недуги та ретельно моніторити ефективність призначеного лікування.

Комплексний підхід, який об'єднує базовий догляд та місцеве застосування протизапальних засобів, демонструє виражене клінічне покращення та високий профіль безпеки терапевтичних втручань. Своєчасна діагностика, коректний вибір терапевтичного режиму та неухильне дотримання фахових рекомендацій сприяють досягненню тривалого періоду ремісії та мінімізації ризику повторних загострень.

## ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ НИРКИ У ДІТЕЙ

Сема Р., Біденко Д.

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.М.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пошкодження нирки становить 5-20% від усіх травм живота. Протягом останніх десятиліть тактика лікування травм нирок у дітей змінилася на користь консервативного підходу у гемодинамічно стабільних пацієнтів.

Мета дослідження. Аналіз результатів лікування дітей з травмами нирки різного ступеня.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 60 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні з підтвердженим діагнозом «травма нирки». У 59 випадках мала місце закрыта травма нирки, в 1 випадку – проникаюче поранення. Основними методами візуалізації були УЗД та КТ з контрастуванням. Ступінь пошкодження визначали за класифікацією Американської асоціації хірургії травм (AAST), що передбачає виділення 5 ступенів. Переважну більшість становили пацієнти з травмою нирки I, II та III ступенів (78,3%); 13 пацієнтів (21,7%) мали травму важкого ступеня.

Результати. Сонографічними ознаками травми нирки були: субкапсулярна гематома – 27 (45,7%) випадків, інтрапаренхіматозна гематома – 12 (20,3%), периренальна гематома – 57 (96,6%), розрив паренхіми – 12 (20,3%), вільна рідина в черевній порожнині – 3 (5,1%). За даними КТ виявлено: субкапсулярну гематому – 22 (100,0%) випадки, інтрапаренхіматозну гематому – 20 (90,9%), периренальну гематому – 21 (95,4%), пошкодження сегментарних судин – 4 (18,1%), кортикальний розрив – 12 (54,4%).

Консервативне лікування виявилось ефективним у всіх випадках травм легкого ступеня (I-III). З 13 пацієнтів з травмою тяжкого ступеня у 6 (10,0%) протягом перших 72 годин виникла потреба в хірургічному втручанні; 2 (3,3%) пацієнтам виконано нефректомію. У гемодинамічно стабільних пацієнтів, яким була показана операція, ефективною виявилась тактика відстроченого втручання після зупинки активної кровотечі, що дозволяє обмежити обсяг операції та мінімізувати ризик ускладнень. За останні 20 років лікувальна тактика еволюціонувала від переважно оперативної до стратегії «озброєного вичікування», що розширило можливості консервативного ведення пацієнтів не лише з легким, але й із тяжким ступенем пошкодження нирки.

Висновки. Сучасні методи візуалізації дозволяють мінімізувати або уникнути хірургічного втручання у пацієнтів з травмою нирки. У гемодинамічно стабільних хворих незалежно від ступеня пошкодження пріоритетними є консервативна тактика та відстрочення оперативного лікування. За необхідності хірургічного втручання при периренальних гематомах та урогематомах перевага надається малоінвазивним перкутанним методам дренивання.

## ОСОБЛИВОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ

Сидоренко О., Гук Я., Бедрик М., Бурей А., Лень А., Шешеня А.

Науковий керівник: доц. Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) та її лікування, особливо в людей молодого віку, не тільки медична, але й загальнодержавна проблема. АГ призводить до ішемічних ускладнень і раптової коронарної смерті. Саме тому необхідно шукати оптимальні методи лікування даної патології в осіб молодого віку.

Мета. Вивчення ефективності застосування небівололу та метопрололу в лікуванні АГ у хворих молодого віку.

Методи дослідження. Обстежено 36 хворих із АГ, середній вік яких склав  $34,6 \pm 3,8$  років, із АГ I-II ступеню (АТ –  $160,5 \pm 3,8/100,2 \pm 2,6$  мм рт.ст.).

Під час обстеження хворих спостерігалися напади синусової тахікардії (ЧСС  $96,3 \pm 3,8$  за хв.) після фізичних психоемоційних навантажень. Хворі були розподілені на 3 групи: I група – 12 пацієнтів, яким призначався небіволол – 5 мг на добу; II група – 14 пацієнтів, яким призначався метопролол – 50 мг на добу; III група – 10 пацієнтів, які приймали небіволол – 2,5 мг на добу та метопролол – 25 мг на добу. Період спостережень склав 6 місяців. Обстеження хворих включало: фізикальний огляд, загальноклінічні та біохімічні аналізи, електрокардіографію (ЕКГ), ультразвукове дослідження серця (УЗД), добовий моніторинг АТ (ДМАТ).

Основні результати. У пацієнтів I групи в результаті лікування було виявлено достовірне зниження систолічного артеріального тиску (САТ) на 10,1% ( $158,7 \pm 4,3$  мм рт.ст. до  $142,7 \pm 3,9$  мм рт.ст.  $p < 0,02$ ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на 9,1% ( $100,6 \pm 2,7$  мм рт.ст. до  $91,4 \pm 2,5$  мм рт.ст.  $p < 0,05$ ). Зменшилась частота серцевих скорочень (ЧСС) ( $94,7 \pm 2,9$  за хв. до  $86,1 \pm 3,5$  за хв.  $p < 0,05$ ).

У хворих II групи виявлено достовірне зниження САТ на 13,1% ( $161,4 \pm 4,7$  мм рт.ст. до  $140,2 \pm 3,5$  мм рт.ст.  $p < 0,01$ ), ДАТ на 14,0% ( $104,2 \pm 3,1$  мм рт.ст. до  $89,6 \pm 2,6$  мм рт.ст.  $p < 0,01$ ) та ЧСС на 36,2% ( $98,4$  за хв. до  $62,8 \pm 2,9$  за хв.  $p < 0,02$ ).

У хворих III групи виявлено достовірне зниження САТ на 12,9% ( $159,2 \pm 4,9$  мм рт.ст. до  $138,6 \pm 3,2$  мм рт.ст.  $p < 0,01$ ), ДАТ на 14,3% ( $112,5 \pm 3,7$  мм рт.ст. до  $96,4 \pm 2,8$  мм рт.ст.  $p < 0,01$ ) та ЧСС на 24,7% ( $94,9$  за хв. до  $71,5 \pm 3,6$  за хв.  $p < 0,01$ ).

Висновки. Таким чином, у ході дослідження пацієнтів молодого віку виявлено, що комбінована терапія із застосуванням небівололу й метопрололу дозволяє зменшити дози препаратів і забезпечити достовірний позитивний антигіпертензивний та хронотропний ефекти.

## ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ТАБ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БАГАТОВУЗЛОВИМ ЗОБОМ ІІ СТУПЕНЯ З КОМПРЕСІЙНИМ СИНДРОМОМ

Сидоренко А.

Науковий керівник: доцент Кравців М.І.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Багатовузловий зоб ІІ ступеня часто супроводжується компресійним синдромом і залишається складним для передопераційної діагностики через мультифокальний характер ураження. Обмежена чутливість тонкогolkової аспіраційної біопсії (ТАБ) зумовлює ризик пропуску інцидентальних карцином, що визначає необхідність зіставлення її результатів із післяопераційною гістологією.

Мета. Визначити діагностичну цінність ТАБ шляхом порівняння її результатів із остаточними гістологічними висновками та морфометричними характеристиками тканини щитоподібної залози у пацієнтів із багатовузловим зобом.

Матеріали і методи. Дослідження включало 51 пацієнта з багатовузловим зобом ІІ ступеня та компресійним синдромом, яким у 2024-2026 роках виконано тотальну тиреоїдектомію. Передопераційно проводили УЗД та ТАБ із класифікацією за Bethesda. Біопсійний та післяопераційний матеріали піддавали гістологічному та цифровому морфометричному аналізу (AimImageExaminer). Визначали геометричні параметри тироцитів, ядерно-цитоплазматичні співвідношення та щільність ядер. Статистичну обробку виконували з розрахунком середніх значень і стандартного відхилення.

Результати. За результатами ТАБ переважали доброякісні зміни (Bethesda II) 44 пацієнти (86,2%), тоді як підозрілі (Bethesda III-IV) та злоякісні категорії (Bethesda V-VI) становили 5 (9,8%) та 2 (4%) відповідно. Морфометричний аналіз продемонстрував виражену перебудову тиреоїдного епітелію: тироцити набували призматичної форми з достовірним збільшенням висоти ( $20,87 \pm 1,74$  мкм проти  $5,7 \pm 0,7$  мкм у нормі) та зміною ядерно-цитоплазматичного співвідношення. Переважання клітин із високою транскрипційною активністю (54,6%) та значна частка функціонально активного пулу ( $\approx 88\%$ ) свідчать про гіперфункціональний стан тканини. Післяопераційне гістологічне дослідження виявило доброякісні зміни (Bethesda II) у 42 пацієнтів (82,4%), злоякісні новоутворення (Bethesda V-VI) у 9 пацієнтів (17,6%)

випадків, серед яких домінував папілярний рак, включно з мікрокарциномами. У 7 пацієнтів діагностовано інцидентальний рак, не виявлений при ТАБ, що підтверджує обмежену чутливість методу при мультифокальному ураженні. Отримані результати відповідають літературним даним (10-20%) та підкреслюють діагностичні труднощі у категоріях Bethesda III-IV, так як біопсії піддається лише домінантний вузол, тоді як інші вузли залишаються поза морфологічною оцінкою.

Висновки. ТАБ є важливим методом первинної оцінки, однак при багатовузловому зобі її діагностична цінність обмежена. Висока частота інцидентального раку обґрунтовує доцільність тотальної тиреоїдектомії при компресійному синдромі як оптимального лікувально-діагностичного підходу, що забезпечує остаточну морфологічну верифікацію та виключення прихованої злоякісності.

## ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АРОМАТАЗИ В ЛІКУВАННІ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Собко Л.

Науковий керівник: викладач Курт-Аметова Г.С.

Кафедра фармакології, загальної та клінічної фармації

Дніпровський державний медичний університет

Мета. Визначити ефективність застосування інгібіторів ароматази при лікуванні ендометріозу, а саме їх дія на такі аспекти захворювання: полегшення хронічного тазового болю, регресію ендометріюїдних вогнищ та лікування безпліддя.

Ендометріоз – це хронічне естрогензалежне захворювання, що проявляється хронічним тазовим болем, наявністю ендометріюїдних вогнищ в позаматковому просторі та безпліддям. Основною особливістю вогнищ є здатність самостійно продукувати естроген, який стимулює їх розростання. Щоб розірвати це коло, в лікуванні ендометріозу застосовуються інгібітори ароматази.

Ароматаза – це фермент, що належить до родини цитохрому P450 і експресується в гранульозних клітинах яєчників, головному мозку та фібробластах шкіри. Блокування ароматази дозволяє пригнічити перетворення андрогенів на естрогени у зоні гетеротопій, зменшуючи їх ріст та тазовий біль, який вони викликають. Також інгібітори ароматази (летрозол, анастрозол) ефективно допомагають під час безпліддя, так як при їх застосуванні виникає дефіцит естрогенів, що

активує вироблення фолікулостимулюючого гормону, який призводить до овуляції.

**Висновок.** Інгібітори ароматази є високоефективним інструментом для терапії усіх форм ендометріозу. Вони забезпечують полегшення хронічного тазового болю, повернення репродуктивних здібностей та покращення якості життя пацієнок. Незважаючи на потенційні побічні ефекти (ризик розвитку остеопорозу), правильне поєднання з іншими гормональними засобами робить інгібітори ароматази безпечним засобом для довготривалого контролю захворювання та відкриває нові можливості в консервативній гінекології.

## СОЛІДНА ПСЕВДОПАПІЛЯРНА НЕОПЛАЗІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДИТИНИ

Суський С.

Науковий керівник: професор Ксьонз І.В.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Солідна псевдопапілярна неоплазія (СПН) підшлункової залози (пухлина Франца) є рідкісним новоутворенням у дитячому віці. Незважаючи на низьку поширеність, дана патологія становить значний клінічний інтерес через труднощі ранньої діагностики, неспецифічність клінічної симптоматики та необхідність своєчасного хірургічного лікування. Водночас, незважаючи на потенційну злоякісність, СПН має відносно сприятливий прогноз за умови радикального оперативного втручання, а показники п'ятирічного виживання перевищують 95%. Особливої уваги проблема набуває у дитячій хірургії через відсутність чітких уніфікованих протоколів ведення пацієнтів дитячого віку, складність вибору оптимального обсягу оперативного втручання та необхідність максимально органозберігаючого підходу.

**Мета дослідження.** Демонстрація клінічного випадку СПН великих розмірів у дівчини-підлітка.

**Клінічний випадок.** Дівчина А., 15 років, госпіталізована до хірургічного відділення КП «Дитяча міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» зі скаргами на періодичний біль та дискомфорт у верхніх відділах живота. Супутня патологія відсутня. Об'єктивний огляд відхилень не виявив. При пальпації живота – помірна чутливість у верхніх відділах. Лабораторні показники – без змін. При фіброгастроуденоскопії виявлено екстрагастральну компресію шлунка. При мультиспіральній

комп'ютерній томографії візуалізується чітко відмежоване солідно-кістозне утворення тіла та хвоста підшлункової залози розміром 90×85 мм, без ознак метастатичного ураження, з гетерогенним накопиченням контрасту, селезінкові судини зміщені, але прохідні. Було прийнято рішення про оперативне лікування – лапароскопічне видалення утворення за допомогою Warsaw Technique, що включало 3 етапи: I етап – мобілізація тіла та хвоста підшлункової залози лапароскопічно; II етап – перетин селезінкової артерії та вени зі збереженням коротких шлункових артерій та III – резекція утворення – паренхіма пересічена лінійним степлером 45 мм. Дренаж у ложі хвоста підшлункової залози. У післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось. Термін госпіталізації склав 7 днів.

Висновки. Клінічний випадок демонструє типові клініко-морфологічні ознаки СПН у підлітка з індолентним сприятливим перебігом. Розмір пухлини не є показником агресивності за відсутності судинної інвазії та метастазів. Лапароскопічна дистальна панкреатектомія зі збереженням селезінки є онкологічно адекватною та органозберігаючою тактикою.

## МОТИВАЦІЙНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У КОМБАТАНТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ Титюк В., Шилін О.

Науковий керівник: професор Животовська Л.В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

В умовах тривалого воєнного стану питання психічного здоров'я військовослужбовців набуває особливої значущості, оскільки воно виходить за межі суто медико-психологічної проблематики та безпосередньо пов'язане з підтриманням професійної витривалості, боєздатності, збереженням особового складу та успішною соціальною адаптацією після завершення участі в бойових діях. За даними ВООЗ, суїцид залишається однією з вагомих проблем громадського здоров'я у світі – щорічно внаслідок нього помирає понад 720 тисяч осіб, а його детермінанти мають складний багатофакторний характер. У середовищі військовослужбовців ця проблема є особливо актуальною, адже тривале перебування в умовах бойового стресу, постійна психоемоційна напруга, переживання травматичних подій, вимушена розлука з родиною, фізичне та емоційне виснаження можуть підвищувати ризик розвитку кризових психічних станів. У зв'язку з цим актуальність дослідження визначається необхідністю розроблення та впровадження

ефективних міждисциплінарних підходів до профілактики суїцидальної поведінки серед військових, раннього виявлення чинників ризику та забезпечення своєчасної психологічної підтримки.

Метою дослідження було вивчення суїцидальної поведінки у комбатантів. За умов інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології в умовах КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» проведено обстеження 16 пацієнтів віком від 26 до 45 (M=34,2±1,98) років, всі чоловіки, тривалість участі в бойових діях була більше 1 року. За МКХ-10 у 6 осіб діагностовано посттравматичний стресовий розлад (F43.1), у 10 – розлади адаптації (F43.2). Обстеження проводилось із використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження. Рівень негативних психологічних наслідків травматизації визначали за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (Hart V., 1996), оцінку рівня схильності до суїцидальних реакцій проводили за коротким варіантом анкети оцінки суїцидального ризику військовослужбовців (П.І. Юнацкевіч), мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки досліджувалися за методикою діагностики суїцидальних схильностей «Суїцидальна мотивація» (Ю.Р. Вагін).

Усі пацієнти були розподілені на 2 клінічні групи, по 8 осіб кожна, репрезентативні за віком. У першу групу Г1 увійшли особи із стрес-асоційованими розладами та суїцидальними проявами, в другу групу Г2 – без суїцидальних проявів. В Г1 у 5 (62,5%) осіб анамнестично були визначені прояви суїцидальних дій, у 6 (75%) пацієнтів – аутоагресивна поведінка із нанесенням самоушкодження та вживанням психоактивних речовин. За шкалою тривоги, депресії та ПТСР в Г1 середній бал склав 8,75±1,4, в Г2 – 6,88±2,5, без значущої різниці між групами. Рівень суїцидального ризику в Г1 був вище середнього та високий і становив 0,79±0,17 балів, в Г2 – показники були середнього рівня – 0,41±0,2 балів,  $p=0,001$ . Вивчення мотиваційних аспектів суїцидальної поведінки за шкалою «Суїцидальна мотивація» показало значущі відмінності між групами за такими показниками: анемічна мотивація (втрата сенсу життя) – 12,63±2,3 в Г1 та 6,0±3,3 в Г2,  $p<0,001$ , анестетична мотивація – (нестерпність страждання) – 11,75±3,0 та 3,63±3,2 відповідно,  $p<0,001$ , поствітальна мотивація (надія на щось краще після смерті) – 9,0±2,8 та 4,0±4,4,  $p=0,017$ .

Таким чином, отримані результати вказують на те, що ключове значення у формуванні суїцидальних проявів можуть мати не стільки інтенсивність стресу чи тривоги, скільки особливості суб'єктивного переживання життєвої ситуації, відчуття безвиході, смислової спустошеності та внутрішнього виснаження. Це підкреслює необхідність

поглибленої оцінки мотиваційно-сміслової сфери, екзистенційних переживань і ресурсів психологічної підтримки у комбатантів, особливо в умовах тривалого воєнного стану.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДЕБЮТУ ДИFUЗНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБУ У ВИГЛЯДІ ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ

Ткаченко О., Гритченко Л., Кононенко В.

Науковий керівник: професор Дельва М.Ю.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Тиреоїдна офтальмопатія є одним із ранніх клінічних проявів гіпертиреозидизму, зокрема дифузного токсичного зобу. У клінічній практиці перші симптоми захворювання можуть імітувати різноманітну неврологічну патологію (міастенію, краніальні нейропатії, демієлінізуючі захворювання тощо) та проявлятися у вигляді диплопії, порушення окуломоторики, м'язової слабкості. Такі пацієнти нерідко первинно звертаються саме до невролога. Недостатня обізнаність неврологів щодо гіпертиреозидного походження неврологічних розладів може призводити до затримки встановлення правильного діагнозу та, відповідно, подальшого прогресування тиреоїдної офтальмопатії. Своєчасне розпізнавання тиреоїдної офтальмопатії в практиці невролога дозволяє уникнути необґрунтованих обстежень й прискорити направлення пацієнта до ендокринолога для раннього початку патогенетичного лікування.

Мета. Продемонструвати можливість клінічного дебюту дифузного токсичного зобу у вигляді окорухових порушень.

Методи дослідження. Збір скарг, анамнезу, неврологічне обстеження, додаткові методи дослідження (МРТ головного мозку з візуалізацією орбіт).

Клінічний випадок. Пацієнтка, 51 рік, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на вертикальне двоїння в очах при погляді вгору, схуднення на 9 кг за останні 2 місяці, виражену загальну слабкість. Вищенаведені скарги з'явилися поступово протягом останніх 4 місяців. Огляд невролога: двобічний екзофтальм (більш виражений справа), парез погляду вгору справа, парез конвергенції справа. Попередній діагноз: Міастенія гравіс, очна форма клас I за MGFA. Результати додаткових обстежень: антитіла до ацетилхолінових рецепторів (anti-AChR) – <0,40 нмоль/л (норма – 0,40 нмоль/л); ТТГ – 0,09 мкМО/мл,

(норма – 0,4-5,3 мкМО/мл), Т3в – 4,1 пмоль/л (норма – 2,5-3,9 пмоль/л), Т4в – 3,2 нг/дл (норма – 0,5-1,3 нг/дл). МРТ головного мозку з візуалізацією орбіт: дифузне потовщення нижнього прямого м'язу правого ока. Неврологом встановлено клінічний діагноз: Тиреоїдна офтальмопатія у вигляді ураження нижнього прямого м'язу правого ока з помірними окоруховими порушеннями. Пацієнтка направлена до ендокринолога для визначення тактики лікування первинного гіпертиреозидизму з подальшою консультацією невролога через 1 місяць.

Висновок. Тиреоїдна офтальмопатія може дебютувати у вигляді неврологічної симптоматики та імітувати різноманітні захворювання нервової системи. За наявності у пацієнтів диплопії та порушень окуломоторики алгоритм діагностичного пошуку повинен включати дослідження тиреоїдної панелі. Такий міждисциплінарний підхід сприяє ранній діагностиці дифузного токсичного зоба, запобігає прогресуванню тиреоїдної офтальмопатії та підвищує ефективність подальшого лікування.

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ НАКЛАДАННЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА НА ШИЙКУ МАТКИ У ВАГІТНИХ З ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Торубара О., Дячук А.

Науковий керівник: доцент Добровольська Л.М.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Передчасні пологи (ПП) залишаються однією з провідних проблем сучасного акушерства, а істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) є одним із патогенетичних механізмів спонтанного дострокового розродження.

Мета. Оцінити вплив хірургічної корекції ІЦН на особливості перебігу вагітності та пологів у жінок, яким в 16-26 тижнів і 6 днів вагітності на шийку матки накладався шов за Mc.Donald.

Методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз історій вагітності та пологів жінок, які лікувались у КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» протягом 2021-2025 років. Проаналізовані особливості перебігу вагітності, методи та терміни розродження у пацієток після проведення серкляжу шийки матки.

Основні результати. Кількість вагітних із ПЦН протягом 2021-2025 рр. збільшилась у 6 разів, що супроводжувалось зростанням кількості хірургічних втручань, зокрема накладання циркулярного шва на шийку матки за Mc.Donald, як такого, що найбільш фізіологічно поновлює функціональну спроможність шийки матки у вагітної. Своєчасне проведення оперативного втручання на тлі адекватної гестагенної підтримки спрямоване на пролонгування вагітності до досягнення безпечного для дитини гестаційного терміну. Це суттєво покращує показники виживання новонароджених, профілактує їх перинатальну та малюкову захворюваність, попереджає віддалені негативні неонатальні наслідки. У 2025 році було виконано 56 операцій накладання циркулярного шва на шийку матки. Проведено аналіз термінів розродження відповідно до класифікації недоношеності за рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ). Отримані результати показали, що у термінах глибокої недоношеності (28-31<sup>6</sup> тижнів) народились 4 (7,1%) дитини, у термінах помірної недоношеності (32-33<sup>6</sup> тижнів) – 3 (5,4%), пізньої недоношеності (34-36<sup>6</sup> тижнів) – 31 (55,4%), а у термінах ранньої доношеності (37-38<sup>6</sup> тижнів) – 18 (32,1%) дітей.

Висновки. Отриманні результати свідчать про високу ефективність профілактики передчасних пологів у небезпечних термінах шляхом накладання циркулярного шва на шийку матки у вагітних із ПЦН. Своєчасна діагностика та хірургічна корекція сприяють пролонгуванню вагітності, зменшенню частоти передчасних пологів у ранні терміни та зміщенню часу розродження до пізніх термінів недоношеності та ранньої доношеності. Це створює перспективи покращення перинатальних наслідків вагітності, підвищуючі шанси новонароджених на виживання.

## АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА ТА ЇХ ВПЛИВУ НА ШКІРНИЙ МІКРОБІОМ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ ФОРМ

Тютюнник О.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Розацеа – це хронічне запальне захворювання шкіри обличчя поліетіологічного характеру, для якого типовими є стійка гіперемія, наявність телеангіектазій, папуло-пустульозні висипання, періодичні

рецидиви та, в окремих випадках, розвиток фіматозних змін. Згідно з сучасними уявленнями, у патогенезі захворювання провідну роль відіграють підвищена реактивність судин, активація механізмів вродженого імунітету, порушення цілісності епідермального бар'єра, а також зміни складу шкірного мікробіому, зокрема збільшення кількості *Demodex folliculorum*.

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність сучасних терапевтичних підходів при розацеа та визначити їх вплив на мікробіом шкіри залежно від клінічної форми захворювання.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 48 пацієнтів віком від 23 до 58 років (17 чоловіків та 31 жінка) з діагностованою розацеа (еритематозна та папуло-пустульозна форми). Учасників було розподілено на дві групи. До основної групи (n=24) увійшли пацієнти, які отримували комбіноване лікування: івермектин 1% один раз на добу, метронідазол 0,75% у вечірній час, а також два сеанси IPL-терапії (інтенсивного імпульсного світла). Контрольна група (n=24) застосовувала азелаїнову кислоту 15% двічі на добу.

Оцінка ефективності проводилась із використанням шкали IGA (Investigator Global Assessment) для визначення тяжкості процесу до та після лікування, індексу CDLQI для аналізу якості життя пацієнтів, а також дерматоскопічного дослідження, що дозволяло оцінити стан судинного малюнка, наявність телеангіектазій і кількість *Demodex folliculorum* (клітини/см<sup>2</sup>) методом поверхневого зішкріба.

Результати. У пацієнтів основної групи вже через 4 тижні лікування відзначалося зниження інтенсивності еритеми на 60% і більше у 79,1% випадків. Кількість папуло-пустульозних елементів зменшилася на 72%. Показник IGA достовірно знизився з  $3,9 \pm 0,7$  до  $1,3 \pm 0,5$  ( $p < 0,01$ ). Індекс якості життя CDLQI покращився на 58%. Водночас спостерігалось значне зменшення щільності *Demodex folliculorum* – з  $14,8 \pm 3,1$  до  $4,9 \pm 1,7$  клітин/см<sup>2</sup>.

Отримані результати корелюють з сучасними тенденціями в дерматології, які свідчать про доцільність застосування комбінованих схем лікування. Поєднання івермектину та метронідазолу забезпечує виражений протизапальний ефект, тоді як IPL-терапія ефективно впливає на судинний компонент захворювання. Зниження кількості *Demodex* у пацієнтів основної групи вказує на позитивний вплив терапії на мікробіом шкіри та паразитарний фактор, що супроводжується більш швидким клінічним покращенням і зменшенням таких симптомів, як печіння, сухість і дискомфорт.

## ПОРІВНЯННЯ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ТА НОРМАЛЬНИМ ТИСКОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КЕСАРІВ РОЗТИН ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ

Харланчук Д., Смутко Д., Редька О.

Науковий керівник: доцент Могильник А.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Спінальна анестезія ускладнює материнську гемодинаміку і може наразити вагітну жінку на небезпечні серцево-судинні ускладнення. Від 7% до 89,2% вагітних жінок можуть страждати від гіпотонії, пов'язаної зі спінальною анестезією (СА).

Мета: порівняти гемодинамічні показники у вагітних жінок із преєклампсією та нормотензією, яким було проведено кесарів розтин під спінальною анестезією.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Перинатальний центр КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Було проведено аналіз медичної документації. Пацієнтки були рандомізовані за віком та характером супутньої патології. Застосовувалися критерії включення та виключення. До експериментальної групи увійшли жінки з систолічним артеріальним тиском (САТ) понад 140 мм рт.ст. і діастолічним артеріальним тиском (ДАТ) понад 90 мм рт.ст., та білком у двох порціях сечі, взятих з інтервалом у 6 годин. До контрольної групи увійшли жінки з нормальним АТ та відсутністю білка в сечі. АТ вимірювали неінвазивно. 30 жінок, які перенесли кесарів розтин і відповідали критеріям включення, були розділені на дві рівнозначні групи: з преєклампсією (група А) і без зміни тиску до пологів (група Б). Жінки з преєклампсією мали статус ASA III та ASA II, усі жінки в групі Б мали ASA II.

Результати та їх обговорення. Середня зміна частоти серцевих скорочень (ЧСС) між двома групами не відрізнялася від початку СА до перших 15 хвилин. Середня зміна ЧСС з 18 до 31 хвилини становила статистично значущу різницю між групами. Дослідження показало, що частка жінок із преєклампсією, у яких розвинулася гіпотонія, склала 47%, тоді як частка жінок групи Б з гіпотонією склала 73% ( $p < 0,05$ ). Після проведення спінальної анестезії САТ, ДАТ та середній артеріальний тиск знизилися в обох групах, але спостерігалось більше відсоткове зниження цих показників у групі Б, і статистично значуща різниця між групами склала  $p < 0,05$ .

Більш високий рівень введення вазопресорів (фенілефрин, норадреналін) був виявлений у групі Б; близько 29% жінок цієї групи приймали вазопресори, і близько 11% – у групі з преєклампсією ( $p=0,024$ ). У групі Б середня тривалість операції була вищою (в середньому 30 хвилин, у групі А – 27). Щодо інтраопераційної інфузійної терапії між групами спостерігалася статистично значуща різниця. Середня інтраопераційна потреба в кристалоїдах у групі А склала 1000 мл, тоді як у групі Б – 1900 мл ( $p=0,001$ ). Очікувана крововтрата в групі А була значно нижчою, в середньому 580,94 мл, а в групі Б – 611,46 мл ( $p<0,05$ ).

Висновки. Дане дослідження показало, що гемодинамічні зміни були нижчими у жінок із преєклампсією. Частка жінок із преєклампсією, у яких розвинулася гіпотонія, склала 47% порівняно з 73% породіль із початково нормальним тиском.

## ВПЛИВ ДОГЛЯДОВИХ ЗАСОБІВ З РЕТИНОЇДАМИ НА БАР'ЄРНІ ФУНКЦІЇ ШКІРИ

Шершнева А.

Науковий керівник: доцент Васильєва К.В

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Ретиноїди широко застосовуються в сучасній дерматологічній практиці завдяки їхній здатності нормалізувати процеси диференціації та проліферації кератиноцитів. Проте їхній вплив на бар'єрні властивості шкіри залишається предметом активного наукового обговорення. Використання косметичних засобів із ретиноїдами у догляді може мати як позитивні, так і потенційно подразнювальні ефекти, що вимагає детального вивчення.

Мета дослідження. Оцінити зміни бар'єрних функцій шкіри під впливом регулярного використання доглядових засобів, що містять ретиноїди, та визначити ключові механізми їхнього впливу на стан рогового шару.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 42 добровольці віком 20-35 років із нормальним або комбінованим типом шкіри. Учасників поділено на дві групи: I група – застосування засобу з низькою концентрацією ретиноїдів (ретиналь 0,05%), II група – застосування засобу з помірною концентрацією ретиноїдів (ретинол 0,3%). Тривалість дослідження – 8 тижнів. Оцінювали рівень трансепідермальної втрати

вологи (TEWL), зволоженість шкіри, вираженість подразнення та суб'єктивний комфорт.

Результати. У I групі після 3-4 тижнів використання зафіксовано зниження TEWL у середньому на 12%, що свідчить про покращення бар'єрної функції рогового шару. Також було відмічено збільшення гідратації шкіри на 18% та мінімальні прояви подразнення. У II групі на початкових етапах (1-2 тижні) спостерігалось підвищення TEWL на 8-10% у зв'язку з ретиноїдним дерматитом, однак після 6 тижнів показники знизилися до рівня, близького до вихідного. Гідратація шкіри зросла лише на 6%, а частота подразнення була вищою. Отримані дані свідчать, що низькі концентрації ретиноїдів здатні м'яко стимулювати оновлення епідермісу без істотного порушення його бар'єра, тоді як вищі концентрації викликають короткочасне зниження бар'єрної функції з подальшим відновленням при правильному режимі використання.

Висновки. Доглядові засоби з ретиноїдами чинять значущий вплив на бар'єрні властивості шкіри. Низькі концентрації демонструють сприятливий профіль дії, сприяючи підвищенню гідратації та стабілізації рогового шару. Засоби з вищою концентрацією можуть тимчасово порушувати бар'єр, однак при поступовому введенні та адекватній супутній терапії шкіра ефективно відновлюється. Отже, вибір засобу з ретиноїдами має базуватися на індивідуальних особливостях шкіри та очікуваному терапевтичному ефекті.

## ФЕНОМЕН РЕАБІЛІТАЦІЇ У СВІТОВОМУ МИСТЕЦТВІ: ОСОБЛИВОСТІ ХУДОЖНЬОЇ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ЛЮДИНИ

Шрамко В.

Науковий керівник: Люблінська І.О.

Кафедра фізичної та реабілітаційної медицини

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Стрімка еволюція сучасної системи охорони здоров'я та безпосередньо реабілітаційної галузі, що полягає у розгляді пацієнта крізь призму Міжнародної класифікації функціонування, ставить перед лікарями фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) новий виклик. Окрім клінічних завдань, на спеціалістів покладається достатньо об'ємна та відповідальна просвітницька робота, яка передбачає інтеграцію мультидисциплінарного підходу, трансформацію застарілих

засобів та методів, а також популяризацію асистивних технологій та шляхів відновлення, що за останні часи зазнали кардинальних змін. Це спонукає нас до пошуку нових когнітивних і візуальних інструментів для глибшого розуміння сутності реабілітації суспільством загалом. Аналіз репрезентації процесів відновлення, адаптації та інклюзії в класичному та сучасному образотворчому мистецтві, кіноіндустрії та скульптурі дозволяє не лише простежити історичну ретроспективу ставлення до людини з підвищеними потребами, а й переосмислити «мистецтво реабілітації» крізь призму біопсихосоціальної моделі здоров'я.

**Мета.** Аналіз феномену реабілітації у світовій культурі. Визначення ключових аспектів демонстрації фізичного, психологічного та соціального відновлення людини у витворах мистецтва, актуальність їх застосування у сучасній реабілітації.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети було застосовано системно-аналітичний метод, що дає змогу проаналізувати та структурувати варіанти художньої репрезентації відновної терапії та зіставити їх із сучасними завданнями ФРМ.

**Основні результати.** Аналіз української та світової художньої спадщини дозволяє виділити основні вектори, що вказують на глибокі трансформаційні зміни реабілітаційної галузі, відображені у витворах мистецтва, а також привертають увагу до необхідності розуміння процесів відновлення суспільством, а не лише працівниками сфери охорони здоров'я. Таким чином, ми простежуємо розвиток та вдосконалення інструментів та засобів реабілітації, еволюцію асистивних пристроїв, а також становлення та укріплення біопсихосоціальної моделі у роботі із пацієнтами.

**Висновки.** По сьогоднішній день людство проходить надважливий шлях від пасивного співчуття та відторгнення людини з обмеженими можливостями до активного визнання її як особистості, сили та потенціалу її відновлення. Художня репрезентація цього шляху мотивує та прискорює процес цих змін, демонструючи приклад особистісної свободи та рівності, що повністю корелює з сучасною філософією ФРМ. Аналіз творів мистецтва допомагає краще зрозуміти внутрішній світ пацієнта, етапи його відновлення від прийняття проблеми до повернення в соціум, що значно покращує комунікацію та ефективність роботи членів мультидисциплінарної команди.

## ДАУН-РЕГУЛЯЦІЯ $\beta$ 2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ САЛЬБУТАМОЛУ ТА РОЛЬ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ

Яременко Л.

Науковий керівник: викладач Курт-Аметова Г.С.  
Кафедра фармакології, загальної та клінічної фармації  
Дніпровський державний медичний університет

Мета. Оцінити вплив частого застосування сальбутамолу, спричинену зміну чутливості рецепторів та обґрунтувати доцільність використання сальбутамолу в комбінації з інгаляційними глюкокортикостероїдами.

Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання легень, що супроводжується нападами бронхоспазму, набряку та задухи. Базисна терапія включає в себе застосування кортикостероїдів (для зменшення запалення) та препарати швидкої допомоги для купірування гострих нападів (сальбутамол).

Сальбутамол як швидкий селективний агоніст  $\beta$ 2-адренорецепторів короткої дії широко застосовується пацієнтами, для зняття бронхоконстрикції. Однак його ефективність призвела до зловживання, оскільки хворі використовували засіб майже на постійній основі. З'явилися докази, які пов'язують надмірне використання сальбутамолу зі збільшенням рівню смертності та ризиком загострень у порівнянні з початковими даними. Його частий і неконтрольований прийом сприяє зниженню чутливості рецепторів унаслідок механізмів даун-регуляції та десенситизації, що проявляється розвитком тахіфілаксії та зменшення ефективності лікарського засобу.

Тобто надмірна стимуляція  $\beta$ 2-адренорецепторів ініціює процеси адаптації клітин: рецептори на поверхні гладкої мускулатури бронхів піддаються фосфорилуванню та подальшу інтерналізацію в цитозоль (занурення всередину клітини). У результаті кількість рецепторів на мембрані міоцитів поступово зменшується, що призводить до тахіфілаксії – зниження терапевтичної відповіді на лікарський засіб.

Таким чином, застосування сальбутамолу в якості монотерапії є недоцільним. Це головний аргумент на користь застосування ІКС (інгаляційних кортикостероїдів), які чинять протизапальну дію, тобто лікують причини бронхіальної астми, а також здатні відновлювати чутливість рецепторів до сальбутамолу. Глюкокортикоїди активують гени, що відповідають за синтез  $\beta$ 2-рецепторів; клітина починає виробляти нові рецептори, виводячи їх на поверхню замість «захованих» чи ушкоджених під дією сальбутамолу. Інший спосіб так званого порятунку рецепторів полягає в тому, що стероїди заважають процесу

фосфорилування, і рецептор довше залишається на поверхні і готовий до зв'язку з ліками. Отже, маємо подвійну користь від застосування комбінації сальбутамолу та ІКС. Проте для стероїдів використання сальбутамолу також є корисним, проявляючи синергічний ефект, оскільки він допомагає їм краще проникати в дистальні відділи бронхів, розширюючи їх.

Висновок. Базисна терапія бронхіальної астми повинна включати інгаляційні глюкокортикостероїди, а також сальбутамол, оскільки комбінація цих засобів сприяє синергічній взаємодії, знижуючи даун-регуляцію  $\beta$ 2-адренорецепторів, покращуючи контроль захворювання та знижуючи ризик загострень бронхіальної астми.

## ДИНАМІЧНІ ЗМІНИ МІКРОБІОТИ ПІД ВПЛИВОМ МІРАМІСТИНУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИМ СИНУСИТОМ

Ященко С.

Науковий керівник: доцент Лобурець В.В.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Лікування пацієнтів із хронічним риносинуситом, незважаючи на сучасні методи та лікарські засоби, є актуальною проблемою, яка зумовлена значною поширеністю цієї нозологічної одиниці серед людей працездатного віку, погіршенням якості життя пацієнтів із обмеженням працездатності й повсякденної активності, а також зростанням економічного тягаря внаслідок недуги. Детальна мікробіологічна характеристика збудників є важливим кроком у розумінні взаємозв'язку між етіологічним чинником і типом хронічного риносинуситу.

Мета роботи. Дослідити якісний склад мікробіоти у хворих на хронічний верхньощелепний синусит, а також визначити вплив мірамістину на отриману мікробіоту в післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. У дослідження залучено 64 пацієнтів віком від 18 до 60 років, яких поділено на дві групи. Контрольну групу склали 34 пацієнти, яким оперативне втручання на верхньощелепний пазусі (ВЩП) виконувалось методом FESS. У дослідну групу увійшло 30 пацієнтів у яких хірургічне втручання не відрізнялось від пацієнтів контрольної групи. У післяопераційному періоді додатково вводиться розчин мірамістину в пазуху 1 раз на добу упродовж 10 діб. Визначали

щільність мікробної колонізації у пацієнтів усіх груп під час хірургічного лікування, на 5-ту й 10-ту добу після оперативного втручання шляхом забору синоназальний секрет із ВЩП.

Результати. Провідними збудниками хронічного запалення верхньощелепної пазухи переважно є коменсальні та умовно-патогенні мікроорганізми родів *Staphylococcus* і *Streptococcus* типу *Firmicutes*, які за певних умов здатні викликати інфекційно-запальний процес у цьому біотопі. На 5-ту добу від початку лікування щільність мікробної колонізації у пацієнтів контрольної групи суттєво не змінилась й склала 4.80 lg КУО/мл, а у пацієнтів дослідної групи зменшилась до 3.80 lg КУО/мл, що свідчить про зниження мікробної колонізації в 1,28 разу ( $p < 0.05$ ) порівняно з початком лікування та достовірно відрізнялося від показників контрольної. Повторним мікробіологічним дослідженням на 10-ту добу лікування визначили зміни показника мікробного заселення у пацієнтів контрольної групи до 4.10 lg КУО/мл, що нижче від початкових в 1,19 разу ( $p < 0.05$ ), а у пацієнтів дослідної групи показник відповідав 3.30 lg КУО/мл і був нижчим від такого на 5-ту добу лікування в 1.15 разу ( $p < 0.05$ ), що підтверджувало достовірність різниці цих показників.

Висновки. Застосування мірамістину в післяопераційному періоді знижувало показник мікробного навантаження до безпечного на 5-ту добу, що дозволяло зменшити мікробне навантаження на травмовану слизову оболонку та сприяло поліпшенню регенераційних властивостей слизової оболонки.

## Секція «СТОМАТОЛОГІЯ»

### АНАЛІЗ ТЕРМІНИ УСПІШНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЧАСТКОВИХ КОРОНОК І КЛАСИЧНИХ ПОВНИХ КОРОНОК

Адонка В.

Науковий керівник: професор Силенко Ю.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Сучасний стрімкий розвиток адгезивних технологій у стоматології сприяв значному поширенню естетичних часткових коронок (on-lay) для відновлення оклюзійної поверхні зубів бічної групи зубного ряду. On-lay – це конструкція часткового покриття жувальної поверхні зуба, яка фіксується за допомогою склоіономерних або композитних цементів і відновлює один чи кілька горбиків зуба. Завдяки своїм перевагам, а саме добре відновлення функції, анатомічних контурів коронки зубів, зміцнення ослаблених ділянок зуба. Повні коронки також дозволяють відтворити обриси оклюзійних та проксимальних поверхонь зуба, проте препарування супроводжується значною втратою здорових тканин. За даними Edelhoff та спів. (2022), підготовка під повну коронку є найбільш інвазивною і передбачає видалення 67,5-75,6% тканин зуба, тоді як при препаруванні під on-lay/часткові коронки потребує лише 35,5-46,7% тканин зуба.

Метою роботи було порівняти терміни успішного функціонування часткових коронок (on-lays) і класичних повних коронок, а також проаналізувати можливі ускладнення обох груп в різні терміни спостереження за даними відкритих наукометричних баз даних.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано одне рандомізоване контрольоване дослідження, та два ретроспективних спостереження, проведені до вересня 2025 року.

Результати. Продемонстровані позитивні клінічні результати успішності функціонування повних коронок у середній період спостереження більше ніж 6,6 років. Для металокерамічних коронок ці терміни складають 97,1% через 10 років і 85,4% через 25 років. Для IPS E-max коронок досягала 99,6% через 10 років і 96,75% через 16,9 року. Водночас відмічається і довгострокова успішність

функціонування керамічних часткових коронок (on-lay). Так для on-lay/часткових коронок з IPS Empress складає 90,2% через 10 років та 75,9% через 15 років.

До технічних ускладнень в обох групах відносяться – переломи безпосередньо конструкції, переломи власне зуба та дебондинг. Відмічається, що матеріал з якого виготовлена конструкція суттєво впливає на її фрактуростійкість. Так, IPS E-max є оптимальним матеріалом для on-lay/часткових коронок, а діоксид цирконію – для повних коронок.

Основними клінічними ускладненнями в обох групах були пульпіт, періодонтит, вторинний карієс, перелом кореня та гінгівіт. Через більший обсяг препарування тканин зуба, ендодонтичні ускладнення частіше виникають після встановлення повних коронок. У групі on-lay/часткові коронки можлива краща візуалізація краю конструкції та краща гігієна, але частіше відмічається рецидивний карієс.

Отже, часткові коронки (on-lays) за успішністю функціонування продемонстрували клінічну ефективність, зіставну з повними коронками.

## ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Болюбаш Д., Гребенник А., Нижник В., Солошенко В.

Науковий керівник: доцент Поліщук Т.В.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Попри значну кількість публікацій, взаємозв'язок між оральним здоров'ям та серцево-судинною патологією у дітей досі не має цілісного обґрунтування. Суперечливість наявних даних та відсутність довготривалих мультифакторних досліджень перешкоджають розробці єдиних клінічних протоколів. Це зумовлює необхідність переходу від фрагментарного аналізу до комплексного розуміння проблеми.

Мета роботи – систематизувати сучасні дані щодо стоматологічного статусу дітей із вадами серця, визначити ключові діагностичні маркери та оцінити їхню прогностичну цінність для дитячої стоматології.

Матеріали та методи. Проведено бібліографічний аналіз наукових джерел за 2015-2025 роки. Дослідження охоплює аналіз оригінальних праць та метааналізів, присвячених епідеміології, клінічній картині та діагностичним критеріям у дітей із поєднаною кардіоваскулярною та стоматологічною патологією.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати проведеного систематичного огляду свідчать про консенсус серед вітчизняних та зарубіжних дослідників щодо незадовільного стану стоматологічного здоров'я у дітей із вродженими вадами серця. У порівнянні з соматично здоровими однолітками, ця категорія пацієнтів демонструє критично низький рівень гігієни порожнини рота, що є фундаментальним фактором ризику розвитку вторинних патологій.

Клінічна картина стоматологічного статусу дітей із вродженими вадами серця характеризується високою інтенсивністю та поширеністю каріозного процесу. Зафіксовано статистично значуще підвищення індексів DMFT/dmft (для постійного та змінного прикусу відповідно), що вказує на агресивний перебіг деструкції твердих тканин зубів. Особливе занепокоєння викликає стан тканин пародонта: згідно з гінгівальним індексом, у таких дітей частіше діагностують хронічні запальні процеси (гінгівіт, пародонтит).

Мікробіологічний аспект проблеми підтверджує наявність у слині хворих дітей підвищених концентрацій патогенних мікроорганізмів. У контексті кардіологічного анамнезу це створює умови для хронічної бактеріємії, що є прямим чинником ризику розвитку інфекційного ендокардиту – потенційно летального ускладнення для дітей із вадами серця.

Висновок. Так як більшість досліджень фокусуються на дорослих пацієнтах, стоматологічний статус дітей із вродженою кардіопатологією залишається поза увагою науковців. Ліквідація цієї прогалини є пріоритетною, оскільки рання діагностика та профілактика в дитинстві дають змогу мінімізувати ризики розвитку супутніх ускладнень.

## ПІДВИЩЕННЯ ТОЧНОСТІ ТРАНСФЕР-ЧЕКІВ ІЗ ФОТОПОЛІМЕРНОЇ ПЛАСТМАСИ ЯКІ З'ЄДНУЮТЬСЯ ПІСЛЯ РОЗРІЗАННЯ РОЗІГРІТИМ КОМПОЗИТОМ

Болубаш Д., Адонка В.

Науковий керівник: асистент Силенко Б.Ю.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Якість ортопедичних конструкцій з опорою на імплантати безпосередньо залежить від точності передачі положення імплантатів на робочу модель. Порушення пасивного прилягання каркаса може призводити до переважання імплантатів і розвитку ускладнень. Для контролю точності широко застосовують трансфер-чеки,

виготовлені з фотополімерних матеріалів. Водночас процес полімеризації супроводжується усадкою та виникненням внутрішніх напружень, що може негативно впливати на точність отриманих конструкцій.

Мета дослідження. Оцінити точність трансфер-чеків, виготовлених клінічним способом із фотополімерної акрилової пластмаси, які після розсікання з'єднувались розігрітим композитом.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на гіпсовій моделі беззубої щелепи з чотирма імплантатами. Для контролю виготовлено металевий каркас із максимально точним пасивним приляганням. Було створено дванадцять тестових моделей, які розподілили на три групи по чотири взірці залежно від способу виготовлення. У першій групі полімеризацію проводили в лабораторному полімеризаторі, у другій – із застосуванням фотополімерної лампи, у третій – після первинної полімеризації конструкцію розсікали на сегменти та повторно з'єднували розігрітим до 50° композитом, за адгезивним протоколом, з метою зменшення полімеризаційного стресу. Оцінювання точності здійснювали шляхом визначення ступеня пасивного прилягання металевого каркаса з використанням модифікованого тесту Шеффілда.

Результати. У ході дослідження встановлено, що між першою та другою групами суттєвої різниці в точності не виявлено: показники площі контакту становили в середньому 57,2% та 53,9% відповідно. У третій групі спостерігалось значно краще прилягання, яке досягало 78,7%, що свідчить про ефективність зменшення внутрішніх напружень шляхом сегментації та повторного з'єднання конструкції за допомогою розігрітого композиту до 50° із використанням адгезивного протоколу.

Висновки. Полімеризаційний стрес є ключовим фактором, що впливає на точність трансфер-чеків. При цьому сам режим полімеризації не має вирішального значення. Розсікання конструкції з подальшим повторним з'єднанням за допомогою розігрітого композиту дозволяє суттєво покращити пасивне прилягання та підвищити точність відтисків, отриманих із використанням трансфер-чеків, що має практичне значення для клінічної стоматології. Застосування даної методики отримання відтисків, зменшить напруження в кістковій тканині, можливість виникнення перімплантиту та збільшить термін використання імплантатів.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРПЛАСТИЧНОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Волинець А.

Науковий керівник: асистент Шевченко В.К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Кандидозні ураження слизової оболонки порожнини рота є поширеним захворюванням, яке часто зустрічається у людей із зниженим імунітетом, при ендокринних і системних патологіях (цукровий діабет, ВІЛ, гіповітамінози.) Грибки роду *Candida* є частиною нормальної мікрофлори, але при зниженні місцевого імунітету стають патогенними. Гіперпластичний кандидозний стоматит – це рідкісна хронічна форма грибкової інфекції (*Candida*), що вражає слизову рота, частіше у дорослих. Характеризується щільними білими/сірими бляшками, які важко знімаються і спаяні з епітелієм, зазвичай на щоках або піднебінні.

Мета роботи. Представити клінічний випадок хворого з хронічним гіперпластичним кандидозним стоматитом. Розкрити особливості діагностики, диференціальної діагностики та ефективного лікування цієї форми кандидозу.

Матеріали дослідження. У ході роботи під динамічним спостереження перебував пацієнт з хронічним гіперпластичним кандидозом. Пацієнту проведено обстеження відповідно до протоколів надання медичної допомоги, з урахуванням попередніх консультацій лікарів суміжних спеціальностей (ерматолога, алерголога, невролога, онколога). Медикаментозному лікуванню хронічного гіперпластичного кандидозу передувало проведення професійної гігієни, порожнини рота, розробка алгоритму індивідуального гігієнічного догляду, гігієнічне навчання та санація порожнини рота. Була проведена протигрибкова терапія: мазь Мірамістину наносили на уражені поверхні 2-3 рази протягом 2-х тижнів, Хілакс – по 2-3 краплі на склянку води, 1 раз на день протягом місяця, вітамін Нейровітан – по 2 таб., 2 рази на день протягом місяця, ротові ванночки з відваром ромашки 5 днів. Після цього були проведені повторні лабораторні дослідження, які доказово підтвердили позитивний клінічний результат лікування.

Результати дослідження. Після проведеного курсу лікування пацієнт відмічає покращення загального стану, спостерігалось зменшення пекучості, сухості, та нальоту на язиці. Хронічний гіперпластичний кандидоз вимагає комплексного підходу до діагностики (клініка,

мікроаналіз, диференційна діагностика) та поєднання місцевої й загальної терапії. Дотримання гігієни порожнини рота, раціональне використання антибіотиків і профілактичні заходи є ключовими у запобіганні рецидивів.

Висновок. На прикладі даного клінічного кейсу продемонстровано розширену діагностику, диференційну внутрішньосиндромну та позасиндромну діагностику у хворого з хронічним гіперпластичним кандидозом. Згідно протоколів надання медичної допомоги МКХ XI складено індивідуальний план лікування та поведена комплексна покровока терапія даного пацієнта. Отримано позитивний результат лікування з терміном спостереження 6 місяців.

## ПСИХОЛОГІЧНО-ЕМОЦІЙНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКИ ДИТИНИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Волинець А., Лейман Є., Циганенко В., Щербан Б.

Науковий керівник: доцент Максименко А.І.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Психоемоційний стан дитини є головним чинником її поведінки на прийомі у лікаря-стоматолога, який дуже тісно пов'язаний з ефективністю лікування. Вивчення цих аспектів є невід'ємною частиною покращення підходів ведення пацієнтів дитячого віку і формування у них позитивного ставлення до стоматологічних маніпуляцій.

Мета. Визначити роль психоемоційних особливостей дитини на стоматологічному прийомі, дослідити їх у профілакуванні виникнення стоматофобії та у формуванні позитивного ставлення до стоматологічних маніпуляцій.

Сукупність психологічних та емоційних особливостей дитини безпосередньо впливають на ефективність лікування та її співпрацю з лікарем. До найголовніших із цих особливостей можна віднести темперамент, страх та вік дитини. Для зменшення рівня страху ефективним є застосування методу «Скажи – покажи – зроби», що передбачає почергове роз'яснення стоматологічних маніпуляцій у зрозумілій для маленького пацієнта формі. Дитячий стоматолог на прийомі повинен мати чималу професійну компетентність та емпатію. Застосування вербальних і невербальних методів впливу допомагає знизити рівень страху, створити довіру та забезпечити позитивну співпрацю з дитиною. Також важливо проводити й продуктивну

роботу з батьками. До лікування важливо детально зібрати скарги та анамнез, пояснити батькам план лікування й застерегти від необережних дій, які можуть нашкодити лікуванню. Дитячий стоматолог повинен також вміти скеровувати дитину у критичних ситуаціях. Перед лікуванням лікар повинен погодити із нею правило «Зупинки». Під час прийому лікарю необхідно вміти визначити причину виникнення скарг та у разі істерики дитини вчасно домовитися про перенесення прийому.

Одним із недооцінених факторів успішності лікування є правильна психологія простору, в якому проводиться лікування. Спокійна та світла колірна гама приміщення, наявність візуальних стимулів у вигляді іграшок, наклейок, кольорових халатів із дитячими принтами, застосування приємних ароматів збільшують шанс позитивного перебігу лікування маленького пацієнта.

Отже, дитяча стоматологія поєднує як лікувальні, так і психологічні маніпуляції. Лікар-стоматолог дитячий повинен вміти знаходити підхід до кожної дитини та використовувати різні психоемоційні методи для налаштування довіри з пацієнтом, щоб мінімізувати ризик виникнення стоматофобії у подальшому.

## АНАЛІЗ УСПІШНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ ОБСТЕЖЕННЯ

Гарбуз О.

Науковий керівник: доцент Писаренко О.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Головним завданням ендодонтичного лікування зубів є ліквідація мікробної інфекції з системи корневих каналів зуба або її суттєве зниження до показників, сумісних із відновленням періапикальних тканин. Лікування вважають успішним, якщо протягом контрольних оглядів у проміжку від одного до чотирьох років зуб залишається без клінічних симптомів, а рентгенологічно спостерігається відсутність змін в тканинах навколо коренів зуба. Натомість поява або збереження ділянок рентгенпрозорості біля апексів коренів зубів свідчить про невдачу лікування та може вимагати додаткового клінічного втручання.

Метою роботи було на основі аналізу наукометричних баз літературних джерел провести визначення показників успішності

первинного та повторного ендодонтичного лікування за рентгенологічними даними.

Матеріали та методи. Нами було проаналізовано 5 систематичних оглядів літератури, проведених протягом 2018-2025 рр., з електронної бази даних PubMed за даною тематикою. У них рентгенологічні показники успішності ендодонтичного лікування поділяли на абсолютні та відносні.

Результати. Абсолютні показники успішності – повне зникнення вогнища періапікальної рентген прозорості або відносні показники успішності – зменшення розмірів ураження. Відмічено, що показники успішності ендодонтичного лікування істотно залежать від методу візуалізації, який застосовують для оцінки результатів.

Так за даними прицільної рентгенографії показники успішного первинного ендодонтичного лікування складають абсолютні 82,0% і відносні 92,6% (Burns та спів., 2022), тоді як за даними КПКТ ці показники становлять лише 42% та 88% (Laila S. Almufleh, 2025). Для повторного ендодонтичного лікування показники успішності лікування складають за принциповою рентгенографією абсолютні – 78,8% та відносні 87,5% (Sabti та спів., 2024) та за результатами конусно променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) відповідно 39% і 80% (Laila S. Almufleh, 2025).

Такі розбіжності в результатах пояснюються тим що КПКТ на відміну від двох-вимірної рентгенографії дозволяє ідентифікувати ураження безпосередньо в губчастій альвеолярній кістці при наявності ще збереженого кортикального шару. Крім того зазначається, що при використанні КПКТ важливим є строки спостереження за пацієнтом. Показники успішності ендодонтичного лікування змінюються, а саме зростають з часом. Так абсолютний показник успішності ендодонтичного лікування збільшується від 30% (через 1 рік) до 69% (через 4 роки і більше), що свідчить про тривалий процес регенерації кістки.

Отже, порівняння результатів, отриманих за допомогою різних рентгенологічних методів візуалізації, слід інтерпретувати обережно, оскільки вони відображають не лише реальні результати лікування, а й їх різну діагностичну чутливість.

# ЛЕПТОТРИХОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

Зав'ялова К.

Науковий керівник: професор Скрипнікова Т.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. *Leptotrichia* – це анаеробна грамнегативна бактерія з родини *Fusobacteriaceae*, яка займає проміжне положення між бактеріями та грибами й може спричиняти розвиток псевдомікозу. Найкраще мікроорганізм розвивається в умовах підвищеного вмісту  $CO_2$ .

При легкому перебігу лептотрихозу скарги зазвичай відсутні, а при тяжчому можуть виникати біль і печіння слизової оболонки. Захворювання проявляється білувато-сірим нальотом на слизовій оболонці рота без ознак запалення. Наліт важко видаляється, а слизова під ним може кровоточити. Лабораторна діагностика ускладнюється через відсутність росту бактерій на поживних середовищах.

Метою нашої роботи стало: дослідження клінічних ознак лептотрихозу слизової оболонки порожнини рота; проведення діагностики та обстеження пацієнтів; вивчення факторів ризику розвитку лептотрихозу; вибір методу лікування і його оцінка.

Методи дослідження. Робота виконана за результатами діяльності обласного науково-практичного центру захворювань слизової оболонки порожнини рота при кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів ПДМУ. Для діагностики використовували суб'єктивні методи обстеження, об'єктивні й додаткові.

Основні результати. На основі огляду літературних джерел проведено узагальнення даних щодо патогенетичних механізмів та факторів ризику розвитку лептотрихозу язика. Результати аналізу дозволили виділити такі провідні чинники: ослаблення місцевого імунітету ротової порожнини; соматична патологія і системні порушення; антибіотики та інші медикаменти; паління та зміна мікрофлори.

Лікування лептотрихозу язика включало наступні етапи: консультацію пацієнтів у суміжних спеціалістів; санацію порожнини рота і професійну гігієну; виключення поганих звичок; застосування антибактеріальних, антисептичних та протигрибкових препаратів; використання засобів, що підвищують місцевий імунітет та полівітаміни. Курс лікування – 2-3 місяці.

Висновок. Для лептотрихозу слизової оболонки ротової порожнини типовим є тривалий перебіг, який може зберігатися протягом кількох

місяців. Терапія зазвичай потребує багато часу та не виключає повторного виникнення захворювання. Оскільки патологія часто розвивається на тлі супутніх соматичних порушень, лікування доцільно проводити спільно з лікарем загального профілю. Запропонований алгоритм лікування сприяє оптимізації термінів одужання та покращенню якості життя пацієнтів. Стоматологу важливо орієнтуватися в різних варіантах терапії, а пацієнтам рекомендовано перебувати під регулярним медичним наглядом.

## ДЕСКВАМАТИВНИЙ ГЛОСИТ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Коваленко Є.

Науковий керівник: асистент Тимошенко Ю.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Діагностика та лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота – актуальна та складна проблема сучасної стоматології. Серед різноманіття патологій органів порожнини рота досить часто зустрічаються захворювання язика. Їх, як правило, виявляють на амбулаторному прийомі лікарів-стоматологів. Зміни на язичці можуть бути як проявом самостійного патологічного стану, так і відображати загальні процеси в організмі людини, що підсилює клінічну значущість своєчасної діагностики та лікування.

Метою нашої роботи було виявити особливості тактики діагностики, лікування десквамативного глоситу та подальшого прогнозування рецидивів.

Згідно зі статистичними даними кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів за період з 2020 року, в обласному науково-практичному центрі захворювань слизової оболонки порожнини рота серед пацієнтів із патологією язика 92% припадає на діагноз «десквамативний глосит». Це пацієнти віком від 18 до 80 років. З них 78% осіб були спрямовані на консультацію лікарями сімейної медицини та іншими фахівцями.

На кафедру за направленням сімейного лікаря звернулася пацієнтка 30 років зі скаргами на відчуття печіння язика після прийому їжі та незвичний вигляд язика. Зі слів пацієнтки – практично здорова, місяць тому перенесла пневмонію. Висновок сімейного лікаря: попередній діагноз – грибкове ураження язика? Після проведення стоматологічного

обстеження для встановлення остаточного діагнозу разом із сімейним лікарем були проведені додаткові методи дослідження: загальний аналіз крові, аналіз крові на цукор, бактеріологічний посів калу на дисбактеріоз, езофагогастродуоденоскопія, бактеріологічне дослідження слизової оболонки шлунка на *Helicobacter pylori*, бактеріологічне дослідження слизової оболонки рота на кандидоз. Виявлені відхилення: I ступінь дисбактеріозу – зниження вмісту біфідо- та лактобактерій на 2 порядки за відсутності патогенів. ЕФГДС: еритематозний гастродуоденіт.

Враховуючи етіологічні фактори захворювання, було призначено місцеве лікування: професійна гігієна порожнини рота, антисептична та кератопластична терапія. Загальне лікування включає антигістамінні, седативні препарати, комплекс пре- і пробіотиків курсом на 4 тижні. Після проведеного лікування у пацієнтки через 7 днів настало покращення, на 14-ту добу клінічні прояви були відсутні. Прогноз сприятливий. Рекомендовано спостереження у гастроентеролога.

Таким чином, комплексний підхід до клінічного обстеження та лабораторної діагностики дає змогу встановити етіологічні фактори розвитку патології, призначити ефективне лікування, забезпечити подальше профілактичне спостереження та спрогнозувати перебіг захворювання.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РЕНТГЕН-КОНТРАСТНОГО РОЗЧИНУ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ Коваль В.

Науковий керівник: доцент Удальцова К.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Лікування корневих каналів є звичайною клінічною процедурою, що може викликати ускладнення.

Результат ендодонтичного лікування безпосередньо залежить від якісної хемомеханічної обробки корневих каналів. Одним з найпоширеніших і найвідоміших антисептиків є гіпохлорит натрію. У стоматології використовують різні концентрації розчину, залежно від клінічної ситуації та вподобань лікаря.

Гіпохлоритна аварія – випадкове виведення розчину гіпохлорита натрію (NaOCl) за межі апікального отвору в перирадікулярні тканини під час ендодонтичного лікування. Це серйозне ускладнення, що

супроводжується миттєвим хімічним опіком та некрозом тканин. Слід звернути увагу на анатомо-топографічні особливості будови прилеглих структур, таких як нижньощелепний канал та верхньощелепна пазуха.

Мета. Дослідити ступінь проникнення розчину гіпохлориту натрію та рентгенконтрастного розчину «Юніпак» в періапикальну ділянку під час іригації кореневого каналу.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернулася пацієнтка зі скаргами на незначний біль при накушуванні та зміну кольору коронки зуба на нижній щелепі зліва. Хвора обстежена за схемою ВООЗ. Встановлено діагноз: хронічний гранулематозний періодонтит зуба 4.5.

Додаткове обстеження включало рентгенологічну діагностику з використанням трийодвмісного неіонного рентгеноконтрастного засобу «Юніпак», який застосовується для підвищення контрастності при проведенні комп'ютерної томографії.

Для вивчення ступеню проникнення іриганту в періапикальну ділянку під час промивання кореневого каналу за допомогою ендодонтичного шприца, в розчин гіпохлориту натрію був доданий рентгенконтрастний розчин «Юніпак» 1:1. З подальшим проведенням внутрішньоротової рентгенограми, на якій візуалізується рентгенконтрастний розчин, що офарбував весь просвіт кореневого каналу і не вийшов за апекс.

Результати клінічного дослідження. Рентгенконтрастний розчин антисептика «Юніпак» і гіпохлориту натрію 3% у співвідношенні 1:1 не виходить за апікальний отвір, якщо дотримані всі правила інструментальної та медикаментозної обробки кореневого каналу.

Висновок. Діагностичне рентгенологічне дослідження, визначення довжини кореневого каналу та дотримання правил препарування, дозволяє уникнути небажаного ускладнення під час ендодонтичного лікування, як гіпохлоритна аварія.

## ПРОЯВИ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОРОЖНИНІ РОТА

Колісниченко А.

Науковий керівник: асистент Хавалкіна Л.М.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Захворювання внутрішніх органів людини, мають особливі прояви в порожнині рота. Пацієнти, звертаються зі скаргами на зміни в роті, лікарі пов'язують їх із захворюваннями внутрішніх органів, які має хворий.

Мета дослідження: висвітлити зв'язок захворювань внутрішніх органів людини та їх можливі прояви в порожнині рота, зосередити на цьому увагу лікарів-стоматологів.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів 25.11.2025 р. звернувся пацієнт С. 66 років зі скаргами: на сухість губ, больові відчуття при прийомі гострої, гарячої їжі, дискомфорту в ротовій порожнині. Прояви турбують більше місяця.

Перенесені та супутні захворювання: перебував на лікуванні 1,5 місяця з діагнозом: гострий панкреатит важкий перебіг, повільно прогресуючий панкреонекроз. Двобічний гідроторакс малим об'ємом. Еритоматозний гастродуоденіт. ІХС: кардіосклероз дифузний та постінфарктний. Гіпертонічна хвороба II ст.

Розвиток захворювання. Основне захворювання почало турбувати в серпні 2025 року. Пацієнт звернувся до гастроентеролога, лікувався стаціонарно, потім амбулаторно.

У вересні гастроентерологом призначено препарати, які приймав per os, з чим і пов'язує виникнення симптомів в порожнині рота. Об'єктивно: рот відкритий вільно. Червона облямівка губ суха, без чітких контурів. Кути рота без елементів ураження. СОПР суха, «симптом дзеркала» позитивний. На язиці, виявлено вогнища десквамації в бокових ділянках, що займають 2/3 язика. На бічній поверхні справа і в під'язиковій ділянці виявлено білісувато-сірі папули. Етіологія: вважається, що це багатофакторний стан, пов'язаний із взаємодією генетичних, імунологічних та зовнішніх факторів. Це підтверджують дослідження проведені співробітниками кафедри: десквамативний глосит виявлено у 355 (84,32%) пацієнтів, 121 (34,09%) або із них мають десквамативний глосит при наявності патології шлунково-кишкового тракту.

Додаткове дослідження: Зішкріб з язика на гриби роду Candida (не виявлено).

Встановлено діагноз: Десквамативний глосит; ліхеноїдна реакція типова форма, на соматичну патологію (гострий панкреатит важкий перебіг, повільно прогресуючий панкреонекроз).

Лікування. Відвар «Мати-й-мачухи листя», полоскати після їжі 3-4 рази в день. Аплікації «Метацил-анестезинової суміші з вініліном», після їжі, 3-4 рази в день, по 20 хв. Цетрин, 1 пігулка тривалістю 5-6 днів, на ніч. Консультація лікаря-гастроентеролога. Повторне відвідування через 10-14 днів.

Повторне відвідування – виявлено епітелізацію вогнищ десквамації. Пацієнт продовжує лікування основної патології.

Висновки. При патології СОПР, показано поєднане лікування лікарів-інтерністів і стоматологів.

## ПОКАЗАННЯ ДО АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРІОДОНТИТІ Й ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ АЗИТРОМІЦИНУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Корнійчук А., Кудрявцев І.

Науковий керівник: доцент Шинкевич В.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Системні антибіотики як додаткове лікування при періодонтиті (ПД) є цінним ресурсом, який слід розглядати при індивідуальному підході.

Мета дослідження. Продемонструвати показання до призначення системної антибіотикотерапії і описати застосування азитроміцину для вдосконалення знань та умінь діагностувати і лікувати періодонтит.

Методи дослідження. Робота є звітом про клінічний випадок із стислим оглядом системних антибіотиків для лікування ПД, включаючи азитроміцин.

Основні результати. У пацієнтки віком 41 роки, без хронічних захворювань та алергій, яка не палить і має всі 28 зубів, під час лікування 21 зуба, у пришийкових ділянках багатьох зубів, виступив гнійний ексудат. Скринінговий тест виявив періодонтальні глибини 6 мм та більше, з втратою прикріплення 6 мм та більше, біля більше ніж 2-х не суміжних зубів. Періодонтограма показала що кількість ділянок глибиною 6 мм та більше склала 22; окрім 12, решта обстежених ділянок характеризувались кровоточивістю при пробі та/або гнійною ексудацією. Інші об'єктивні дані підтвердили діагноз (за класифікацією періодонтальних та периімплантних захворювань та станів Європейської Федерації Періодонтологів & Американської Академії Періодонтології, 2017): Генералізований періодонтит 3 ступені тяжкості, стадії С (швидкий перебіг), активний перебіг.

Лікування включало інструктаж з домашньої гігієни і призначення азитроміцину за схемою: 500 мг 1 раз на день, 7 днів. Після початку антибіотикотерапії і на її фоні провели зняття зубних відкладень (ЗЗВ), «full-mouth disinfection» – підхід, у 2 сесії. Контроль через 1 тиждень показав припинення гнійної ексудації. Контроль через 3 місяці показав різке зменшення числа ділянок глибиною 6 мм та більше (залишкові кишені у 7-ми ділянках), а також усунення середніх глибин 4-5 мм, разом із різким зниженням індексу кровоточивості при пробі до 24%, та індексу нальоту до 30%. У цей візит було проведено сесію ЗЗВ і хірургічний кюретаж залишкових глибоких ділянок. Враховуючи мінімальні ураження фуркацій, відсутність ангулярних дефектів та

кісткових кишень, відсутність патологічної міграції зубів, і контрольовані загальні фактори ризику, прогноз сприятливий за умов регулярної підтримуючої терапії.

Цей клінічний випадок демонструє одне з клінічних показань до системної антибіотикотерапії азитроміцином та режим його призначення (додатково до періодонтального лікування). Вибір азитроміцину аргументований відповідним спектром чутливості, імуномодулюючими властивостями і мінімальними загальними побічними ефектами.

Висновок. Важливо систематично оновлювати знання щодо показань та вибору конкретних системних антибіотиків при періодонтиті.

## ПЕРСОНАЛІЗОВАНА ПРОФІЛАКТИКА КАРІЕСУ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ КАРІЕС-РИЗИКУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ Кузнецова П.

Науковий керівник: асистент Мосієнко А.С.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Карієс зубів на сьогодні залишається однією з найпоширеніших стоматологічних проблем дитячого віку. Незважаючи на розвиток профілактичних програм, поширеність каріозного ураження серед дітей у багатьох країнах залишається високою. При цьому добре відомо, що ризик виникнення карієсу в кожній дитини не є однаковим. На його розвиток впливають особливості харчування, рівень гігієни порожнини рота, склад та властивості слини, мікробіологічний статус, а також соціальні й поведінкові чинники.

Мета дослідження. Проаналізувати сучасні літературні дані щодо персоналізованих підходів до профілактики карієсу у дітей, заснованих на оцінці індивідуального карієс-ризик, та визначити перспективи їх впровадження у практику дитячої стоматології.

Матеріали та методи. Проведено огляд сучасних наукових публікацій, присвячених питанням персоналізованої профілактики карієсу у дітей. Для аналізу були використані джерела, представлені в наукометричній базі PubMed. До уваги брали результати клінічних досліджень, систематичних оглядів і метааналізів, опублікованих переважно впродовж останнього десятиліття.

Результати та обговорення. У ході літературного пошуку в наукометричній базі PubMed було ідентифіковано 12073 наукові публікації, з яких 3688 опубліковано протягом останніх 10 років. Після

відбору за критеріями релевантності та наявності повного тексту до аналізу включено 222 джерела. Аналіз літератури показав, що персоналізований підхід до профілактики карієсу має переваги над універсальними профілактичними схемами завдяки можливості індивідуальної адаптації заходів відповідно до карієс-ризиків дитини. Найбільш значущими предикторами розвитку карієсу визначено попередній каріозний досвід, стан гігієни порожнини рота, харчові звички, показники слиновиділення та особливості орального мікробіоценозу. Перспективними напрямками є використання біомаркерів ротової рідини, аналіз мікробіому та цифрових алгоритмів оцінки карієс-ризиків.

Висновки. Персоналізована профілактика карієсу є перспективним напрямом сучасної дитячої стоматології. Індивідуальна оцінка карієс-ризиків дозволяє підвищити ефективність профілактичних програм, сприяє ранньому виявленню дітей груп високого ризику та може стати важливим інструментом зниження поширеності карієсу серед дитячого населення.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ ТА ВИГОТОВЛЕННЯ ЦИФРОВОГО ХІРУРГІЧНОГО ШАБЛОНУ ДЛЯ ПОЗИЦІОНУВАННЯ ІМПЛАНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ АДЕНТІЄЮ

Кузнецова П., Лобода Т.

Науковий керівник: доцент Смаглюк В.І.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У зв'язку зі збільшенням середньої тривалості життя людини, діагноз повної адентії є доволі розповсюдженим. Повна адентія – патологічна повна відсутність зубів на одній або обох щелепах. Тотальна реабілітація на імплантах є одним із варіантів вирішення проблеми. Задля покращення точності позиціонування імплантатів, в умовах обмеженої кісткової пропозиції, використовуються хірургічні шаблони, які в сучасному світі вже прийняті за стандарт. У доповіді розглянуто сучасний підхід до тотальної реабілітації пацієнтів із повною адентією.

Мета. Розглянути особливості планування та розробки хірургічних шаблонів: підготовчі етапи, етапи планування, етапи друку та обробки.

Матеріали та методи. Для виготовлення хірургічних шаблонів проводиться комплексна діагностика пацієнта, яка включає комп'ютерну

томографію щелепно-лицевої ділянки та цифрове сканування або отримання відбитків. Проводиться віртуальне позиціонування імплантатів із урахуванням майбутньої ортопедичної конструкції. Це забезпечує відповідність протетичного плану хірургічному втручанню, що є особливо важливим при тотальній реабілітації пацієнтів із повною адентією. Додатково оцінюється можливість проведення негайного навантаження та прогнозується стабільність імплантатів.

Основні результати. У результаті проведеної роботи досліджено будову та функцію хірургічних шаблонів, показання та переваги даного методу, ознайомлено з комплексом матеріально-технічних засобів та програмного забезпечення, розглянуто етапність виготовлення хірургічних шаблонів від отримання цифрових даних пацієнта до фіксації в ротовій порожнині під час операції імплантації. Проведено повний аналіз отриманих результатів досліджень, конвертування даних в необхідні формати для подальшої роботи, практично виявлено особливості і ускладнення при протезуванні пацієнтів з повною адентією в цифровому протоколі, обрано та опрацьовано, відповідно випадку, найбільш раціональний і доступний метод лікування.

Висновки. Для сучасного хірурга-імплантолога використання хірургічних шаблонів є невід'ємною частиною щоденної практики задля досягнення найкращих результатів у подальшому функціонуванні, стабільності імплантатів та раціонального протезування.

## ВПЛИВ РІЗНИХ МЕТОДІВ ПОЛІРУВАННЯ КОМПОЗИТІВ НА УТВОРЕННЯ БІОПЛІВКИ ТА НАКОПИЧЕННЯ ЗУБНОГО НАЛЬОТУ

Микитенко В.

Науковий керівник: асистент Лазарева К.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Галузь сучасної терапевтичної стоматології основним чином спрямована не лише на відновлення функції зубів та зубних рядів, а й на досягнення високоестетичних результатів лікування. Композитні реставрації широко застосовуються завдяки своїм адгезивним властивостям, естетичі та природності кольору й структури, проте їх довговічність значною мірою залежить від якості фінішної обробки та полірування. Недостатньо гладка поверхня композитного матеріалу сприяє накопиченню зубного нальоту та утворенню біоплівки, що в свою чергу підвищує ризик розвитку патології м'яких тканин ротової

порожнини та приймає безпосередню участь в етіопатогенезі патології твердих тканин зубів. Також сукупність цих факторів впливає на естетичний вигляд реставрації. Попри велику кількість полірувальних систем та технік їх застосування, питання їх ефективності щодо зменшення адгезії зубного нальоту залишається відкритим.

**Мета.** Дослідити вплив різних полірувальних систем на ступінь накопичення зубного нальоту на поверхні, зміну кольору та структури реставрації.

**Методи дослідження.** Основні системи полірування реставрацій були обрані шляхом проведення опитування за допомогою Google Form лікарів-стоматологічних закладів міста Полтава. Були виготовлені однакові зразки обраного композитного матеріалу, який на однаковий час занурювали у кольорові рідини, що споживаються людьми (кольорові газовані напої, кава, червоне вино), а решту часу знаходилися у штучній слині. Проведений фотопротокол кожного зразку через 3 дні, тиждень та два місяці, профарбовування маркером нальоту, фотометрія та порівняння результату за допомогою програмного забезпечення типу ImageJ.

**Основні результати.** У ході дослідження було встановлено, що тип полірувальної системи впливає на ступінь накопичення зубного нальоту на поверхні композитного матеріалу. Зразки (1) оброблені багатоступеневою полірувальною системою (дисковою типу 3М) мають найменший відсоток покриття нальотом поверхні та найнижчу інтенсивність забарвлення. Зразки (2) оброблені багатоступеними гумовими полірувальними системами типу Kenda/Komet показують помірні показники накопичення нальоту, що свідчить про достатню, але не ідеальну обробку поверхні. Найбільша кількість нальоту зафіксована у Зразках (3) оброблені one-step методом, що може бути пов'язано з меншою здатністю до досягнення ідеально гладкої поверхні.

**Висновки.** Тип полірувальної системи суттєво впливає на якість поверхні композитних реставрацій та рівень накопичення зубного нальоту. Багатоступеневі полірувальні системи забезпечують більш гладку поверхню композиту, що сприяє зменшенню адгезії нальоту порівняно з одноетапними системами.

## ВПЛИВ АРХІТЕКТОНІКИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА УСПІШНІСТЬ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Микитенко В.

Науковий керівник: асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У сучасній стоматологічній практиці дентальна імплантація – провідний метод відновлення зубних дефектів. Проте у пацієнтів із генералізованим пародонтитом є проблеми з низькою щільністю та висотою альвеолярної кістки, що значно ускладнює процес остеоінтеграції імплантатів.

Метою нашої роботи є оцінка успішності дентальної імплантації з урахуванням щільності кісткової тканини у пацієнтки з хронічним генералізованим пародонтитом.

Матеріали і методи. Пацієнтка В. 42 років звернулася у клініку хірургічної стоматології із скаргами на загальну рухомість зубів та періодичні загострення генералізованого пародонтиту у весняно-осінній період.

Результати. Слизова альвеолярних відростків слабо гіперемована, набрякла. РМА – 80%, PDI – 4 бали, CPI – 4 (пародонтальні кишени більше 6 мм), CAL – 7 мм. Зуб 14 має рухомість III ступеня, слизова оболонка навколо застійно гіперемійована, пастозна, спостерігається явище рецесії ясен. На КТ у ділянці зуба 1.4 елементи вертикальної та горизонтальної резорбції кісткової тканини (4,5 мм та 4 мм відповідно). D4 – 150-350 HU (кістка низької щільності). Лікарем-пародонтологом проведена професійна гігієна порожнини рота, консервативне лікування генералізованого пародонтиту.

Пацієнтці виконана операція видалення зуба 1.4 з відстрошеною дентальною імплантацією з подальшим виготовленням тимчасової знімної конструкції типу «метелик» для безпосереднього навантаження на імплант. Призначено аугментин 625 протягом 7 діб, лінекс 2 тижні, цитрин 7 діб, німесил 2-3 дні. Після встановлення імпланта механічне навантаження стимулює ремоделювання кістки згідно із законом Вольфа. Кістка постійно перебудовується у відповідь на силу, яку вона відчуває, стає щільнішою і міцнішою. Кістка ремоделюється, відповідно до напрямку і величини механічного навантаження.

Висновки. Підтверджено, що архітектоніка та щільність кісткової тканини відіграють ключову роль у прогнозуванні успішності дентальної імплантації у пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом. Ретельне передопераційне планування, вибір двоетапного протоколу і кісткової аугментації дали змогу досягти первинної стабілізації імплантата. Запропоноване планування імплантації та виконання операції згідно протоколу у пацієнтів із пародонтитом може стати практичним орієнтиром для лікарів-стоматологів.

## СИНДРОМ ЛАЙЄЛА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Осипенко К., Синицин А.

Науковий керівник: професор Скрипнікова Т.П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність синдрому Лайєла – токсичного епідермального некролізу (ТЕН) у сучасній медицині обумовлена складністю ранньої діагностики, утрудненням лікування, високою летальністю, які роблять його однією з найскладніших патологій. Слід зазначити, що ураження слизової оболонки порожнини рота часто передує шкірним проявам на 1-3 дні. Це робить стоматолога «першою лінією» діагностики, де він може виявити множинні болючі кровоточиві ерозії, ще до масивної десквамації епідермісу. Актуальність теми диктує необхідність включення лікаря-стоматолога в алгоритм надання невідкладної допомоги та лікування.

Метою дослідження являється розгляд етіології та патогенезу синдрому Лайєла, характеристика його клінічних проявів, в тому числі і на слизовій оболонці порожнини рота, аналіз сучасних підходів до лікування.

Методи дослідження синдрому Лайєла ґрунтуються на комплексному поєднанні клінічних, гістоморфологічних та лабораторних маркерів, що зумовлено критичним характером перебігу захворювання. Основним клінічним критерієм є площа десквамації епідермісу та епітелію слизової оболонки порожнини рота. Важливим діагностичним прийомом на етапі огляду залишається визначення позитивного симптому Нікольського, що свідчить про глибоке порушення міжклітинних зв'язків. Для об'єктивізації прогнозу та оцінки тяжкості стану пацієнта стандартом є використання прогностичної шкали SCORTEN. Вона інтегрує системні показники, такі як вік, наявність

супутніх неоплазій, рівень глюкози (понад 14 ммоль/л), сечовини (понад 10 ммоль/л) та бікарбонатів крові. Залежно від кількості балів за шкалою SCORTEN, тактика лікування змінюється від консервативного спостереження до агресивної реанімаційної стратегії.

Результати клініко-лабораторних показників даного клінічного випадку синдрому Лайела свідчать про поєднання обширної десквамації епідермісу, яка охоплює понад 30% поверхні тіла, з патогномонічним позитивним симптомом Нікольського в тому числі і на слизовій оболонці порожнини рота. Гістологічна верифікація біоптатів шкіри продемонструвала характерний повношаровий некроз кератиноцитів та формування субепідермальних порожнин. Це дозволило чітко диференціювати патологію від стафілококового синдрому «ошпареної шкіри», вульгарної (справжньої) акантолітичної пухирчатки, гострого генералізованого екзантематозного пустульозу, багатоформної ексудативної еритеми, синдрому Стівенса-Джонсона. Диференціальна діагностика синдрому Лайела (ТЕН) є критично важливою, оскільки помилка в діагнозі може призвести до неправильного лікування.

Висновки. Підсумки результатів дослідження свідчать, що синдром Лайела залишається однією з найбільш прогностично несприятливих патологій у медичній практиці, вимагає негайної верифікації та мультидисциплінарного підходу.

## ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ КАРІЕСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Остроух А., Остроух М.

Науковий керівник: доцент Труфанова В.П.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

У дитячій стоматології гостре запалення розглядається як невідкладний стан. Ускладнений карієс посідає провідне місце серед етіологічних чинників гострих запальних процесів щелепно-лицьової ділянки. При залученні в запальний процес регіональних лімфатичних вузлів та м'яких тканин дитина потребує невідкладної допомоги в умовах стаціонару та призначення антибіотиків.

Висока поширеність ускладненого карієсу як тимчасових, так і постійних зубів має ряд причин, а саме: недостатньо ефективна стоматологічна профілактика в цілому; помилки в діагностиці та лікуванні карієсу зубів у дітей; несвоєчасна санація порожнини рота.

Нажаль, батьки досить часто не усвідомлюють необхідності санації порожнини рота у дітей, що в подальшому нерідко призводить до важких наслідків. Невиліковний хронічний періодонтит часто стає джерелом хронічної інтоксикації дитячого організму, підтримує чи викликає запальні процеси в інших органах і системах провокуючи розвиток ендокардиту, ревматичного артриту, нефриту, тонзиліту тощо.

Останнім часом значно збільшилась кількість пацієнтів, яких направляють хірурги-стоматологи стаціонарного відділення на консультацію через рецидиви запальних захворювань ЩЛД.

Так, у січні 2026 року на кафедру дитячої стоматології направили батьків з дитиною 7 років зі скаргами на наявність нориці з гнійним виділенням в підщелепній ділянці, яка періодично рецидує.

Із анамнезу з'ясовано, що 5 місяців тому лікували 36, 46 з приводу гострого глибокого карієсу.

Через три місяці лікували хронічний фіброзний пульпіт 46. Ще через 2 місяці госпіталізована до стаціонарного відділення з діагнозом гострий гнійний піднижньощелепний лімфоаденіт зліва. Через сім днів дитина виписана із стаціонарного відділення з покращенням загального стану.

Через декілька днів звернулися за консультацією до професора Ткаченка П.І. зі скаргами на появу нориці з гнійним ексудатом на місці післяопераційного рубця. Встановлено діагноз: Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 36, нориця в підщелепній ділянці ліворуч. Направлена до терапевта-стоматолога для уточнення діагнозу та подальшого ендодонтичного лікування 36.

Встановлено діагноз: Загострення хронічного гранулюючого періодонтиту 36. Проведено ендодонтичне лікування з obturaцією кореневих каналів АН plus з гутаперчевими штифтами 0.6 конусності з подальшим динамічним спостереженням.

Контрольний огляд через місяць: в 36 відповідає клінічним вимогам, в піднижньощелепній ділянці наявний післяопераційний рубець, без ознак функціонування нориці.

На контактній внутрішньоротовій рентгенограмі в кореневих каналах 36 визначається пломбувальний матеріал, який щільно прилягає до їх стінок, має однорідну рентген контрастність, заповнює кореневі канали до верхівок.

Аналізуючи клінічний випадок ми припустили, що перша помилка була допущена лікарем-стоматологом у перше відвідування, коли було встановлено діагноз: гострий глибокий карієс 36,46 замість первинно хронічного фіброзного пульпіту 36,46.

Друга помилка – лікар недостатньо видалив розм'якшений, інфікований дентин, поставив лікувальну прокладку, сподіваючись на ремінералізацію дна каріозної порожнини. Проте цього не сталося, і, як наслідок, у зубі 46 розвинувся первинно хронічний пульпіт, який клінічно себе проявив через 3 місяці, а у зубі 36 розвинувся первинно хронічний періодонтит, який проявив себе клінічно 5 місяців.

Третя помилка – лікар-хірург-стоматолог не провів детальне обстеження зубних рядів, не направив на рентген діагностику причинного зуба та не акцентував увагу на необхідності ендодонтичного лікування 36.

## МУКОЗИТ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ. ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Перемітько М.

Науковий керівник: доцент Хміль Т.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Однією з проблем охорони здоров'я залишається актуальність злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки, яка зумовлена зростаючою захворюваністю, складністю ранньої діагностики, лікування, а також значною інвалідністю та смертністю пацієнтів. Компонентами протоколів їх лікування поряд з хірургічними методами є променева та хіміотерапія, у процесі яких можливий розвиток побічних реакцій, зокрема розвивається мукозит – постпроменево та постхіміотерапевтичне ерозивне або виразково-некротичне ураження слизових оболонок порожнини рота та шлунково-кишкового тракту.

Мета роботи: огляд методів діагностики, лікування мукозиту, вдосконалення існуючих підходів до профілактики з метою зниження болю та прискорення загоєння, покращення якості життя онкологічних хворих.

При виконанні роботи ми використовували наукові і клінічні методи дослідження. Ми проводили огляд сучасної літератури та курацію тематичних хворих.

До виникнення мукозиту при застосуванні цитостатиків призводить порушення природного відновлення епітелію, формування вторинного імуннодефіциту через індукцію процесів апоптозу на фоні протипухлинної терапії, підвищення ризику інфікування. Постановка діагнозу мукозит проводиться з урахуванням клініки, анамнезу, не представляє труднощів у випадку появи типових патологічних змін

орофарингіальної слизової на фоні протипухлинної терапії. Ознаками мукозиту є гіперемія, набряк слизової оболонки піднебіння, язика, губ, щік, які з'являються на 5-10 добу від початку хіміотерапії. Супроводжується свербезом, печінням, дискомфортом при вживанні їжі. У міру прогресування захворювання формуються виразкові дефекти, вкриті білуватим нальотом. Пацієнт не може вживати тверду їжу через інтенсивні болі. Тяжкий мукозит характеризується глибокими виразками, при яких хворих не може вживати навіть рідку їжу.

Ми розробили рекомендації хворим на етапах лікування в онкодиспансері з метою профілактики мукозиту та зменшення його проявів: ретельна гігієна порожнини рота; прийом м'якої, не гарячої їжі. Їжа повинна бути калорійна, не подразнююча, прийом її 4-5 рази на день; пиття великої кількості (2,5-3 л) рідини; після кожного прийому їжі – рясне полоскання рота, горла відварами, настоями трав, ополіскувачами (без спирту); при сухості у роті – вода з лимоном, розсмоктування льодяників зі смаком апельсину, лимона, м'яти та ін.; при появі у порожнині рота дискомфорту, гіперемії, кровоточивості, болю, виразок, слід звернутись до лікаря-стоматолога і виконувати його призначення.

Висновки. Мукозит значно погіршує якість життя пацієнтів (погіршує загальний та психологічний стан, прийом їжі, сон, тощо). Необхідно раннє виявлення мукозиту та його профілактика з врахуванням викладених рекомендацій.

## АНАЛІЗ ЦИФРОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ПЛАТФОРМИ, ЩО СТВОРЕНА НА КАФЕДРІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ Підгорний І.

Науковий керівник: асистент Дубина В.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В останні роки цифровізація освітнього процесу дуже актуальна, тому кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів створила цифрову освітню платформу, де лікарі-інтерни мають можливість проходити підготовку до ліцензійного іспиту «Крок-3. Стоматологія» та вести електронний щоденник практичних навиків та прийому пацієнтів. Оскільки кожен програмний продукт потребує постійного аналізу та вдосконалення для подальшої

оптимальної роботи, ми розглянули питання розвитку та покращення цієї платформи очима лікарів-інтернів.

**Мета дослідження.** Метою дослідження став аналіз видів пристроїв, з яких інтерни працюють з навчальною платформою. За допомогою аналізу статистичних даних визначити, з яких платформ (пристроїв) частіше працюють інтерни, та відповідно до цих результатів, – на що треба звернути увагу при подальшій розробці даного освітнього середовища та визначити шляхи оптимізації робочих процесів.

**Методи дослідження.** Дані про операційні системи були зібрані на основі аналізу технічних заголовків пристроїв (User-Agent) за допомогою відкритої бази ідентифікації браузерів.

**Основні результати.** Проведений аналіз платформ, з яких працюють лікарі-інтерни з освітньою платформою за період з 01.01.2026 та по теперішній час. На момент написання тез загальна кількість зафіксованих входів у 2026 році дорівнювало 5396.

Згідно з проведеним дослідженням було встановлено, що інтерни використовують у своїй роботі такі основні платформи, а саме: сімейство ОС Windows різних поколінь, iOS (iPhone), Android OS, macOS, Linux, та Google Chrome OS. Були отримані наступні данні кількість входів з пристроїв та їх відсоткова частка Windows 10,11 – 44.4% (2 392), iOS (iPhone) – 23.5% (1 268), Android OS – 21.6% (1167), macOS – 5.2% (281), Linux 3.8% (207), Windows 8 – 0.6% (34), Windows 7 – 0.5% (25), Google Chrome OS – 0.4% (22). Якщо поділити між мобільними пристроями та комп'ютерами, ноутбуками то данні виглядають наступним чином мобільні пристрої – 45,1% та стаціонарні комп'ютери – 54,9%.

**Висновки.** Таким чином, після отримання результатів, а також враховуючи відгуки інтернів які працюють з даною платформою, ми можемо зробити наступні висновки: інтерни використовують у своїй роботі різноманітні пристрої, але привалують пристрої з сучасними операційними системами. Розподіл між мобільними та стаціонарними пристроями фактично рівний. Отримані результати будуть використані у подальшій розробці для вдосконалення інтерфейсу та функціоналу освітньої платформи. При розробці доцільно використовувати сучасні стандарти написання програмного коду, та приділяти увагу оптимізації сторінок та алгоритмів роботи окремо для мобільних та стаціонарних пристроїв. Це сприятиме більш продуктивній та комфортній роботі з освітньою платформою.

## АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ

Пляк О.

Науковий керівник: доцент Гуржій О.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Одонтогенні кісти щелеп у дітей є одними з найпоширеніших пухлиноподібних новоутворень і становлять значний відсоток від усіх захворювань щелепно-лицевої ділянки. Лікування кіст щелеп в дитячому віці є складною та актуальною проблемою і у хірурга-стоматолога завжди виникає важливе питання вибору того чи іншого методу лікування із урахуванням віку дитини, розмірів дефекту та фінансових можливостей пацієнта тощо.

Мета дослідження – проаналізувати методи лікування кісти щелепи у дітей залежно від виду кіст.

Нами проведено ретроспективний аналіз лікування 18 дітей віком від 7 до 12 років (6 хлопчиків, 12 дівчаток) з діагнозом одонтогенна кіста верхньої або нижньої щелепи, які проходили лікування на клінічній базі кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів Полтавського державного медичного університету з січня 2023 року по грудень 2025 року (Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка, ПП «Професорська стоматологія»). Оперативне втручання проводилося за амбулаторних умов під місцевою або загальною анестезією з обов'язковим патогістологічним підтвердженням діагнозу.

Проведений нами аналіз результатів лікування показав, що радикальні зубовмісні кісти спостерігалися у 61% (n=11) випадків, фолікулярні – у 28% (n=5), нагноєні кісти – у 11% (n=2). Основні методи лікування кіст щелеп: цистотомія (марсупіалізація) та цистектомія. Лікування кіст щелеп у дітей залежить від виду кісти, її локалізації, періоду прикусу і віку.

Метод цистотомії виконувався у переважній більшості випадків – 72% (n=13), цистектомія – у 28% (n=5). Метою проведення цистотомії було збереження зародка постійного зуба і створення відповідних умов для його прорізування. При радикальних зубовмісних кістах цистотомія була основним методом лікування, що включав тампонаду кісткової порожнини йодоформним тампоном. При фолікулярних кістах використовували цистектомію з видаленням ретензованого зуба. У разі нагноєння кісти методом лікування була цистотомія.

Серед одонтогенних кіст щелеп у дітей найчастіше зустрічаються радикалярні зубовмісні кісти. Основним методом лікування кіст у дітей в період змінного прикуса є цистотомія, оскільки більш щадний метод збереження зародка постійного зуба. Лікування фолікулярних кіст щелеп у дітей методом цистектомії з видаленням зародку дозволяє уникнути рецидивів, а також призводить до досить швидкого відновлення дитини після операції (її соматичного здоров'я та психоемоційного стану), проте вимагає подальшого ортодонтичного лікування та відновлення цілісності зубного ряду. Питання збереження зародка постійного зуба слід вирішувати індивідуально, враховуючи розмір дефекту, положення та рухомість зуба, а також вік дитини.

## МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'ЮВАННЯ ЯК МЕТОД ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ПІДЛІТКІВ

Радкевич Ю., Дмитрів В.

Науковий керівник: доцент Кулай О.О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Традиційна санітарна освіта, поширення відомостей та надання нормативних порад для досягнення стійких змін у поведінці – це основа, на якій протягом десятиліть вибудовувалася профілактика. Водночас сучасна стоматологія визнає, що простого інформування недостатньо.

Мотиваційне інтерв'ювання є методом консультування, що сприяє зміні поведінки та може застосовуватися у стоматологічній практиці. Його можна використовувати як короткочасне втручання для підвищення мотивації до покращення гігієни ротової порожнини, а також як базу для рекомендацій щодо харчування, відмови від тютюну чи корекції стану порожнини рота. Це загальний пацієнтоорієнтований підхід, який активізує внутрішню мотивацію пацієнта, зміцнює взаємини між лікарем і пацієнтом та покращує результати лікування. Підлітковий вік характеризується прагненням до автономії та часто супроводжується негативізмом щодо директивних порад дорослих, що робить партнерський підхід мотиваційного інтерв'ювання більш дієвим за традиційні настанови.

Метою дослідження було оцінити ефективність мотиваційного інтерв'ювання у покращенні гігієни ротової порожнини та профілактиці карієсу серед підлітків.

Учасників дослідження розподілили на три групи: I група отримувала стандартне санітарно-просвітницьке навчання, II група – мотиваційне інтерв'ювання, III група – мотиваційне інтерв'ювання у поєднанні з інтерактивною оцінкою ризику карієсу. Для діалогу застосовували відкриті запитання, підтвердження (визначали сильні сторони пацієнтів), рефлексивне слухання (повторювали або перефразовували висловлювання пацієнта для демонстрації розуміння) та узагальнення (короткі підсумки для фіксації домовленостей). До вибірки увійшли підлітки (n=50) з несприятливими гігієнічними звичками (нерегулярне чищення зубів, часті перекуси). Учасники трьох груп отримували відповідні втручання. На початку та через 6 місяців вони заповнювали анкету щодо впевненості у власній гігієні та поведінці. Фіксувалися показники гігієни (рівень зубного нальоту) та карієсу (кількість уражених зубів).

У II та III групах через півроку спостерігалось більш значне зменшення частоти перекусів порівняно з I групою. Використовуючи I групу як контрольну, у II та III було зафіксовано менше нових каріозних порожнин.

Таким чином, мотиваційне інтерв'ювання виявилось ефективнішим за традиційну санітарну освіту у формуванні позитивних змін поведінки підлітків щодо гігієни ротової порожнини та попередження розвитку карієсу. Цей метод доцільно інтегрувати в первинний огляд підлітків як маловитратний, але високоефективний інструмент профілактики.

## ТРАВМИ ЗУБІВ У ДІТЕЙ. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА

Сокіл Р.

Науковий керівник: доцент Коломієць С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ушкодження зубів у дітей, за літературними даними, складає 3,5% від загальної кількості травм щелепно-лицевої ділянки. Особливості травм у дітей, визначаються віком, стадією формування кореня зуба, дією самого травмуючого агента. Тому, прогнозованість перебігу після травми, можливість відновлення функцій, потребує надання своєчасної кваліфікованої допомоги дитині.

Мета. Базуючись на проведенні ретельного аналізу та узагальненні сучасних наукових відомостей, запропонувати способи лікування травми зубів у дітей, для забезпечення позитивних результатів.

Проведений аналіз і обробка отриманих даних закордонних та українських вчених на основі баз даних Web of Science, Scopus, PubMed, MedLine, за 10 років, включаючи результати клінічних досліджень та монографії.

Результати дослідження. Ураження зубів при травмах, в дитячому віці, мають такі наслідки, як: впливають на ріст щелеп, формування та прорізування зубів, стан пульпи зуба, недорозвинення щелепно-лицевої ділянки (залежить від віку дитини в момент отримання травми). Особливості травми зубів визначаються, також, стадією формування кореня та дії травмуючого фактора в цей період. Наслідок такої взаємодії, прогнозованість перебігу після отримання травми, можливість або неможливість відновлення функцій зубощелепної ділянки, що потребує надання своєчасної кваліфікованої допомоги дитині в повному обсязі. Забезпеченню позитивному результату сприяють: правильна діагностика, планування лікування та подальше спостереження. Також важливим є – ретельне клінічне та рентгенографічне обстеження разом із регулярним спостереженням, щоб мінімізувати наслідки. Подальше лікування може потребувати вторинного і третинного втручання із залученням фахівців що працювали із стоматологічними травмами.

З'явилась велика кількість публікацій, за останні 6 років, в яких на основі сучасних наукових досягнень, використання нових технологій пропонуються ефективні способи усунення наслідків травмування зубів.

Провідна тенденція підходів до лікування травматичних ушкоджень зубів – за будь-яких умов, пошук шляхів збереження й відновлення власних зубів, включаючи найскладніші клінічні випадки.

Висновок. Підсумовуючи, прогноз стану зубів після травми, залежить від типу травматичного пошкодження, невідкладної допомоги та часу, що минув після травми, до проведення стоматологічної маніпуляції. Правильна діагностика, планування лікування та подальше спостереження важливі для досягнення оптимального результату.

Рекомендації міжнародної асоціації стоматологічної травматології допомагають стоматологам вибрати вірний алгоритм ведення пацієнтів з гострою травмою зубів.

## ТРИГЕРНІ ТОЧКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Телегань В.

Науковий керівник: доцент Приходченко С.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** В останні роки в наукових публікаціях все частіше клініцисти звертають увагу на зміни у больових симптомах та синдромах обличчя. Оро-фасціальні болі все частіше спричинені поєднанням зубного болю, болю обличчя і болю постурального характеру при міофасціальному больовому синдромі (МФБС). МФБС останніми роками характеризується високою поширеністю, від 40 до 80% у пацієнтів середнього віку.

**Мета дослідження.** Поглиблення знань у методах діагностики міофасціального больового синдрому у стоматологічних пацієнтів, а саме – визначення тригерних точок на первинному прийомі лікаря-стоматолога.

**Методи дослідження.** Обсерваційне дослідження пацієнта з міофасціальним больовим синдромом обличчя, зубним болем невралгією в анамнезі.

**Основні результати.** Пацієнт 58 років звернувся зі скаргами на болі в лівій половині особи, які з'явилися після тривалого прийому у стоматолога з приводу ендодонтичного лікування зубів 2.5 та 2.6 (зуб 2.7 – інтактний). В анамнезі, 9 років тому – невралгія 2 гілки трійчастого нерва зліва. Проведено ревізію пломб, рентгенографію (патології не виявлено). Слизова оболонка порожнини рота без змін, перкусія зубів негативна, але є «неприємні відчуття» при перкусії в молярах верхньої та нижньої щелепи зліва. Обмеження відкриття рота до 34 мм, зазначає неприємні, болючі відчуття у жувальній мускулатурі вранці після сну та ввечері. Оглянуто невропатологом та оториноларингологом: відповідні статус не обтяжені. Пальпаторне обстеження обличчя виявило 1 активну тригерну точку (ТТ)-у жувальному м'язі та 2 латентні ТТ у скроневому та крилоподібному м'язах ліворуч. При натисканні на ТТ жувального м'яза пацієнт відзначав простріл болю у зону альвеолярного відростка зубів 2.5, 2.6 та 2.7 (симптом стрибка). Сприйняття болю за шкалою ВАШ при пальпації – 7. Біль має відображений характер, пов'язаний з м'язовим гіпертонусом і відтворюється при пальпації конкретної зони, тому поставлено діагноз: міофасціальний больовий синдром обличчя, активна тригерна точка

лівого жувального м'яза. Лікування: НПЗЗ (німесулід 200 мг/добу), міорелаксант (мідокалм 150 мг на добу за 3 прийоми), постізометрична релаксація (проводив остеопат), виготовлена роз'єднувальна капша. Результати: на тлі медикаментозного лікування після 2-го сеансу постізометричної релаксації сприйняття «зубного» болю за шкалою ВАШ зменшилося до 4, після 4-го сеансу біль зник повністю. Відкриття рота відновилося до 44 мм.

Висновки. Таким чином, сучасному стоматологу необхідно переглянути методи пальпаторного обстеження на первинному прийомі, та свої погляди щодо взаємозв'язку оро-фасціального болю та болю постурального характеру при міофасціальному больовому синдромі, вміти проводити пальпацію жувальної мускулатури при неясній етіології болю та виявляти тригерні точки.

## СТОМАТОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТКИ З ЧАСТКОВОЮ ВТОРИННОЮ АДЕНТІСІЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ПРАВСТОРОННЬОЮ ЛАТЕРООКЛЮЗІЄЮ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯМ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛІПНОГО СУГЛОБА

Телегань В.

Наукові керівники: доцент В. Давиденко, доцент В. Соколовська  
Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів  
Полтавський державний медичний університет

Важливою й актуальною проблемою для сучасної ортопедичної стоматології є відновлення функціональних і естетичних параметрів у пацієнтів із частковою втратою зубів, а ще більш складною ця проблема є в тих випадках, коли вторинна адентія ускладнюється порушенням оклюзії та перевантаженням скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС).

Метою роботи стало дослідження особливостей стоматологічної реабілітації пацієнтки з частковою вторинною адентією, ускладненою правосторонньою латерооклюзією та функціональним перевантаженням СНЩС на прикладі клінічного випадку.

Для досягнення мети застосовували клінічні методи дослідження та додаткові: комп'ютерна томографія лицевого скелету, T-Scan для корекції прикусу.

Об'єктом дослідження були мостоподібні протези, скронево-нижньощелепні суглоби, оклюзійні поверхні зубних рядів. У клініку ортопедичної стоматології за допомогою звернулася пацієнтка 58 років, зі

скаргами на погіршення фіксації мостоподібних протезів, якими користується близько 10 років; на невідповідність змикання зубних рядів з вираженим зміщенням вправо сторону; болі в скронево-нижньощелепному суглобі, які посилюються при відкриванні рота і жуванні; відчуття втоми в щелепі та постійної напруги в м'язах з правої сторони.

При об'єктивному обстеженні ротової порожнини відзначали порушення симетричного змикання верхніх і нижніх зубних рядів, при якому оклюзійні контакти характеризувались правосторонньою латерооклюзією зі зміщенням нижньої щелепи вправо відносно центральної лінії обличчя. Встановлено, що наявні мостоподібні протези не відповідають сучасним клініко-технологічним вимогам через повну втрату анатомічної форми жувальних поверхонь та невідповідність оклюзійної площини, що призвело до деформації прикусу та функціонального перевантаження СНЩС.

На комп'ютерній томограмі лицевого скелету візуалізується асиметрія положення суглобових голівок у скронево-нижньощелепних суглобах: праворуч спостерігали дистальне зміщення суглобової голівки та звуження задньої рентгенологічної суглобової щілини, тоді як ліворуч відзначали її децентрацію.

Також виявили ознаки субатрофії кісткової тканини суглобових поверхонь, що підтверджує хронічне функціональне перевантаження СНЩС внаслідок тривалого користування непридатними до застосування протезними конструкціями.

На підставі отриманих даних нами було встановлено наступний діагноз: часткова вторинна адентія верхньої та нижньої щелеп, ускладнена вираженою деформацією оклюзійної поверхні та вторинною правосторонньою латерооклюзією. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, зумовлена дистальним зміщенням суглобової голівки праворуч та втратою адекватної міжальвеолярної висоти внаслідок неспроможності наявних мостоподібних протезів.

Нами складений план лікування:

1. Зняття нефункціональних мостоподібних протезів на верхній та нижній щелепах.

2. Виготовлення часткових знімних пластинкових конструкцій з поліаміду з метою відновлення належної міжальвеолярної висоти та адаптації пацієнтки до нового оклюзійного співвідношення, а також для розвантаження СНЩС, декомпресії суглобових голівок та нормалізації тонузу жувальних м'язів.

3. Моніторинг стану СНЩС та стабілізація присередньої лінії обличчя.

4. Проведення курсу фізіотерапевтичних процедур (міогімнастика, електрофорез) для усунення м'язової напруги.

5. Санація ротової порожнини та оцінка можливості проведення дентальної імплантації для створення надійної опори під майбутні ортопедичні конструкції.

6. Виготовлення та фіксація мостоподібних протезів із діоксиду цирконію на імплантатах з гвинтовою фіксацією.

7. Динамічне спостереження за станом СНЩС та стабільністю оклюзії.

Стоматологічна реабілітація пацієнтів із частковою адентією, ускладненою правосторонньою латерооклюзією (зміщенням нижньої щелепи вправо) та перевантаженням скронево-нижньощелепного суглоба, є досить складною і такою, що потребує комплексного й поетапного підходу. Головним у реабілітації таких пацієнтів є усунення больового синдрому, стабілізація функціонування суглоба та відновлення гармонійної оклюзії.

Нами було проведено раціональне комплексне стоматологічне лікування, результатом якого стало відновлення жувальної функції та естетики.

## СИНДРОМ ІМУННОЇ НАПРУГИ, СПРОВОКОВАНИЙ ОРТОДОНТИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Тертична В.

Науковий керівник: асистент Ніколішин І.А.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортодонтів  
Полтавський державний медичний університет

Поява везикуло-ерозивних уражень СОПР після стоматологічного прийому описано і запатентовано (Скрипнікова Т.П. та співавт., 2007; 2023) як «синдром напруги». Тривалі стоматологічні маніпуляції розглядаються, як потенційні тригерні фактори запуску імунологічної реакції. За даними Смаглюк Л.В. та співавт. (2019), постійна ортодонтична техніка впливає на самоочищення порожнини рота та ускладнює її індивідуальну гігієну. Висока мікробна контамінації поверхні зубів та ортодонтичних апаратів призводить до зміни гомеостазу, що викликає активацію запального процесу в тканинах пародонта та слизовій оболонці порожнини рота.

Метою роботи є ознайомлення лікарів з утрудненнями в діагностиці і лікуванні синдрому імунної напруги, який пов'язаний з проведенням стоматологічних маніпуляцій.

Матеріали і методи. Пацієнтка Б., 2002 року народження, звернулася зі скаргами на загальне нездужання, підвищення температури, біль і висипи на губах та в порожнині рота. Напередодні висипів відвідала лікаря-ортодонта, де протягом години проводили заміну дуги на брекет-систему. Відмічає сезонну алергію на амброзію, приймає лоратадин. При обстеженні: загальний стан середньої тяжкості, шкіра обличчя бліда; губи набряклі, гіперемовані, тотально вкриті жовтувато-бурими кірками; пальпація губ болісна. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені до розміру квасолі, болісні, не спаяні з тканинами. Слизова щік набрякла, вкрита білуватими нашаруваннями, які не знімаються при зішкрябуванні. Порожнина рота санована, на верхній та нижній щелепах наявна брекет-система.

Результати. Після лабораторного обстеження поставлено попередній діагноз: «Багатоформна ексудативна еритема (БЕЕ), інфекційно-алергічна форма». Призначено лікування за протоколом. Однак наступного дня, в зв'язку з відсутністю позитивної клінічної динаміки, пацієнтку госпіталізовано в алергологічне відділення ПОКЛ. Проведено інфузійну терапію, через тиждень пацієнтка виписана з покращенням стану.

Аналізуючи даний випадок, треба зазначити, що на резистентність слизової оболонки порожнини рота при об'ємних стоматологічних втручаннях у сукупності можуть впливати і змінювати її стан, як загальні так і місцеві тригери. На нашу думку, наявна у пацієнтки брекет-система сприяла інтенсивному мікробному навантаженню. Проведені маніпуляції під час ортодонтичного лікування виступили місцевим тригером для СОПР скомпрометованої алергологічним станом пацієнтки (загальний фактор), що і призвело до імунної реакції з проявом у вигляді БЕЕ.

Висновок. Отже, лікарям-стоматологам необхідно пам'ятати про можливість провокації виникнення ускладнень після довготривалих стоматологічних втручань, наполягати на проведенні обов'язкового клініко-лабораторного обстеження, що дозволяє верифікувати діагноз, обґрунтувати ефективний протокол лікування і профілактики та контролювати якісну гігієну порожнини рота.

## ВИБІР РАЦІОНАЛЬНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЕСТЕТИКИ ТА ФУНКЦІЇ

Циганенко В.

Наукові керівники: доцент В. Давиденко, доцент В. Соколовська  
Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальною проблемою сучасної практичної стоматології залишається раціональне й якісне відновлення естетики та функції при частковій втраті зубів, яка поєднана з глибоким прикусом. Такі випадки вимагають міждисциплінарного підходу, оскільки поєднання функціональних порушень (жування, мовлення) та естетичних дефектів (зниження нижньої третини обличчя) можуть призводити до виникнення патології скронево-нижньощелепного суглоба.

Метою нашої роботи стало вивчити можливість раціонального стоматологічного протезування для відновлення естетики і функції на прикладі клінічного випадку пацієнтки із нераціонально підібраною ортопедичною конструкцією незнімного протезу.

Пацієнтці було проведено клінічне обстеження та додаткове лабораторне – ортопанорамна рентгенографія. На підставі отриманих даних нами було встановлено діагноз: вторинна часткова адентія верхньої щелепи за Кеннеді III клас 2 підклас, нижньої щелепи – II клас 1 підклас. Втрата жувальної ефективності за Агаповим – 46%.

З урахуванням анамнезу, даних обстеження та побажань пацієнтки було заплановано лікування незнімними металокерамічними ортопедичними конструкціями з одномоментним підвищенням прикусу на 4 мм з опорою на 14, 23, 24, 26, 35, 37, 46 та з подальшим ортодонтичним лікуванням скупченості зубів на нижній щелепі. Попередньо пацієнтку направлено на ендодонтичну підготовку опорних зубів.

Ортопедичне лікування було проведено у три клінічні відвідування. Після фіксації металокерамічних мостоподібних протезів пацієнтці дані рекомендації щодо їх експлуатації та направлено до лікаря-ортодонта для подальшого лікування скупченості зубів на нижній щелепі.

Висновки: у випадку не довготривалої експлуатації ортопедичної конструкції внаслідок постійних руйнувань та розфіксацій, причиною може бути не правильний вибір самого протезу, а також матеріалу, з якого він виготовлений.

Для досягнення стабільного результату у пацієнтів із частковою втратою зубів, поєднаною зі зниженням висоти прикусу більше ніж на 2 мм, лікування доцільно проводити в два етапи: на першому – нормалізація оклюзійної висоти та перебудова функції жувальних м'язів, на другому – раціональне протезування.

Відновлення можливості повноцінно пережовувати їжу та естетичної посмішки значно покращує психологічний стан пацієнта.

## КОНТАКТНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ОБЛИЧЧЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Циганенко В., Лейман Є.

Науковий керівник: асистент Мельник В.Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Близько 20% населення планети має контактну алергію на поширені алергени навколишнього середовища. Згідно даних за 2014-2019 рік в Україні спостерігалось на 5,2% зростання захворюваності на контактний дерматит. Ця захворюваність має тенденцію до збільшення в усьому світі.

Метою нашої роботи є підвищення обізнаності серед лікарів-стоматологів про поширеність, своєчасну діагностику та ефективне лікування контактного алергічного дерматиту.

Матеріали дослідження. Пацієнт 64 років звернувся на кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів зі скаргами на припухлість обличчя, печіння та свербіж у ділянці скронь і верхньої губи. Цей стан пацієнт пов'язує із двома чинниками: нещодавнє фарбування у перукаря сивого волосся у ділянці скронь та вусів, прийом медикаментів у зв'язку із загостренням остеохондрозу поперекового відділу хребта. Супутніми захворюваннями даного пацієнта є гіпертонічна хвороба. Об'єктивно визначається набряк обличчя, на шкірі симетрично наявні еритеми, папули, пухирці, ерозії та кірки особливо в скроневих ділянках з поширенням запального процесу на привушно-жувальну, позавушну, навколоочну та частково лобну ділянки обличчя. Також спостерігали ураження шкіри вух та слизової оболонки кон'юнктиви. На верхній губі відзначалася гіперемія, утворення ерозій та кірочок із засохлого ексудату. Відкриття рота обмежене. У ротовій порожнині наявний набряк та гіперемія слизової оболонки, на зубах м'який та

твердий наліт, порожнина рота не санована. Рекомендована консультація лікаря-дерматолога та лікаря-офтальмолога.

Результати. Проведена диференційна діагностика та встановлений діагноз «Контактний алергічний дерматит». Проведено лікування пацієнта згідно протоколу КАД: виключення алергену, місцево глюкокортикоїдний крем, вологі компреси; системне лікування – преднізолон 20-40 мг 2 тижні, цефаликсин по 500 мг 7 днів. Повторний прийом. При об'єктивному огляді на обличчі хворого відсутні патологічні елементи ураження. Отримано позитивні клінічні результати через 2,5 тижні. Пацієнт почав проходити лікування у лікаря стоматолога-терапевта та ортопеда-стоматолога.

Висновок. Розбір даного клінічного випадку допоміг нам висвітлити поширеність алергічних проявів, показати важливість ретельного збору анамнезу пацієнта та продемонстрував динаміку ефективного лікування контактного алергічного дерматиту обличчя й супутніх йому симптомів.

## ЗМІСТ

<b>СЕКЦІЯ КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА</b>		
1	ПРОФІЛЬ БЕЗПЕКИ НИЗЬКИХ ДОЗ МЕТИЛПРЕДНІЗОЛОНУ ПРИ РАНЬОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ <i>Аланія С., Бублій В., Войт К., Дудік Д., Єретик В., Антонова-Цот С.....</i>	3
2	ВПЛИВ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ВОЄННОГО ЧАСУ НА ПЕРЕБІГ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ <i>Безиляга І., Торяник С., Зварич О.....</i>	4
3	ВПЛИВ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ НА ВИХІД ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ <i>Бескищенко Т., Тимофієнко Т., Свиріденко Ю.....</i>	6
4	ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ШИЗОТИПОВОМУ РОЗЛАДІ <i>Борисенко М.....</i>	7
5	ОСОБЛИВОСТІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ <i>Борисова Є., Воскобойник О.....</i>	9
6	ПОШИРЕНІСТЬ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЇЇ ПРЕДИКТОРИ У ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПОДАГРУ <i>Бредун Я., Бобітко А., Борисенко Б., Джос В.....</i>	10
7	АНАЛІЗ РОЗВИТКУ ХВОРОБИ СУХОГО ОКА У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ <i>Буря Т.....</i>	11
8	ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ РІЗНОКОЛЬОРОВОГО ЛИШАЮ: СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ <i>Васильєва І.....</i>	13
9	СТРАТИФІКАЦІЯ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В УМОВАХ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ <i>Вертелецька А., Десненко Д., Кулинич В., Мазуренко Д., Остапенко Я., Піддубна К.....</i>	14

10	ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ТА БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНОСТЬ <i>Ганженко Н., Котова Д., Лобода Я., Жовтяк В., Салюк А...</i>	15
11	ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА <i>Гергель Т.....</i>	16
12	ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ЯКОСТІ СЛУХУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Гиренко К., Коробка В., Лавренко К., Невгод Є., Ющенко А., Крамаренко А.....</i>	18
13	ЗМІНИ СТРУКТУРИ ТА ПЕРЕБІГУ КАРДІОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ПЕДІАТРИЧНОГО ПАЦІЄНТА ЗА РОКИ ВІЙНИ <i>Гончарук Б., Вечірко Т., Щедрик К., Бугаєвська М.....</i>	19
14	ЗАСТОСУВАННЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛІ ПОХИЛОГО ВІКУ <i>Дзюбан М., Одійчук В., Лагода А., Писаренко К., Таран В...</i>	20
15	ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Елькін В., Сабадаш Я., Славна І., Педченко В.....</i>	22
16	ЗАЛЕЖНІСТЬ СПРОМЕТРИЧНОГО ПОКАЗНИКА СОС25- 75 ВІД ТИПУ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ <i>Зезекало А., Мосієнко В., Поліщук А., Мягкохліб А.....</i>	23
17	ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП <i>Зезекало А.....</i>	24
18	МІОТОНІЧНА ДИСТРОФІЯ І ТИПУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК) <i>Іванченко О., Гритченко Л., Сич О., Матвеева Ю., Чорноіваненко В.....</i>	25
19	ОСОБЛИВОСТІ СПРОМЕТРИЧНИХ ЗМІН У ОСІБ З БРОНХО-ОБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ <i>Калашніков О., Крутько Т., Любич В., Мисник М., Салюк Н., Шульга Г.....</i>	27

20	КОШМАРНІ СНОВИДІННЯ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: РОЛЬ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ <i>Капустянський І.....</i>	28
21	ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ <i>Келемен С., Поваров О.....</i>	29
22	ГЕСТАЦІЙНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА КЛІНІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ <i>Ковальова В., Гайва Н., Гавриленко В., Делія К.....</i>	30
23	ДЕРМАТОСКОПІЧНІ ПАТЕРНИ НЕВУСА РІДА: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ <i>Коноваленко Д.....</i>	32
24	ПЛАСТИКА ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКОЇ ЕНДОМЕТРІОМИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Коробко О., Ганус М.....</i>	33
25	ВПЛИВ ПОСДНАННЯ СТРЕСУ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ НА ВМІСТ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ В КРОВІ ЩУРІВ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ КВЕРЦЕТИНОМ <i>Костенко Г.....</i>	34
26	ПРИЧИНИ РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК <i>Крот А.....</i>	36
27	СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ РОЗРОДЖЕННІ <i>Лавриненко К., Некрасова В., Проценко А.....</i>	38
28	ПРОБЛЕМА КОМОРБІДНОСТІ СЕРЕД НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ <i>Ладоненко Д., Костиря М., Йолкін Я., Погребняк В.....</i>	39
29	КОНВЕРСІЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ В ЛІКУВАННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКИ <i>Ліхнер Д.....</i>	41
30	ПРОФЕСІЙНІ ДЕРМАТИТИ У МАЙСТРІВ Б'ЮТІ-ІНДУСТРІЇ: АКТУАЛЬНІ АЛЕРГЕНИ <i>Момонт О.....</i>	42

31	ВПЛИВ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ НА ВИНИКНЕННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ БІОТОПІВ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ <i>Модестова М., Романюк Л., Ухань Я.....</i>	43
32	ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АПЕНДЕКТОМІЇ <i>Модестов О.....</i>	44
33	ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ НАТЯЖНОЇ, НЕНАТЯЖНОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВИХ ГРИЖАХ <i>Модестов О.....</i>	46
34	ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЖИМУ ВИКОРИСТАННЯ ГОЛЬМІЄВОГО ЛАЗЕРА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ СЕЧОВОДУ ТА СТРУКТУРИ КОНКРЕМЕНТУ ПРИ РЕТРОГРАДНІЙ КОНТАКТНІЙ ЛІТОТРИПСІЇ <i>Молдавчук Я.....</i>	47
35	ІНФІКУВАННЯ МІКОБАКТЕРІЯМИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ <i>Мягкохліб А., Костенко Л.....</i>	48
36	МУЛЬТИМОДАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ КЕСАРЕВОМУ РОЗТИНІ <i>Нагорний О., Тишковська Т., Сірук Я.....</i>	50
37	ПОКАЗНИКИ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ <i>Нестеренко В., Гаманко Н., Спірідонова Є., Хвалько К.....</i>	52
38	ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ ТА ПАРЕНТЕРАЛЬНІ ГЕПАТИТИ В УКРАЇНІ: ТРАНСФОРМАЦІЯ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ <i>Пацьора Т., Лукавенко О., Дерюга А.....</i>	53
39	ТЕРАПІЯ ГІДРАДЕНІТУ: АКТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ТА СТРАТЕГІЇ ЗАПОБІГАННЯ РЕЦИДИВАМ <i>Перерва В.....</i>	54
40	БРОНХОЛЕГЕНЕВА ДИСПЛАЗІЯ: ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ <i>Пивоваренко А., Кезіна А., Перепьолка М.....</i>	56

41	ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДИК ГЕМОСТАЗУ ПРИ ГОСТРИХ КРОВОТЕЧАХ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ПАЦІЄНТІВ З ВНУТРІШНЬ-ОПЕЧІНКОВОЮ ПОРТАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ <i>Присяжний Д.....</i>	57
42	ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНАЦІЇ RENG-БЛОКУ З БЛОКАДОЮ ЛАТЕРАЛЬНОГО ШКІРНОГО НЕРВА СТЕГНА ПРИ ТОТАЛЬНОМУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА <i>П'ятибратов О., Сенько А., Кузьменко М.....</i>	58
43	ХІРУРГІЧНА ПАТОЛОГІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДІТЕЙ <i>Савченко Ю., Сичевська А.....</i>	60
44	АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ СУЧАСНОЇ ТЕРАПІЇ <i>Сафонова А.....</i>	61
45	ЛІКУВАННЯ ТРАВМИ НИРКИ У ДІТЕЙ <i>Сема Р., Біденко Д.....</i>	62
46	ОСОБЛИВОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ВІКУ <i>Сидоренко О., Гук Я., Бедрик М., Бурей А., Лень А., Шешеня А.....</i>	63
47	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ТАБ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІСТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БАГАТОВУЗЛОВИМ ЗОБОМ ІІ СТУПЕНЯ З КОМПРЕСІЙНИМ СИНДРОМОМ <i>Сидоренко А.....</i>	65
48	ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ АРОМАТАЗИ В ЛІКУВАННІ ЕНДОМЕТРІОЗУ <i>Собко Л.....</i>	66
49	СОЛІДНА ПСВЕДОПАПІЛЯРНА НЕОПЛАЗІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ДИТИНИ <i>Суський С.....</i>	67
50	МОТИВАЦІЙНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У КОМБАТАНТІВ В УМОВАХ ТРИВАЛОГО ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ <i>Титюк В., Шилін О.....</i>	68

51	КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ДЕБЮТУ ДИФУЗНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБУ У ВИГЛЯДІ ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ <i>Ткаченко О., Гритченко Л., Кононенко В.....</i>	70
52	АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ НАКЛАДАННЯ ЦИРКУЛЯРНОГО ШВА НА ШИЙКУ МАТКИ У ВАГІТНИХ З ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ <i>Торубара О., Дячук А.....</i>	71
53	АНАЛІЗ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА ТА ЇХ ВПЛИВУ НА ШКІРНИЙ МІКРОБІОМ З УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ ФОРМ <i>Тютюнник О.....</i>	72
54	ПОРІВНЯННЯ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ЖІНОК ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ ТА НОРМАЛЬНИМ ТИСКОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КЕСАРІВ РОЗТИН ПІД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ <i>Харланчук Д., Смутко Д., Редька О.....</i>	74
55	ВПЛИВ ДОГЛЯДОВИХ ЗАСОБІВ З РЕТИНОЇДАМИ НА БАР'ЄРНІ ФУНКЦІЇ ШКІРИ <i>Шеринсва А.....</i>	75
56	ФЕНОМЕН РЕАБІЛІТАЦІЇ У СВІТОВОМУ МИСТЕЦТВІ: ОСОБЛИВОСТІ ХУДОЖНЬОЇ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ЛЮДИНИ <i>Шрамко В.....</i>	76
57	ДАУН-РЕГУЛЯЦІЯ $\beta$ 2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ САЛЬБУТАМОЛУ ТА РОЛЬ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ <i>Яременко Л.....</i>	77
58	ДИНАМІЧНІ ЗМІНИ МІКРОБІОТИ ПІД ВПЛИВОМ МІРАМІСТИНУ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИМ СИНУСИТОМ <i>Яценко С.....</i>	79

<b>СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЯ</b>		
1	АНАЛІЗ ТЕРМІНИ УСПІШНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЧАСТКОВИХ КОРОНОК І КЛАСИЧНИХ ПОВНИХ КОРОНОК <i>Адонка В.....</i>	81
2	ОСОБЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ІЗ ВРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ <i>Болюбаши Д., Гребенник А., Нижник В., Солошенко В.....</i>	82
3	ПІДВИЩЕННЯ ТОЧНОСТІ ТРАНСФЕР-ЧЕКІВ ІЗ ФОТОПОЛІМЕРНОЇ ПЛІАСТМАСИ ЯКІ З'ЄДНУЮТЬСЯ ПІСЛЯ РОЗРІЗАННЯ РОЗГРІТИМ КОМПОЗИТОМ <i>Болюбаши Д., Адонка В.....</i>	83
4	ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІПЕРПЛАСТИЧНОГО КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Волинець А.....</i>	85
5	ПСИХОЛОГІЧНО-ЕМОЦІЙНІ АСПЕКТИ ПОВЕДІНКИ ДИТИНИ НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ <i>Волинець А., Лейман Є., Циганенко В., Щербан Б.....</i>	86
6	АНАЛІЗ УСПІШНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО МЕТОДУ ОБСТЕЖЕННЯ <i>Гарбуз О.....</i>	87
7	ЛЕПТОТРИХОЗ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ <i>Зав'ялова К.....</i>	89
8	ДЕСКВАМАТИВНИЙ ГЛОСИТ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ <i>Коваленко Є.....</i>	90
9	ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО РОЗЧИНУ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ <i>Коваль В.....</i>	91

10	ПРОЯВИ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОРОЖНИНІ РОТА <i>Колісниченко А.....</i>	92
11	ПОКАЗАННЯ ДО АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРІОДОНТИТИ І ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ АЗИТРОМІДИНУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Корнійчук А., Кудрявцев І.....</i>	94
12	ПЕРСОНАЛІЗОВАНА ПРОФІЛАКТИКА КАРІЄСУ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ ОЦІНКИ КАРІЄС-РИЗИКУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ <i>Кузнецова П.....</i>	95
13	ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ ТА ВИГОТОВЛЕННЯ ЦИФРОВОГО ХІРУРГІЧНОГО ШАБЛОНУ ДЛЯ ПОЗИЦІОНУВАННЯ ІМПЛАНТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПОВНОЮ АДЕНТИЄЮ <i>Кузнецова П., Лобода Т.....</i>	96
14	ВПЛИВ РІЗНИХ МЕТОДІВ ПОЛІРУВАННЯ КОМПОЗИТИВ НА УТВОРЕННЯ БІОПЛІВКИ ТА НАКОПИЧЕННЯ ЗУБНОГО НАЛЬОТУ <i>Микитенко В.....</i>	97
15	ВПЛИВ АРХІТЕКТОНІКИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ ПАРОДОНТИТОМ НА УСПІШНІСТЬ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Микитенко В.....</i>	99
16	СИНДРОМ ЛАЙЄЛА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК З ПРАКТИКИ <i>Осипенко К., Синицин А.....</i>	100
17	ПОМИЛКИ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ КАРІЄСУ ЗУБІВ У ДІТЕЙ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Остроух А., Остроух М.....</i>	101
18	МУКОЗИТ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ. ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА <i>Перемітько М.....</i>	103
19	АНАЛІЗ ЦИФРОВОЇ НАВЧАЛЬНОЇ ПЛАТФОРМИ, ЩО СТВОРЕНА НА КАФЕДРІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ <i>Підгорний І.....</i>	104

20	АНАЛІЗ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ ЩЕЛЕП У ДІТЕЙ <i>Пляк О.....</i>	106
21	МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'ЮВАННЯ ЯК МЕТОД ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ПІДЛІТКІВ <i>Радкевич Ю., Дмитрієв В.....</i>	107
22	ТРАВМИ ЗУБІВ У ДІТЕЙ. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА <i>Сокіл Р.....</i>	108
23	ТРИГЕРНІ ТОЧКИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ <i>Телегань В.....</i>	110
24	СТОМАТОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТКИ З ЧАСТКОВОЮ ВТОРИННОЮ АДЕНТІЄЮ, УСКЛАДНЕНОЮ ПРАВОСТОРОННЬОЮ ЛАТЕРООКЛЮЗІЄЮ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯМ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА <i>Телегань В.....</i>	111
25	СИНДРОМ ІМУННОЇ НАПРУГИ, СПРОВОКОВАНИЙ ОРТОДОНТИЧНОЮ ТЕХНІКОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Тертична В.....</i>	113
26	ВИБІР РАЦІОНАЛЬНОГО ПРОТЕЗУВАННЯ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ ЕСТЕТИКИ ТА ФУНКЦІЇ <i>Циганенко В.....</i>	115
27	КОНТАКТНИЙ АЛЕРГІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ОБЛИЧЧЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК <i>Циганенко В., Лейман Є.....</i>	116
	<b>ЗМІСТ</b>	118