

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*

*22 травня 2025 р.*



*Полтава - 2025*

### ***Редакційна колегія***

|                                   |                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| проф. <b><i>В. Ждан</i></b>       | ректор закладу вищої освіти Полтавського державного медичного університету<br>(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»

### ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ В НОРМАЛІЗАЦІЇ РІВНІВ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ЦЕРВІКАЛЬНОМУ СЛИЗІ ЖІНОК, ЩО ПЛАНУЮТЬ ВАГІТНІСТЬ

*Баранович В., Цепкало І., Сенчук Л.*

Науковий керівник: доцент Тарановська О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Підвищений синтез прозапальних цитокінів TNF- $\alpha$  та INF- $\gamma$  порушує ріст трофобласта і обмежує його інвазивні властивості, а зменшення протизапального цитокіну IL-10 асоціюється з високим ризиком невиношування вагітності. Це обумовлює високу частоту цієї патології у жінок з хронічним ендометритом (ХЕ), розвиток якого пов'язаний з порушенням балансу про- та протизапальних цитокінів в цервікальному слизі.

Мета дослідження. Оцінка впливу комплексного прекоцепційного лікування ХЕ на зміну рівнів TNF- $\alpha$ , INF- $\gamma$ , IL-10 в цервікальному слизі та на перебіг вагітності.

Матеріали та методи дослідження. Методом імуноферментного аналізу визначена концентрація цитокінів TNF- $\alpha$ , INF- $\gamma$  та IL-10 в цервікальному слизі 86 жінок з ХЕ, які планували вагітність. З них 46 пацієнток прекоцепційно отримували лікування ХЕ (І група), що включало антибактеріальні засоби (азитроміцин по 1 г у перший день менструального циклу з послідуєчим прийомом по 500 мг впродовж чотирьох наступних днів), естроген-гестагенну терапію фемостоном 2/10 в безперервному режимі впродовж 3 місяців та L-аргінін перорально по 6 г/добу 2 місяці. Інші 40 жінок лікування ХЕ на етапі підготовки до вагітності не отримували (ІІ група). 20 здорових пацієнток без ХЕ склали контрольну групу (КГ).

Результати роботи. У цервікальному слизі жінок з ХЕ порівняно з жінками КГ відмічене зменшення концентрації IL-10 (в 2 рази;  $p < 0,001$ ) та збільшення рівня INF- $\gamma$  (у 2,8 рази;  $p < 0,001$ ) та TNF- $\alpha$  (в 2 рази;  $p < 0,001$ ). У пацієнток І групи, яким було проведене лікування, рівень

IL-10 становив  $7,6 \pm 1,2$  пг/мл, що на 80,9 % вище значень у нелікованих пацієнток II групи ( $4,2 \pm 0,64$  пг/мл;  $p < 0,05$ ). Рівень INF- $\gamma$  був в 2,6 разів нижчим ( $3,2 \pm 1,6$  пг/мл проти  $8,3 \pm 1,2$  пг/мл;  $p < 0,05$ ), а TNF- $\alpha$  – вдвічі меншим ( $1,8 \pm 0,3$  пг/мл проти  $3,4 \pm 0,23$  пг/мл;  $p < 0,01$ ) у такому порівнянні. Завагітніли впродовж року 37 жінок I та 26 жінок II групи, що становило 80,8% та 65% відповідно. Самовільний викидень до 22 тижнів гестації трапився у 3 з 37 пацієнток I групи (8,1%) та у 5 з 26 жінок II групи (19,2%).

Висновки. У жінок з ХЕ має місце цитокіневий дисбаланс, що проявляється надмірним зростанням кількості прозапальних та зменшенням протизапальних цитокінів у цервікальному слизі. Це створює несприятливі передумови для настання вагітності та її перебігу. Проведення на етапі планування вагітності комплексного лікування ХЕ з включенням антибактеріальних, естроген-гестагенних засобів та L-аргініну сприяє нормалізації синтезу цитокінів у цервікальному слизі, на 15,8% збільшує частоту настання вагітності та в 2,3 рази зменшує частоту спонтанного її переривання.

## ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

*Батрак Є.*

Наукові керівники: доцент Прихідько Р., асистент Заєць С.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Жовчнокам'яна хвороба є одним із найпоширеніших захворювань органів травної системи, яке потребує хірургічного втручання. Сучасним золотим стандартом лікування симптоматичної холелітіазу є холецистектомія. Останні десятиліття лапароскопічна холецистектомія (ВЛХЕ) впевнено витісняє відкрите втручання завдяки меншій інвазивності, коротшому післяопераційному періоду та нижчій частоті ускладнень. Проте відкрита холецистектомія (ВХЕ) досі залишається актуальною у складних клінічних випадках – при значному запаленні, ускладненнях, анатомічних особливостях або при неможливості проведення лапароскопії. У зв'язку з цим виникає потреба у порівняльному аналізі післяопераційного перебігу пацієнтів після обох методів з метою обґрунтованого вибору оптимальної тактики лікування.

Мета дослідження. Порівняти перебіг післяопераційного періоду у

пацієнтів, яким було виконано лапароскопічну та відкриту холецистектомію, з урахуванням больового синдрому, часу активізації, тривалості госпіталізації та частоти ускладнень.

Матеріали і методи. Проаналізовано 20 клінічних випадків. У дослідження включено пацієнтів з діагнозом жовчнокам'яна хвороба, які не мали тяжких супутніх патологій. Пацієнти були розподілені на дві рівні групи. Основна група (10 осіб): лапароскопічна холецистектомія. Контрольна група (10 осіб): відкрита холецистектомія через верхньосерединний або косий підреберний розріз. Критерії оцінки: інтенсивність післяопераційного болю (за візуально-аналоговою шкалою); період до самостійної активізації; тривалість госпіталізації; кількість післяопераційних ускладнень (нагноєння рани, гематоми, інфекційні ускладнення тощо).

Результати. У пацієнтів основної групи (лапароскопічна холецистектомія) больовий синдром був значно менш вираженим – середній бал за ВАШ становив  $3,4 \pm 0,7$ , тоді як у контрольній групі –  $6,2 \pm 0,9$ . Середній час активізації після лапароскопії склав менше 12 годин, а після відкритого втручання – понад 24 години. Тривалість перебування в стаціонарі також була значно коротшою при лапароскопічному доступі –  $3,6 \pm 1,1$  доби проти  $6,9 \pm 1,4$  доби у контрольній групі. Післяопераційні ускладнення відзначені у 2-х пацієнтів після ВХЕ (нагноєння операційної рани, підшкірна гематома), у той час як у пацієнтів ЛХЕ ускладнень не зареєстровано.

Висновки. На основі отриманих даних можна зробити висновок, що лапароскопічна холецистектомія є значно менш травматичним методом хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби. Вона супроводжується менш вираженим больовим синдромом, швидшою активізацією пацієнтів, коротшою тривалістю госпіталізації та нижчим ризиком післяопераційних ускладнень. Попри це, відкрита холецистектомія залишається незамінною при складних формах хвороби або в екстрених ситуаціях. Вибір методу операції має базуватися на індивідуальних особливостях кожного пацієнта, рівні підготовки хірурга та технічних можливостях лікувального закладу. З урахуванням усіх факторів, лапароскопічна холецистектомія має залишатися методом першого вибору при планових втручаннях у пацієнтів із неускладненою жовчнокам'яною хворобою.

## ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ЗІ STEMI БРИГАДАМИ КІП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»

*Білозерцева Д., Гавриш Я., Івахненко С., Олешко Ю., Стеценко О., Мамай С.*

Науковий керівник: доцент Настрога Т.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий коронарний синдром (ГКС) є актуальною проблемою. Екстрена медична допомога (ЕМД) хворим з (ГКС) на догоспітальному етапі надається у максимально короткі терміни від початку розвитку ознак захворювання.

Мета. Аналізувати результати надання ЕМД на догоспітальному етапі хворим на ГКС з елевацією сегмента (зі STEMI) бригадами КІП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради» за 2022-2024 роки.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 3680 карт виїзду бригад ЕМД (Ф №110/0) та супровідних листків (Ф №114/0) за 2022-2024 роки хворих зі STEMI, здійснено реперфузійне втручання.

Результати. ЕМД на догоспітальному етапі надається всім хворим зі STEMI згідно Наказу МОЗ України від 14.09.2021 №1936 та локального протоколу, після чого пацієнти направляються у відділення інтервенційної радіології (ВІР) КІП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» (КІП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР»), КІП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради» («ПОКМКЦ ПОР»), КНМП «Лікарня інтенсивного лікування «Кременчуцька» для проведення ургентного перкутанного коронарного втручання (ПКВ). Бригади ЕМД в ургентному порядку доставили зі STEMI у КІП «ПОКМКЦ ПОР» у 2022 р. – 539 хворих, у 2023 р. – 667, у 2024 р. – 807. У КІП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у 2022 р. доставлено – 612 хворих, у 2023 р. – 781, у 2024 р. – 871. У КНМП «Лікарня інтенсивного лікування «Кременчуцька» у 2022 р. – 355 пацієнтів, у 2023 р. – 412, у 2024 р. – 418. Аналіз отриманих результатів свідчить про щорічне зростання кількості проведених ургентних ПКВ. Летальність хворих зі STEMI після ПКВ щорічно знижується. Так, летальність хворих зі STEMI після ПКВ у 2022 р. склала – 12,2%, у 2023 р. – 7,8%, у 2024 р. – 7,2%.

Висновки. Отримані результати свідчать, що своєчасна рання діагностика та екстрена медична допомога на догоспітальному етапі хворим з ГКС сприяє зниженню летальності на Полтавщині.

## РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Бобрицька П., Бондаренко Ю., Головашич Н., Місяк А., Соколовська Н.*

Науковий керівник: асистент Лебідь В.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Остеоартроз (остеоартрит) (ОА) – група захворювань різної етіології з подібними біологічними, морфологічними, клінічними проявами та перебігом, в основі яких лежать ураження всіх компонентів суглоба, хряща, субхондральної кістки, синовіальної оболонки, зв'язок, капсули, навколосуглобових м'язів. На ОА хворіють 10-20% населення планети, в 10% випадків захворювання є причиною стійкої втрати працездатності. Ознаки ОА виявляють у 50% українців віком понад 65 років і в 80% осіб старше 75 років, причому серед хворих на ОА молодого віку переважають чоловіки, а літнього – жінки.

Мета дослідження: дослідити вплив комплексного лікування у хворих з остеоартритом та артеріальною гіпертензією.

Нами проведено власне клінічне дослідження, метою якого було вивчення ефективності комбінованого хондропротектора у пацієнтів з ОА в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ). У дослідження було включено 40 хворих на ОА з ураженням суглобів рентгенологічна стадія II-III по Келлгрєну-Лоурєнсу в поєднанні з АГ, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

Першу групу становили 20 хворих на ОА та АГ, серед них 12 жінок і 8 чоловіків, вік –  $52,4 \pm 3,12$  року, індекс маси тіла (ІМТ) –  $25,81 \pm 2,13$  кг/м<sup>2</sup>, які отримували терапію: ревмоксикам 0,15 мг після їжі перорально, вазар 80 (160) мг після їжі перорально, крем з вмістом олії кордії (фітопрепарат) 3 рази на добу зовнішньо. До другої групи входили 20 хворих на ОА та АГ (13 жінок і 7 чоловіків) віком  $57,3 \pm 3,21$  року, з ІМТ  $28,12 \pm 1,02$  кг/м<sup>2</sup>, які отримували терапію: ревмоксикам 0,15 мг після їжі перорально, вазар 80 (160) мг після їжі перорально, крем з вмістом олії кордії (фітопрепарат) 3 рази на добу зовнішньо, комбінованого хондропротектора, який містить в 1 капсулі 500 мг глюкозаміну гідрохлориду та 400 мг натрію хондроїтину сульфату перорально.

Тяжкість ураження суглобів оцінювали за альгофункціональним індексом Лекєна. Силу больового синдрому вивчали за допомогою візуальної аналогової шкали Хаскінсона (Huskisson), ранкову та денну

скутість – за шкалою WOMAK. Вираженість больового синдрому, індекси Лекена, переносимість та ефективність препарату оцінювали на початку дослідження та через 3 і 6 тижнів.

На 6-му тижні лікування у другій групі виявлено вірогідне зниження болю на 65%. Збільшилась максимальна відстань пересування на 54%, зменшилися труднощі у підйомі та спуску по сходах на 52%, зменшення термінів стаціонарного лікування на 2-3 дні.

Отримані результати показали, що комбінований хондропротектор в поєднанні з фітопрепаратом є ефективним у лікуванні хворих на остеоартроз в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

## ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ PANSS У ХВОРИХ ІЗ ШИЗОТИПОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ

*Борисенко М., Черкасова Д.*

Науковий керівник: професор Скрипніков А.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Шизотиповий розлад особистості належить до спектру шизофренічних розладів. Зустрічається в загальній популяції у близько 3% населення, що можна співвіднести з розповсюдженістю шизофренії, але порушення соціальної адаптації при цьому значно нижча. Він характеризується соціальною ізоляцією, дивною поведінкою, параноїдними ідеями, а також порушеннями емоційного реагування та мислення. Через подібність симптомів до ранніх проявів шизофренії, діагностика може бути ускладненою і носити характер гіпердіагностики на користь шизофренії. У цій ситуації об'єктивізація психопатологічного стану пацієнтів є вкрай важливою. Одним із засобів для оцінки симптоматики є шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Шкала PANSS – це стандартизований психометричний інструмент для оцінки позитивних, негативних і загальних психопатологічних симптомів у хворих на шизофренію, що рідко застосовується в клінічній практиці при діагностиці шизотипового розладу, але дає змогу підтвердити діагноз, деталізувати психопатологічну симптоматику і як результат – оптимізувати терапевтичні підходи до лікування даної групи пацієнтів.

Мета. Оцінити доцільність та ефективність використання шкали PANSS для діагностики шизотипового розладу.

Методи дослідження. Проведено клініко-психопатологічне обстеження 21 пацієнта із шизотиповим розладом та 23 – з шизофренією із підтвердженим

клінічно діагнозом, віком від 18 до 60 років, які перебували на стаціонарному лікуванні КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» за період з серпня 2024 року по березень 2025 року. Для обстеження був використаний стандартизований опитувальник SCI-PANSS та заповнена відповідно шкала PANSS медичного персоналу на початку лікування та при виписці з інтервалом 3-4 тижні.

Основні результати. Відмічено, що достовірно вищі сумарні показники по проявах позитивних і негативних симптомів були у хворих на шизофренію на початку терапії та їх більш активним зниженням в процесі лікування, але в той же час – практичною відсутністю динаміки загальних психопатологічних проявів у хворих на шизотиповий розлад при лікуванні, що може слугувати певним клінічним та динамічним маркером для даної групи хворих.

Висновки. Застосування шкали PANSS у пацієнтів з шизотиповим розладом є цінним клінічним інструментом, що дає змогу об'єктивізувати діагноз, деталізувати психопатологічну симптоматику і підвищити прогнозованість та ефективність терапії. Особливо корисною шкала виявилась у випадках, де клінічні прояви були невизначеними і не призводили до значної соціальної дезадаптації.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ LADA-ДІАБЕТУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Буньо А.*

Науковий керівник: асистент Вірна М.

Кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Згідно даних IDF у 2021 році в Європі зареєстровано 61 млн пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД). Якщо обізнаність лікарів всіх ланок надання медичної допомоги стосовно етіології, діагностики та лікування ЦД 1 та 2 типу є достатньою, не всі можуть диференціювати його інші типи. LADA-діабет характеризується наявністю всіх звичних симптомів дебюту діабету, що може бути помилково сприйняте як ЦД 2 типу. Однак, в основі патогенезу LADA-діабету лежить наявність аутоімунного компонента ураження В-острівців Лангерганса, що клінічно характеризується швидким прогресуванням та необхідністю замісної інсулінотерапії. Невідповідності в діагностиці можуть призвести до стрімкого розвитку незворотних діабетичних ускладнень.

Мета: на прикладі клінічного випадку представити діагностичні

критерії та особливості перебігу LADA-діабету.

Клінічний випадок. Пацієнт О., 55 років госпіталізований у терапевтичне відділення зі скаргами на сухість в роті, ніктурію, поліурію, полідиспію, загальну слабкість, затерпання та мерзлякуватість нижніх кінцівок, біль голови, почервоніння обличчя, запаморочення, загальну слабкість.

З анамнезу відомо, що вищеописані скарги став відмічати з грудня 2024 року коли було встановлено вперше діагностований ЦД 2 типу, стадія декомпенсації (HbA1C 16,31%, кетони сечі 3+). З того часу приймав пероральні цукрознижуючі препарати (метформін 2000 мг/добу та дапагліфлозін 10 мг/добу). У зв'язку з подальшим погіршенням стану (наростанням кетонемії, погіршенням зору, вираженої загальної слабкості та відкритими ранами нижніх кінцівок, які не загоюються), госпіталізований у відділення терапії для подальшого обстеження та лікування.

При об'єктивному обстеженні відхилень не було. SpO<sub>2</sub> – 98%, АТ – 140/90 мм рт.ст., ЧСС – 81 уд/хв. При лабораторному обстеженні в загальному аналізі крові без патологічних змін. Загальний аналіз сечі: глюкоза 3+, кетони 2+, всі інші показники в нормі. Біохімічний аналіз крові: глюкоза 11,7 ммоль/л, загальний білок, креатинін, сечовина, АЛТ, АСТ, загальний білірубін, електроліти – в нормі. Аналіз на фактори вуглеводного обміну: інсулін 2,01 мкМО/мл, С-пептид 1,15 нг/мл, НОМА-IR 0,93, HbA1C 10,0%. Аналіз на АТ до GADA: 58,24 Од/мл. Аналіз на АТ до котранспортеру цинку 8: 39 Од/мл. Глюкозуричний профіль: 08:00 – 16:00 п.в. 1010, глюкоза 0,2 ммоль/л; 16:00 – 24:00 п.в. 1014, глюкоза 1,5 ммоль/л; 24:00 – 08:00 п.в. 1017, глюкоза 61,0 ммоль/л. Глікемічний профіль: 10,4 – 13,2 – 17,4 – 15,0 ммоль/л. Дуплексне сканування артерій нижніх кінцівок: ознаки атеросклеротичного ураження артерій на рівні клубово-стегнового-підколінних сегментів із багатопверховими стенотичними змінами 50-60%, на рівні гомілкових артерій ураження характерні для ангіопатій.

На основі обстежень діагностовано: LADA-діабет, важкого ступеня, стадія декомпенсації. Для контролю рівня глюкози було застосовано базис-болусну терапію в загальнодобовій дозі 66 Од (Тожео + Новорапід). Глікемічний профіль (після введення інсуліну): 5,1 – 6,2 – 4,9 – 5,7 ммоль/л. Після проведеного лікування стан хворого покращився: зменшення кількості актів сечовипускання, відсутність ніктурії, прояснення свідомості (внаслідок купування кетонемії), зменшення ознак ангіо- та нейропатії нижніх кінцівок, загоєння ран.

Висновки. У хворих на ЦД резистентних до лікування доцільно обстежувати на інші типи ЦД з метою своєчасної діагностики, визначення

тактики лікування та подальшого спостереження. Популяризація знань серед лікарів щодо діагностики LADA-діабету покращує тривалість та якість життя пацієнтів.

## ДІАГНОСТИКА ПРИХОВАНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Вагиль С.*

Науковий керівник: асистент Лабінська О.

Кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність теми. Задишка – одна з частих скарг, яку висловлюють пацієнти, але водночас вона може бути проявом патології зі сторони різних систем. Класично тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) асоціюється із раптово виниклою задишкою, однак немасивна ТЕЛА може не проявитися раптово виниклою задишкою, що значно утруднює діагностичний процес. Через варіабельність клінічної картини ТЕЛА часто є складною для діагностики, що зумовлює пізні виявлення та високу летальність. Своєчасне розпізнавання та адекватна терапія значно підвищують шанси на виживання пацієнтів, що підкреслює необхідність глибокого знання патофізіології, діагностичних алгоритмів та сучасних підходів до лікування цього стану.

Мета дослідження: описати клінічний випадок виявлення прихованої тромбоемболії легеневої артерії.

Пацієнт В., 50 років, поступив у приймальне відділення зі скаргами на виражене серцебиття, перебої в роботі серця, загальну слабкість, задишку в стані спокою, зниження толерантності до фізичного навантаження. Вважає себе хворим протягом 2 тижнів, коли вперше з'явилося серцебиття. Стан різко погіршився за день перед викликом бригади екстреної медичної допомоги – різко росли вищеперераховані скарги. Пацієнт активно займається спортом, не має надмірної маси тіла.

Встановлено діагноз: Персистуюча форма тріпотіння передсердь (СНА2DS2-VaSc 5 балів), проведена медикаментозна кардіоверсія з відновленням синусового ритму. Слід зазначити, що під час проведення ЕхоКГ в день поступлення було виявлено легеневу гіпертензію (ЛГ) середнього ступеня тяжкості, недостатність трикуспідального клапана (ТК) середнього ступеня тяжкості, дилатацію правого шлуночка (ПШ) та перенесений задньо-боковий інфаркт міокарда зі зниженою систолічною

функцією лівого шлуночка (ЛШ) (ФВ – 45%).

Після відновлення синусового ритму та призначення відповідного медикаментозного лікування серцевої недостатності та ішемічної хвороби серця, постало завдання встановити причину легеневої гіпертензії. Пацієнт заперечував в анамнезі будь-яку раптову появу задишки.

Відомо, що ехокардіографія за допомогою непрямих методів дозволяє диференціювати причини ЛГ викликані об'ємним перевантаженням або перевантаженням тиском. Якщо перший варіант вказує на патології зі сторони серця, то другий – на ймовірне ураження легень. Таким чином було запідозрено ураження легень та скеровано пацієнта на комп'ютерну томографію (КТ) органів грудної порожнини. Заключення: КТ-ознаки тромбоемболії дистальних частин легеневих артерій з поширенням на часткові сегментарні та субсегментарні гілки обох легеневих артерій; помірна дилатація легеневих артерій. Далі було проведено пошук причин ТЕЛА. За результатами дуплексного УЗ сканування судин ший і судин обох ніг виявлено ознаки помірного атеросклерозу сонних артерій з обох сторін. Також було запідорено можливість онкологічного процесу та проведено КТ всього тіла з контрастуванням. Неопластичних утворень паренхіматозних та порожнистих органів виявлено не було.

Останній діагностичний крок передбачав виключення тромбофілії. Були проведені лабораторні та молекулярно-генетичні дослідження, які не виявили жодної патології.

Для лікування ТЕЛА використали еноксипарин (на момент перебування в стаціонарі) та ривароксабан (для амбулаторного лікування) згідно протоколу.

Через 2 місяці після виписки зі стаціонару пацієнту проведено контрольні ЕхоКГ та КТ органів грудної клітки з контрастуванням. За результатами КТ було виявлено, що судини легень прохідні, без ознак тромбоемболії. За даними ехокардіографії: відсутня легенева гіпертензія, тривіальна недостатність ТК, відновлена систолічна функція ЛШ, зменшення розмірів ПШ.

Заклучний діагноз: Тромбоемболія дистальних частин легеневих артерій з поширенням на часткові сегментарні та субсегментарні гілки обох легеневих артерій, високого ризику. Недостатність трикуспідального клапана 1 ступеня тяжкості. Помірного ступеня легенева гіпетензія. СН ІА (стадія С) HFimpEF з покращеною фракцією викиду лівого шлуночка (15.11.2024 р. ФВ ЛШ = 45%, 21.11.2024 р. ФВ ЛШ = 64%), ІІ ФК за NYHA. ІХС: постінфарктний (2016 р., стентування 2016 р.) кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІІ стадія (гіпертензивне серце,

перенесений ІМ), 2 ступінь, дуже високий ризик. Недостатність мітрального клапана І ступеня тяжкості. Персистуюча форма тріпотіння передсердь (CHA2DS2-VaSc 5 балів), медикаментозна кардіоверсія (14.11.2024), відновлено синусовий ритм. Помірний атеросклероз сонних артерій з обох сторін. Дифузно-токсичний зоб, тиреотоксикоз. Цукровий діабет, 2 тип, інсулінонезалежний, стадія декомпенсації.

Висновки. Клінічний випадок демонструє складність діагностики немасивної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), яка може протікати з неспецифічними симптомами, такими як прогресуюча задишка без виражених об'єктивних ознак. Вчасне використання сучасних методів візуалізації (ЕхоКГ, КТ-ангіографія) дозволило встановити точний діагноз та виключити інші можливі причини задишки, зокрема онкопроцес. Комплексний підхід до обстеження пацієнта є критично важливим для виявлення прихованої ТЕЛА. Рання діагностика та адекватна антикоагулянтна терапія забезпечують позитивну динаміку та зниження ризику ускладнень.

## ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ: ПОРІВНЯННЯ ПЛАЗМОЛІФТИНГУ ТА ХІРУРГІЧНОГО ВИСІЧЕННЯ

*Ващенко О.*

Наукові керівники: Прихідько Р., Заєць С.

Кафедра хірургії №5

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Анальна тріщина – це одна з найпоширеніших проктологічних проблем, яка супроводжується сильним болем, спазмом сфінктера, кровотечами та значним погіршенням якості життя. Класичним методом лікування є хірургічне висічення з можливим сфінктеротомією, що демонструє високу ефективність, але має ризики ускладнень, таких як нетримання газів, повторні розриви та тривалий відновний період. Нещодавно в проктології почали застосовувати інноваційний метод – плазмоліфтинг (введення плазми, збагаченої тромбоцитами – PRP), що активує регенерацію тканин, зменшує запалення та прискорює загоєння без потреби в хірургічному втручанні.

Мета дослідження. Порівняти ефективність лікування хронічної анальної тріщини за допомогою плазмоліфтингу та хірургічного висічення, з урахуванням рівня болю, часу загоєння, ризику ускладнень та рецидивів.

Матеріали і методи. Було проаналізовано 24 клінічні випадки:

основна група (12 людей): лікування PRP-терапією (2-3 ін'єкції плазми в зону тріщини з інтервалом 7 днів). Контрольна група (12 людей): хірургічне висічення анальної тріщини із частковою латеральною сфінктеротомією. Пацієнти обох груп були приблизно однакові за віком (середній вік – 41,5 року) та тривалістю симптомів (>6 тижнів). Оцінювали: інтенсивність болю (за шкалою ВАШ), швидкість загоєння (за клінічними та візуальними критеріями), наявність ускладнень, частоту рецидивів протягом 3 місяців.

Результати. У пацієнтів основної групи біль зменшувався вже після першого введення PRP, а повне загоєння в середньому настало через  $21 \pm 3$  дні. У контрольній групі біль зберігався до 5-7 днів після операції, загоєння тривало до  $30 \pm 4$  днів. Ускладнення (легке нетримання газів) зафіксовані в 2 випадках після хірургічного висічення. Рецидиви: в обох групах по одному випадку (через недотримання рекомендацій).

Висновки. Плазмоліфтинг як метод лікування хронічної анальної тріщини продемонстрував хорошу ефективність, меншу травматичність, кращу переносимість та скорочення періоду відновлення. Хірургічне висічення залишається стандартом у складних або рефрактерних випадках, однак у пацієнтів з початковими або середньотяжкими формами тріщини плазмоліфтинг може стати ефективною альтернативою. З урахуванням наведеного досвіду, доцільним є подальше вивчення PRP-терапії в проктології та розробка чітких протоколів її застосування.

## РОЗАЦЕА: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ З ВРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ

*Ващенко В.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Розацеа характеризується стійкою еритемою, телеангіектазіями, папуло-пустульозними висипами та гіперплазією сальних залоз, що призводить до значного погіршення якості життя пацієнтів.

Мета дослідження. Оцінити ефективність комбінованої терапії розацеа із застосуванням місцевих та системних препаратів залежно від клінічної форми, а також проаналізувати вплив лікування на мікробіом шкіри у пацієнтів із супутнім демодекозом.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 52 пацієнта віком від 25 до 60 років, у яких було діагностовано розацію.

Пацієнти були розподілені на дві групи: I (основна) група (n=26): отримувала комбіновану терапію, що включала топічні засоби (метронідазол 0,75% гель або азелаїнову кислоту 15%) та системний антибіотик (доксидиклін у дозі 40 мг/добу) протягом 8 тижнів, контрольна група (n=26): отримувала лише місцеве лікування без застосування системних препаратів. Оцінку ефективності лікування проводили за допомогою наступних методів: IGA (Investigator Global Assessment) – визначення ступеня тяжкості розацеа перед початком лікування та після його завершення. CDLQI (Cardiff Dermatology Life Quality Index) – оцінка впливу захворювання на якість життя пацієнтів. Дерматоскопія – дослідження стану судинної мережі, наявності телеангіектазій та щільності Demodex folliculorum.

Результати дослідження. Клінічне покращення на 4-му тижні терапії у 20 (76,9%) пацієнтів основної групи спостерігалось значне зменшення еритеми та папуло-пустульозних елементів 16 (61,5%). На 8-му тижні клінічне покращення досягло 22 (84,6%). Динаміка показників за шкалами: IGA: середній бал тяжкості захворювання знизився з  $4,2 \pm 0,8$  до  $1,5 \pm 0,6$  ( $p < 0,01$ ). CDLQI: показник якості життя покращився на 65% ( $p < 0,01$ ). Мікробіологічні зміни: щільність Demodex folliculorum зменшилася з  $15,2 \pm 3,4$  до  $5,8 \pm 2,1$  клітин/см<sup>2</sup> після терапії у основній групі ( $p < 0,01$ ).

Результати дослідження демонструють, що застосування комбінованої терапії із включенням системного антибіотика значно покращує клінічний стан пацієнтів із розацією, сприяє зниженню мікробного навантаження на шкіру та позитивно впливає на якість життя. Метод є ефективним і безпечним, особливо у пацієнтів із супутнім демодекозом.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ФЗД У ХВОРИХ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА БАЗІ НАВЧАЛЬНО-ПРАКТИЧНОГО ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

*Висотенко І., Джугань Є., Квацук А., Киричко К., Осипенко Т.Р., Пляс В.*  
Науковий керівник: доцент Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Спірометрія, бодіплетизмографія, пікфлуометрія – методи, які характеризують функцію зовнішнього дихання (ФЗД). Найдоступнішим методом дослідження ФЗД є спірометрія, що широко використовується в діагностиці типу вентиляційних порушень, бронхолегеневої патології та її моніторингу, визначенні ступені втрати працездатності та

скринінгових дослідженнях.

Мета: провести аналіз частоти спірометричних обстежень за 3 роки, з урахуванням віку, статі обстежених пацієнтів та ступені вентиляційних порушень.

Методи дослідження. На базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» та кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів ПДМУ функціонує навчально-практичний пульмонологічний центр, до складу якого входить спірографічний кабінет (апарат «Кардіо + спіро»). Для аналізу взято архівні дані за 2022-2024 рр.

Основні результати аналізу свідчать що, за три роки обстежено 2114 хворих, із них: 1381 (65%) чоловіків та 733 (35%) жінок. У залежності від сезону дослідження ФЗД складало в цілому: весною (658 осіб – 31,2%), літом (439 осіб – 20,8%), восени (555 осіб – 26,2%), взимку (462 осіб – 21,8%), але співвідношення чоловіків: жінок залишалось незмінним, середній відсоток чоловіків склав 65%, а жінок 35%. Згідно вікового розподілу серед чоловіків – це вік від 25-60 років ( $41,5 \pm 3,5$ ), а у жінок вік 45-75 років ( $50,5 \pm 3,3$ ) ( $p < 0.05$ ).

Обструктивні порушення виявлено у 703 пацієнтів (33,25%), рестриктивні – 471 пацієнтів (22,3%), змішані – 496 пацієнтів (23,4%) та норму – 444 пацієнтів (21,05%). У жінок в порівнянні з чоловіками відмічалось більше змішаних порушень (301 жінок та 185 чоловіків) – в 1,6 рази, а у чоловіків – обструктивних порушень (407 чоловіків та 296 жінок) – в 1,4 рази. З кожним роком поступово збільшилось кількість досліджень ФЗД з проведенням бронходилятаційних проб (з 2022-2024 рр. у 1,8 рази) – відповідно збільшилась виявляємість хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми.

Висновки. Отримані співвідношення свідчать, що протягом року необхідність в проведенні дослідження ФЗД найбільша в весняний, осінній періоди, що закономірно пов'язано з загостреннями бронхолегеневої патології саме в ці періоди.

Пріоритет обструктивних порушень у чоловіків на нашу думку пов'язані з способом життя (палінням), а перевага змішаного типу порушень у жінок з збільшенням ІМТ та наявною бронхолегеневою патологією.

Згідно вікового розподілу необхідно звернути увагу чоловікам з 25 років, а жінкам з 40 років на активну профілактику захворювань, особливо модифікацію способу життя, які приводять до розвитку порушень ФЗД різних типів.

## ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ

*Вознюк Г., Донець О., Чепуль О., Дерюга А., Ростовецький М.*

Науковий керівник: доцент Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** На сьогоднішній день не втрачає своєї актуальності проблема діагностики та лікування коморбідних станів, які потребують інтегрального оцінювання стану здоров'я людини. Особливо це актуально для патології серцево-судинної системи, яка продовжує залишатися основною причиною інвалідизації та смертності населення. Найбільш розповсюдженою кардіологічною патологією являється гіпертонічна хвороба (ГХ). Тому вивчення особливостей її перебігу, особливо в поєднанні з іншою патологією, залишається актуальним.

**Мета.** Оцінити стан фізичного здоров'я пацієнтів із ГХ в поєднанні із стенокардією напруги.

**Методи дослідження.** У дослідження включено 20 пацієнтів з ГХ, з них 11 (55,0%) жінок та 9 (45,0%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав  $62,4 \pm 2,6$  років, тривалість захворювання –  $8,4 \pm 1,4$  роки. У 16 (80,0%) осіб діагностовано ГХ II стадії, у 4 (20,0%) осіб – ГХ III стадії, з них у 3 (15,0%) пацієнтів в анамнезі гострий інфаркт міокарда, в 1 (5,0%) пацієнта – гостре порушення мозкового кровообігу. Всі пацієнти були розділені на 2 групи: I група – 9 осіб з ізольованою ГХ, II група – 11 осіб з супутньою стабільною стенокардією напруги: у 6 (54,5%) пацієнтів – II функціональний клас (ФК), у 5 (45,5%) пацієнтів – III ФК. Усім пацієнтам проводилося анкетування з використанням опитувальника оцінки стану здоров'я за останній тиждень Patient Health Questionnaire – PHQ-15.

**Основні результати.** При аналізі скарг больового характеру виявлено, що більше пацієнтів із ГХ та супутньою стенокардією відмічали біль в у руках, ногах, суглобах (1 (11,1%) пацієнт I групи та 4 (36,3%) пацієнта II групи), біль у спині (1 (11,1%) пацієнт I групи та 4 (36,3%) II групи), біль у животі (2 (18,2 %) пацієнта II групи, в I групі – жодного),  $p < 0,05$ . Менструальний біль турбував лише 2 (22,2%) пацієнток I групи,  $p < 0,05$ . Аналізуючи скарги вегетативного характеру, виявлено, що пацієнти з супутньою стенокардією частіше скаржилися на задишку (I група – 2 (22,2%) пацієнти, II група – 8 (72,7%) пацієнтів) та відчуття, немов серце вистрибує з грудей (I група 2 (22,2%) пацієнти, II група – 7 (63,6%) пацієнтів),  $p < 0,05$ . Зі сторони інших скарг достовірних відмінностей між

групами не відмічено. Загалом, рівень вираженості соматичних симптомів у пацієнтів I групи оцінювався як середній і склав  $12,8 \pm 0,4$  бали, у пацієнтів II групи – як високий та склав  $20,3 \pm 1,2$  бали,  $p < 0,05$ .

Висновки. Для пацієнтів із ГХ в поєднанні з стенокардією напруги характерний вищий рівень вираженості соматичних симптомів в порівнянні з пацієнтами з ізольованою ГХ за рахунок скарг больового характеру (болі в животі, спині, руках, ногах, суглобах) та скарг вегетативного характеру (задишка, серцебиття), що необхідно враховувати в клінічній практиці.

## ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ІНСТРУМЕНТ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ РЕНТГЕНОГРАМ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

*Волков І.*

Науковий керівник: доцент Самбург Я.

Кафедра терапії, кардіології та нефрології

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Рентгенографія грудної клітки залишається однією з найпоширеніших діагностичних методик у клінічній практиці для виявлення пневмо-алергологічних та фтизіатричних патологій. Проте інтерпретація отриманих знімків залежить від досвіду лікаря, що може призводити до суб'єктивності й пропуску важливих змін. Застосування штучного інтелекту (ШІ) та глибоких нейронних мереж дозволяє автоматизувати аналіз зображень, покращити стандартизацію діагностики та сприяти швидкому виявленню патологій.

Мета. Оцінити сучасні досягнення досліджень, присвячених використанню ШІ для автоматичної інтерпретації рентгенівських знімків грудної клітки та визначити перспективи інтеграції таких систем у клінічну практику.

Методи дослідження. Було здійснено огляд наукових публікацій, опублікованих з 2017 р. по 2023 р., за допомогою баз даних PubMed та IEEE Xplore. До аналізу були відібрані дослідження, в яких використовувалися відкриті набори даних, такі як ChestX-ray14, MIMIC-CXR тощо. Основна увага приділялася роботам, де застосовувалися архітектури глибокого навчання (наприклад, CNN, DenseNet, EfficientNet) для виявлення патологій, включаючи пневмонію та туберкульоз. Дослідники порівнювали ефективність моделей із діагностичною точністю досвідчених радіологів.

Основні результати. У дослідженні Rajpurkar et al. (2017) була

представлена модель CheXNet, яка демонструвала здатність виявляти пневмонію на основі рентгенівських знімків із продуктивністю, що порівнювалася з показниками фахівців. Також у роботі Irvin et al. (2019) було показано, що моделі, що навчалися на наборі даних MIMIC-CXR, демонструють високий рівень ефективності у розпізнаванні різних патологій, що зумовлено використанням спеціальних методик обробки невизначеності в анотаціях. Дослідження Lakhani та Sundaram (2017) підтвердило, що автоматизований аналіз рентгенівських знімків для виявлення туберкульозу може досягати діагностичних показників, співставних із оцінкою досвідчених радіологів.

Висновки. Отримані результати свідчать про високий потенціал застосування ШІ для інтерпретації рентгенівських знімків грудної клітки як допоміжного інструменту діагностики. Використання нейронних мереж сприяє стандартизації тлумачення зображень та може служити підтримкою прийняття клінічних рішень. Незважаючи на це, для впровадження таких систем у повсякденну клінічну практику необхідна подальша валідація моделей на великих та різномірних наборах даних.

## ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

*Гак К., Завалко І.*

Науковий керівник: доцент Гриценко Є.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Серед захворювань травної системи питома вага жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) у дітей становить понад 1%. Останні 10 років характеризуються не тільки зростанням частоти цієї патології в десять разів, але і явним її омолодженням.

Мета дослідження. Аналіз результатів лікування дітей з ЖКХ.

Матеріали та методи. Проаналізовано досвід лікування 38 дітей з ЖКХ віком від 4 до 17 років (хлопчиків – 14, дівчаток – 24). Причиною ЖКХ в 3 випадках була мікросфероцитарна анемія, в 8 – аномалії розвитку жовчовивідних шляхів (ЖВШ), в 27 – явної причини не виявлено. Діагностичний комплекс включав клініко-амнестичні дані, ультразвукове дослідження, МРТ холангіографія, біохімічний аналіз крові.

Результати. Клінічні прояви ЖКХ у дітей характеризувалися переважно хронічним перебігом калькульозного холециститу, діагнованим у 51% хворих. У 49% випадків перебіг ЖКХ клінічно не проявлявся.

Консервативне лікування проводили з використанням суспензії, що містить урсодезоксихолову кислоту з розрахунку добової дози 20 мг на 1 кг маси тіла 1 раз в день на ніч. Можливість проведення консервативного лікування визначалася при діаметрі каменів, що не перевищував 10 мм з їх локалізацією в жовчному міхурі (ЖМ), збереженій скоротливій здатності ЖМ і прохідності жовчних проток, мотивованості батьків. Тривалість лікування складала від 6 до 24 місяців, при відсутності позитивної динаміки протягом 12 місяців лікування припинялося. Терапевтичний ефект контролювався кожні 3 місяців ультразвуковим дослідженням жовчних шляхів і біохімічним дослідженням сироватки крові. Регрес клінічних та ехографічних симптомів відмічено у 16 пацієнтів.

Прооперовано 22 хворих. Показаннями до оперативного лікування були аномалії розвитку ЖВШ з порушенням функції ЖМ, активний запальний процес в ЖМ, множинні та великі конкременти конкременти, анамнестичні вказівки на епізоди обтураційної жовтяниці, поява або збереження на тлі консервативної терапії нападів жовчної коліки. Виконано лапароскопічну холецистектомію за допомогою лапароскопічного обладнання Richard Wolf GmbH (Німеччина), призначеного для дитячого віку.

Висновок. ЖКХ у дитячому віці вимагає індивідуальних підходів до консервативного та оперативного лікування цих хворих. Приоритетним методом лікування ЖКХ у дітей є консервативна терапія. Холецистектомія розглядається як операція видалення незворотно зміненого ЖМ, що загрожує дитині розвитком ускладнень.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗЧИНІВ ПРОПОФОЛУ ТА ТІОПЕНТАЛУ НАТРІЯ ДЛЯ ІНДУКЦІЇ В АНЕСТЕЗІЮ

*Галушко М.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Індукція в загальну анестезію – ключовий етап, що визначає подальший перебіг оперативного втручання. Вибір препарату для індукції повинен забезпечувати швидкий початок дії, мінімальний вплив на гемодинаміку, короткий період відновлення свідомості та низький ризик побічних реакцій. Найбільш поширеними

індукційними препаратами залишаються пропофол та тіопентал натрію, кожен з яких має свої переваги та недоліки.

Мета дослідження. Порівняльна оцінка гемодинамічних змін, якості індукції та побічних ефектів при застосуванні розчинів пропофолу та тіопенталу натрія для введення в анестезію.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі КНП «Гадяцька міська центральна лікарня» у період з 01.01.2025 по 01.04.2025. У дослідження включено 40 пацієнтів віком від 30 до 60 років без тяжкої супутньої патології. Сформовано дві групи по 20 осіб. Першій групі для індукції застосовано розчин пропофолу у дозі 2 мг/кг внутрішньовенно, другій – тіопентал натрія у дозі 5 мг/кг внутрішньовенно. Моніторинг ЧСС, АТ, часу настання та виходу з анестезії проводився за допомогою кардіомонітора. Статистична обробка здійснена методом прикладного статистичного аналізу.

Результати дослідження. У пацієнтів першої групи (пропофол) спостерігалось зниження середнього АТ в середньому на 18,2% від вихідного значення, ЧСС зменшувалась на 9,7%. У другій групі (тіопентал натрія) зниження АТ складало 10,5 %, ЧСС незначно підвищувалась (на 4,2%). Настання сну при використанні пропофолу було швидшим (в середньому 28 с) порівняно з тіопенталом (в середньому 42 с). Відновлення свідомості після припинення введення у пропофолу тривало в середньому 8 хв 20 с, тоді як у тіопенталу натрія – 12 хв 10 с. У 4 пацієнтів з групи пропофолу відзначались короточасні епізоди гіпотензії, які не потребували медикаментозної корекції. У групі тіопенталу натрія частіше фіксувалися прояви післянаркозної сонливості та запаморочення (8 пацієнтів).

Висновок. Згідно з отриманими результатами, пропофол демонструє більш прогнозовану та керовану індукцію з меншим післянаркозним періодом, проте вимагає обережності при наявності гіпотензії. Тіопентал має менш виражений вплив на АТ, але повільніший початок і триваліше відновлення. Вибір препарату повинен базуватись на клінічній ситуації та індивідуальних особливостях пацієнта.

## ОСОБЛИВОСТІ ОСТІОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ РИНОСИНУСИТІ БЕЗ НАЗАЛЬНИХ ПОЛІПІВ

*Гасюк Д.*

Науковий керівник: к.мед.н. Безега М.

Кафедри оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. За даними статистичних досліджень хронічний риносинусит вважається другим за поширеністю серед усіх хронічних хвороб та уражує до 16% дорослого населення. Згідно сучасним уявленням, хронічний риносинусит не є захворюванням у типовому сенсі, це синдром, що має 2 різновиди: з назальними поліпами та без них, які, в свою чергу, представлені чотирма фенотипами. Блокада остіомеатального комплексу лежить в основі патогенезу хронічного риносинуситу, тому дослідження змін у ньому дозволить розробити нові, більш ефективні, методи лікування.

Мета – визначити особливості остіомеатального комплексу при хронічному риносинуситі без назальних поліпів.

Об'єкт та методи дослідження. Дослідження проводились на 27 пацієнтах із хронічним риносинуситом без назальних поліпів, які мали гіперпластичні зміни слизової на структурах остіомеатального комплексу. Усім пацієнтам проводилась біопсія гіперпластично-зміненої слизової з подальшою функціональною ендоскопічною синус хірургією. Для морфологічного дослідження використовували операційний матеріал – слизову оболонку структур остіомеатального комплексу: гачкоподібного відростка, гратчастої були, латеральної поверхні середньої носової раковини. Із отриманого матеріалу за загальноприйнятою методикою виготовляли гістологічні та гістохімічні препарати.

Результати дослідження. При ендоскопічному обстеженні гіперплазія слизової гачкоподібного відростка визначались у 12 (44,4%) пацієнтів, а гратчастої були у 3 (11,1%). У останніх випадках гачкоподібний відросток був гіпоплазований, а його слизова абсолютно не змінена. У 7 (25,9%) пацієнтів спостерігались гіперпластичні зміни слизової оболонки латеральної поверхні середньої носової раковини, які також частково обтурували середній носовий хід. Ще у 5 (18,5%) пацієнтів визначались комбіновані гіперпластичні зміни гачкоподібного відростка та гратчастої були. При морфологічному дослідженні визначено, що слизова оболонка покрита келихоподібно трансформаним миготливим епітелієм. Внаслідок збільшення кількості келихоподібних клітин

підвищується секреція слизу та змінюються його реологічні властивості, а в результаті зменшення кількості миготливих клітин знижується циліарна активність. У власному шарі спостерігається набряк сполучної тканини, розширені кровоносні та лімфатичні судини, лейко-лімфоцитарні інфільтрати.

Висновки. Отже, проведені дослідження свідчать, що гіперпластичні зміни слизової оболонки формуються на різних структурах остіомеатального комплексу та блокують дренажну систему передньої групи параназальних синусів. Це відбувається за двома патогенетичними механізмами. По-перше, слизова оболонка покрита келихоподібно трансформованим епітелієм, на поверхні якого виникає уповільнення мукоциліарного транспорту. По-друге, у власному шарі слизової спостерігається набряк сполучної тканини та лейко-лімфоцитарна інфільтрація.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІДОБРАЖЕННЯ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ У СПОНТАННІЙ ТВОРЧОСТІ (НА ПРИКЛАДІ АНАЛІЗУ МАЛЮНКІВ ХВОРИХ)

*Гаургова М., Куц В.*

Науковий керівник: доцент Рудь В.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вивчення художньої діяльності хворих на шизофренію дає нові можливості для розуміння психічного стану пацієнтів в періоди ремісії. Малюнки є унікальним діагностичним матеріалом, через який можна простежити емоційні, когнітивні та поведінкові зміни, притаманні різним фазам захворювання, що дозволяє покращити підходи до реабілітації та соціалізації хворих.

Мета дослідження. Аналіз малюнків хворих на параноїдну шизофренію для виявлення характерних рис, що відображають клінічну симптоматику захворювання.

Методи дослідження. У дослідженні взяли участь 19 чоловіків віком 23-46 років з діагнозом «параноїдна шизофренія». Малюнки створені під час стаціонарного лікування та в період ремісії. Застосовувалися клініко-анамнестичний метод і аналіз зображень за критеріями Ноємі Мадейської (характер лінії, перспектива, колір, тематика, декоративність).

Результати дослідження. Малюнки характеризувалися грубими, нерухомими або, навпаки, тремтливими, нав'язливими лініями. Часто

спостерігались одноманітність, переривчастість і втрата експресії – як відображення емоційного згасання. Подвійні контури зустрічались у пацієнтів із тривогою. Візуальні елементи підкреслювали аутичні та відчужені риси особистості.

Більшість робіт були без глибини. Часто предмети мали «прозорі» обриси, або демонстрували внутрішні частини – мозок, серце, думки, що символізувало психотичне сприйняття дійсності. У деяких випадках порушення перспективи проявлялося в картографічному підході до композиції. Ці особливості можуть бути наслідками функціональних змін у мозку та відображати когнітивний дефіцит.

Під час загострення малюнки переважно чорно-білі, що свідчить про домінування раціонального над емоційним. У роботах з кольором спостерігалася схильність до емоційно насичених, іноді контрастних палітр, які відповідали афективним станам (тривога, страх, депресія). Особливістю був глибокий індивідуальний символізм кольору, що є проявом патологічного символізму – характерного дефекту мислення при шизофренії.

Висновки. Малюнки хворих на шизофренію є цінним джерелом інформації про характер мислення, емоційні стани та рівень дефектної симптоматики. Їхній аналіз дозволяє більш точно визначити тип розладу, особливості перебігу хвороби та рівень збереження когнітивних і емоційних функцій. Художня діяльність, навіть спонтанна, може стати не лише способом вираження внутрішнього досвіду, а й засобом психотерапевтичної роботи.

## MONS ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ БАЗАЛЬНОКЛІТИННОЇ КАРЦИНОМИ ШКІРИ ЗОНИ ВИСОКОГО РИЗИКУ РЕЦИДИВУ

*Гітя В.*

Науковий керівник: доцент Кравців М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Згідно даних взятих з національного канцер-реєстру України за 2023 р. було зареєстровано 13267 випадків захворювання на ВСС (базальноклітинну карциному) по всій країні, в Полтавській області 569 випадків.

Метою нашого дослідження є покращення якості життя, зменшення кількості рецидивів, збереження естетичного вигляду у пацієнтів, яких було прооперовано з приводу базальноклітинної карциноми.

Ми проаналізували кількість рецидивів за рік ВСС шкіри обличчя у пацієнтів, які були прооперовані за методом хірургії Mohs та пластикою місцевими тканинами, з кількістю рецидивів у пацієнтів яким було виконано стандартне висічення.

У період з 01.01.2024 р. по 28.02.2025 р. кількість зареєстрованих випадків ВСС шкіри носа, які стали на облік в КП «Кременчуцький обласний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради» склало 23 людини (серед яких 15 жінок та 8 чоловіків). З них 12 були прооперовані за методом хірургії Mohs з пластикою місцевими тканинами, 11 оперовані стандартним висіченням. Пацієнтам кожні 3 місяці проводилась дерматоскопія.

Протягом року було виявлено 1 рецидив у пацієнта з групи оперованих за методом хірургії Mohs та 6 рецидивів у пацієнтів, яким виконувалось стандартне висічення (8,3% проти 72,7%;  $p = 0,048$ ).

Пацієнти, яким виконувалось висічення за методом хірургії Mohs було збережено максимально здорової шкіри, що дозволило зробити оптимальну реконструкцію і зберегти естетичний вигляд пацієнта, вони не відмічають погіршення якості життя.

Пацієнти, яким виконувалось стандартне висічення, відмічають погіршення якості життя через надмірну увагу оточуючих до стану п/о рубця.

Висновок. Метод хірургії Mohs дозволяє радикально видалити пухлину та зберегти максимальний косметичний ефект.

## МІКРОГОЛКОВИЙ RF-ЛІФТИНГ У ЛІКУВАННІ АКНЕ, ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

*Головко Ю.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне – це запальне захворювання сальних залоз, що виникає внаслідок поліетіологічних змін у структурах шкіри. Захворювання супроводжується папуло-пустульозними запальними елементами, які розташовуються на обличчі, спині, грудях, тобто тих ділянках, які мають велику кількість сальних залоз. Існує багато чинників, що провокують це захворювання, а основні з них це: спадкова схильність та анатомічна будова сальної залози; неправильно підібраний догляд або його відсутність (використання надмірно агресивних засобів догляду,

комедогенних кремів, рутинне користування декоративною косметикою); гормональні зміни організму (менструальний цикл, пубертатний період, менопауза, стрес чи певні психологічні захворювання); надмірне вживання солодощів, молока та інших продуктів, які стимулюють інсуліноподібний фактор; захворювання гінекологічного чи гастроентерологічного характеру. RF-ліфтинг – радіочастотна (RF) терапія або радіочастотна підтяжка шкіри – це найефективніший нехірургічний метод підтяжки шкіри, який спрямований на стимуляцію вироблення колагену. Він використовує радіочастотну енергію для нагріву дерми та підтяжки шкіри, не травмуючи при цьому верхній її шар.

Мета дослідження: визначити ефективність застосування апаратних методик в лікуванні застійних плям після активних висипань акне.

Матеріали та методи. Було проведено клінічне дослідження за участю 38 осіб із підтвердженим діагнозом акне, після лікування топічними засобами, в яких на шкірі було виявлено постзапальні застійні плями. Учасників поділили на дві групи: I група – 19 пацієнтів отримували комбіновану терапію (бензоїлпероксид + ніацинамід), а іншим 19 (II група) – провели процедуру мікроголкового RF-ліфтингу. Оцінювання ефективності здійснювали на 2-му, 4-му та 8-му тижнях терапії.

Результати дослідження. Через 2 тижні у 11 (57,9%) пацієнтів I групи та у 28 (63,4%) пацієнтів II групи відзначалося помітне зменшення пігментації. Через 4 тижні у 14 (73,7%) пацієнтів обох груп відмічено зменшення проявів пігментації, а через 8 тижнів у 15 (78,9%) I групи та 18 (94,7%) пацієнтів II групи спостерігалось значне покращення стану шкіри та відсутність пігментації. Окрім того, у пацієнтів II групи застосування мікроголкового RF-ліфтингу сприяло колаген та еластинстимуляції, а також поверхневому шліфуванню шкіри.

Висновки. Використання комбінованого підходу до лікування акне, з включенням апаратних методик, а саме застосуванню мікроголкового RF-ліфтингу, сприяє значному зменшенню проявів пост запальної пігментації, сприяє значному покращенню якості шкіри пацієнта. Дана апаратна методика ефективно зменшує запалення, пігментацію і гіперемію, а також сприяє покращенню загальної якості життя хворих. Окрім того, метод лікування демонструє високий профіль безпеки, оскільки не було зафіксовано небажаних реакцій.

# АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОНАРТРОЗУ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОРИГУЮЧОЇ ОСТЕОТОМІЇ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ТА АРТРОСКОПІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

*Головань С., Будаков М., Мищенко К.*

Науковий керівник: асистент Ковальов О.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гонартроз – одна з найпоширеніших дегенеративно-дистрофічних патологій опорно-рухового апарату, яка істотно знижує якість життя пацієнтів. За відсутності своєчасного та ефективного лікування можливий розвиток значної функціональної недостатності. Серед сучасних хірургічних методів лікування гонартрозу провідне місце займають коригуюча остеотомія великогомілкової кістки, артроскопія та ендопротезування колінного суглоба.

Мета. Оцінити клінічну ефективність лікування медіального гонартрозу при використанні коригуючої остеотомії великогомілкової кістки та артроскопії колінного суглобу.

Методи дослідження. Обстежено 60 пацієнтів віком від 42 до 75 років із медіальним гонартрозом II-III стадії. Хворим проводилося передопераційне обстеження: рентгенографія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографії. Лікувальний комплекс складався з оперативного втручання, фармакологічної та фізіофункціональної підтримки. Усіх пацієнтів поділено на дві групи: I група отримувала артроскопічну санацію, II група – комбіноване лікування із застосуванням коригуючої остеотомії з накістковим металоостеосинтезом та артроскопії. Артроскопічне втручання включало абразивну хондропластику, видалення хондроматозних тіл, часткову синовектомію, резекцію ушкоджених ділянок менісків, дебридмент колінного суглобу. Ефективність оцінювали за шкалами WOMAC, VAS, Lysholm у динаміці протягом 12 місяців після операції.

Основні результати. До операції всі пацієнти скаржилися на стійкий біль, відчуття скутості рухів у колінних суглобах. Внутрішньосуглобовий хрускіт відчувався у 56 (93,3%) пацієнтів, 6 (10%) осіб відмічали регулярне заклинювання суглобу під час ходи. Основними клінічними ознаками, що спостерігалися, були біомеханічні порушення та функціональна недостатність колінного суглобу. Ускладнень не зафіксовано. У пацієнтів групи комбінованого лікування відзначалося більш виражене зменшення болю, покращення функції та вищий рівень задоволеності лікуванням, що пов'язується з етапним збільшенням вісьового навантаження у

період зрощення великогомілкової кістки та після нього. Через 12 місяців після операції середній бал за шкалою WOMAC зменшився на 45% у II групі порівняно з 25% у I групи.

Висновки. Комбіноване застосування коригуючої остеотомії великогомілкової кістки та артроскопії колінного суглоба є ефективним методом лікування медіального гонартрозу II-III стадії. Такий підхід забезпечує вирівнювання механічної вісі нижньої кінцівки, зменшення навантаження на уражену зону суглоба, уповільнення прогресування дегенеративних змін, скорочення строків непрацездатності та покращує якість життя.

## ВИКОРИСТАННЯ ПОЛАНТИБІОТИКОВІСНИХ МАЗЕЙ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ДОВГОНЕЗАЖИВАЮЧИХ РАН

*Голуб Л.*

Науковий керівник: доцент Прихідько Р.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Однією з причин пролонгації другої фази раневого процесу є поява, а потім персистенція стійких бета-лактамних штамів, що складають від 40% до 70%. Хронічні довгонежаживаючі рани є чудовим майданчиком та мають ідеальні умови, які дозволяють тривалий час знаходитись інфекції в рані. Хронічні нежаживаючі рани поверхневої та середньої глибини в більшості випадків потребують виключно місцевої терапії без використання перорального чи парентерального антибіотика.

Мета. Дослідити ефективність трикомпонентної антибіотиковмісної мазі в місцевому лікуванні хронічних довгонежаживаючих ран в умовах полірезистентності флори рани.

Матеріали і методи. Нами було проаналізовано лікування двох груп пацієнтів. Основна група складалась з 16 пацієнтів, які надійшли в стаціонар в плановому порядку та мали довгонежаживаючі рани в області гомілок. Тривалість лікування на до госпітального етапі становила від 3-х місяців. Довгонежаживаючі рани були венозного генезу. У лікуванні основної групи передбачався активний механічний дебридмент рани з подальшим нанесенням на неї багатокомпонентної мазі, яка містила 3,5 мг неоміцину сульфату, 5000 ОД поліміксину Б та 400 ОД бацитрацину цинку. Мазь вносили щоденно протягом 8-ми днів лікування. Група порівняння складалась з 18 пацієнтів з тотожною

патологію, проте в місцевому лікуванні, окрім, механічного дебридменту використовувались інсталяції серветок з хлоргексидином та глюконатом щоденно.

Результати. При порівнянні двох досліджуваних груп слід відмітити, що при поступленні на 4-у та 8-му добу лікування у всіх пацієнтів відбиралися мазки на флору та чутливість до антибіотиків. Суб'єктивним показником площі зменшення рани слугував також порівняльний аналіз зменшення площі ран, який проводився за допомогою онлайн сервісу. При аналізі посівів у I групі монофлора у вигляді *Klebsiella pneumoniae* висівалася у 34% пацієнтів, ще у 36% першої групи висівалась поєднані культури у вигляді *Klebsiella pneumoniae* та MRSA (*Staphylococcus aureus*). У інших 30% відсотках висівався стійкий *Proteus mirabilis*. Наступний контрольний посів, що проводився на 4-ту добу в основній групі зафіксував зниження відсотку виявлення монофлори у вигляді флори *Klebsiella pneumoniae* з 34% до 16%, поліморфної флори з 36% до 12%, флори *Proteus mirabilis* з 30% до 4%. В інших посівах анаеробна бакфлора не виявлена. На 8-му добу стаціонарного лікування в основній групі в усіх пацієнтів при отриманні результатів посіву анаеробна флора була відсутня. У контрольній групі – *Klebsiella pneumoniae* була виявлена у 31%, міксфлора у вигляді *Klebsiella pneumoniae* та MRSA (*Staphylococcus aureus*) виявлялась у 41%, а *Proteus mirabilis* у 28%. При другому контрольному посіві монофлору у вигляді *Klebsiella pneumoniae* повторно висіано у 26%, міксфлору у 32%, а *Proteus mirabilis* у 18%. На 8-му добу у групі порівнянні було у 21% виявлено *Klebsiella pneumoniae*, міксфлора – у 17%, *Proteus mirabilis* висіаний – у 18%. Проводилися контрольні заміри ран при поступленні та на 8-му добу: у пацієнтів основної групи розміри рани зменшились в середньому на 9,8%, в той час як в групі порівняння цей показник склад 2,6%.

Висновки. Отже, враховуючи отримані результати можемо проаналізувати переважаючу ефективність трьохкомпонентної мазі у елімінації антибіотикостійких штамів в лікуванні хронічних довгонежаживаючих ран. Іншою позитивною стороною виявилось прискорення третьої стадії раневого процесу, яке проявлялось стійким, тенденційним зменшенням площі самої рани.

# ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДКРИТОГО (ЛАПАРОТОМНОГО) ТА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ

*Голуб Л.*

Науковий керівник: доцент Кравців М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Вентральні післяопераційні грижі – це ускладнення, яке виникає після порушення цілісності та міцності черевної стінки внаслідок хірургічного втручання. Їх частота досягає 10-20% після лапаротомій. Ефективне хірургічне лікування є критичним для зменшення ризику рецидиву та покращення якості життя пацієнтів. У сьогоденній хірургічній практиці застосовуються два принципово різні методи: відкрита герніопластика (sublay) з використанням сітчастого імплантату та лапароскопічна IPOM-пластика (intraperitoneal onlay mesh). Вибір оптимальної методики герніопластики при вентральних післяопераційних грижах залишається складним клінічним завданням.

**Мета.** Провести статистичне порівняння відкритої sublay-герніопластики та лапароскопічної IPOM-пластики за ключовими клініко-аналітичними параметрами на основі 24 пролікованих випадків.

**Матеріали і методи.** Нами було досліджено 24 пацієнти з вентральними післяопераційними грижами, які були прооперовані у 2022-2024 роках на базі КП «2-а МКЛ ПМР». Пацієнти були розподілені на дві групи: група А (n=12), яким було виконано відкрита герніопластика за технікою sublay з сітчастим імплантатом, а також група В (n=12), яким було виконано лапароскопічну герніопластику за методом IPOM. Для оцінки клінічного аналізу та ефективності методик використовувалось порівняння наступних параметрів: тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, частота післяопераційних ускладнень (скороми, інфекції, гематоми), тривалість госпіталізації, інтенсивність післяопераційного болю (за VAS), частота рецидивів упродовж 12 місяців, задоволеність пацієнтів та естетичний результат.

**Результати.** У результаті клінічного аналізу 24 пацієнтів були отримані такі дані: Середня тривалість операції у групі лапароскопічної IPOM-пластики становила  $62 \pm 14$  хв, тоді як у групі відкритої sublay-герніопластики –  $84 \pm 11$  хв. Обсяг інтраопераційної крововтрати був значно нижчим у групі IPOM ( $52 \pm 15$  мл) порівняно з групою sublay

(128 ± 28 мл). Інтенсивність післяопераційного болю на другу добу за візуально-аналоговою шкалою (VAS) у пацієнтів після IPOM-пластики становила 3 бала, тоді як у групі sublay – 5-6 балів. Середня тривалість госпіталізації після лапароскопічного втручання була 3 ліжко-дні, у той час як після відкритої герніопластики – 6 ліжко-днів. Частота післяопераційних ускладнень у групі IPOM склала 1 випадок із 12 (серома), тоді як у групі sublay – 3 випадки з 12 (2 випадки інфекцій рани, 1 гематома). Частота рецидивів упродовж 12 місяців склала 0 випадків у групі IPOM та групі sublay. Загальна оцінка задоволеності пацієнтів (за шкалою від 1 до 5) у групі IPOM становила 4.5, а у групі sublay – 3.8.

Висновки. Обидві методики є ефективними при лікуванні вентральних післяопераційних гриж. Лапароскопічна IPOM-пластика характеризується кращими показниками у вибраній когорті пацієнтів за рахунок меншої інвазивності, коротшому періоді реабілітації, меншому болю та вищій задоволеності пацієнтів. Відкрита sublay-герніопластика залишається актуальною для пацієнтів з великими грижовими дефектами, супутньою патологією або технічними протипоказами до лапароскопії, однак супроводжується тривалішою госпіталізацією. Обидві методики продемонстрували низьку частоту ускладнень та рецидивів при ретельному дотриманні техніки. Статистично значущі відмінності за кількома параметрами (VAS, тривалість госпіталізації, крововтрата) підтверджують переваги лапароскопічного підходу.

При виборі методу хірургічного лікування вентральних післяопераційних гриж залишається доцільність індивідуалізованого підходу в лікуванні.

## КІБЕРБУЛІНГ ЯК ФЕНОМЕНУ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

*Голуб І.*

Науковий керівник: професор Животовська Л.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Невпинний рівень розвитку сучасних технологій дозволяє нам створювати світ цифрових комунікацій, який зароджує появу нових явищ. Останні статистичні дані засвідчують, що найбільш вразливими є молоді люди, і рівень кібервіктимізації серед підлітків

коливається від 20 до 40%. За даними сучасних досліджень, в Європі близько 18% дітей постраждали від знущань або переслідувань через інтернет та мобільний зв'язок (Iwendi et al., 2020).

Кібербулінг є наслідком часткового перенесення особливих видів взаємодій між індивідуумами в цифровий простір. Фактично, постійний діалектичний процес розв'язування проблем зазнає значних змін за допомогою диджиталізації. Водночас, кіберпростір вирізняється своїм впливом на психіку користувача, враховуючи його здатність до стертя меж взаємоповаги один до одного. Сприйняття цифрової взаємодії ототожнюється з фотографією користувача, а не власне актом комунікації з реальною особистістю. Явище кібербулінгу ускладнюється саме глобальністю мережі інтернет, швидкістю поширення інформації, безкарністю агресивних дій кібербулерів, необмеженістю аудиторії спостерігачів та іншими вагомими факторами. Варто зауважити, що зміна середовища перебування жертви, яка може стати перспективною повного позбавлення від можливих проявів булінгу з боку оточення, не працює у випадку кібернасильства. Кіберконфлікти здатні впливати не тільки на психічне здоров'я особистості, а призводити до формування безпосередніх ризиків для життя, зокрема, до виникнення адиктивних розладів, розладів харчової поведінки та навіть кіберсудциду.

Метою дослідження було визначення вивчення впливу кібербулінгу на психічне здоров'я особистості та поширеність цього явища серед різних вікових груп користувачів.

Методи дослідження. Опитування проводилось за допомогою програмного забезпечення для адміністрування опитування під назвою Google Forms. Учасники отримували посилання завдяки його поширенню в соціальних мережах. Перед початком дослідження кожному було запропоновано ознайомитися з метою дослідження та надати інформовану згоду. До вибірки були включені особи, які вільно володіють українською мовою. до остаточної вибірки увійшло 202 респондента віком від 15 до 59 років, а саме кількість респондентів віком від 15 до 17 років становила 6,4% (13 осіб), 18-25 років – 77,7% (157 осіб), 26-35 років – 6,4% (13 осіб), 36-45 років – 4,5% (9 осіб) та віком 46 років і вище – 4,9 % (10 осіб).

Опитування включало соціально-демографічні показники, цільові питання тестового формату щодо власного досвіду кібербулінгу у кожного респондента та низку психодіагностичних шкал. Для оцінки залежності від соціальних мереж використовувалася Бергенська шкала залежності від соціальних мереж BSMAS (Andreassen et al., 2016).

Застосовувалися також шкала самооцінки Розенберга (RSES), опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) та шкала PHQ-9 для оцінки рівня депресії. Статистичний аналіз проводився за допомогою непараметричного критерію U-Манна-Уїтні та Н-критерію Краскела-Уолліса при рівні статистичної значущості понад 95% ( $p < 0,05$ ). Для визначення середніх показників кількісних змінних використовували медіану із інтерквартильним розмахом (Me [Q1;Q3]). Статистичну обробку результатів дослідження проводили із використанням програми IBM SPSS Statistics V.27.0.

Основні результати. Аналіз результатів дослідження показав, що серед респондентів в процесі кібербулінгу найбільш поширеною була роль спостерігача ( $n=93$ , 46,0%), кібержертвами були 29 осіб (14,3%), кіберагресорами – 20 (9,9%), не приймали участь – 76 осіб (37,6%). За весь період користування online-додатками 54 респонденти (26,7%) зазнали більше 10 епізодів кібербулінгу. Характерного часу активації процесу кібербулінгу не визначено, оскільки більшість респондентів ( $n=52$ , 25,7%) відмітили хвилеподібну тенденцію перебігу без переважаання певного часу доби.

Переважаючим видом кібербулінгу респонденти обрали тролінг ( $n=101$ , 50,0%), у той час як друге та третє місце серед обраних варіантів посіли флеймінг ( $n=45$ , 22,3%) та зламування облікового запису ( $n=36$ , 17,8%). Такі параметри як безкарність агресивних дій кіберагресорів у більшості випадків ( $n=171$ , 84,6%), широкий спектр можливостей демонстрації особистої позиції користувача в цифровому форматі на противагу спілкуванню в реальному режимі ( $n=99$ , 49,0%) та швидкість поширення контенту ( $n=84$ , 41,6%) стали найбільш обраними відповідями.

Серед усіх респондентів було 129 жінок (63,8%) та 73 (36,1%) чоловіка. Порівняння результатів дослідження між жінками та чоловіками показало, що у жінок (15,0 [11,0; 19,0]) порівняно з чоловіками (12,0 [8,5;15,0]) відмічалися вищі показники за шкалою BSMAS ( $Z=3,614$ ,  $p < 0,001$ ), за шкалою RSES – 27,0 [24,5; 28,0] та 24,0 [23,0; 26,5] балів відповідно,  $Z=4,096$ ,  $p < 0,001$ . У жінок також спостерігалися вищі показники тривоги за шкалою GAD-7 (9,0 [6,0;13,0]), ніж у чоловіків (6,0 [3,0;10,0]),  $Z=3,751$ ,  $p < 0,001$  та показники депресії за PHQ-9 (10,0 [6,0; 15,0] та 8,0 [3,0,0; 14,0] відповідно,  $Z=1,998$ ,  $p=0,046$ . Серед усіх показників значущим фактором виявлено суїцидальні думки після кібербулінгу ( $N=53,847$ ,  $p < 0,001$ ), які були найбільш виражені у кібержертв – у 9 осіб (30,0%) порівняно з кіберагресорами – у 1 (5,0%).

Висновки. Таким чином, кібербулінг є очікуваним наслідком

трансформації сприйняття користувачем соціальних мереж на рівні диджиталізованого комунікативного процесу. Цей феномен має тенденцію до поширення, спричинюючи неочікувані наслідки для суспільства. Тому ґрунтовне дослідження цього процесу допоможе оцінити можливий масштаб даного негативного явища, а своєчасність психосоціальних втручань дозволить запобігти несприятливому впливу на психічне здоров'я особистості.

## МОЖЛИВОСТІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В АВТОМАТИЗОВАНІЙ ДІАГНОСТИЦІ КЕРАТОКОНУСУ

*Гонтар А.*

Науковий керівник: професор Безкоровайна І.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У сучасному світі штучний інтелект (ШІ) стрімко інтегрується в повсякденне життя. Однак можливості використання ШІ викликають багато спірних питань щодо безпеки, етичності та обґрунтованості його впровадження. Встановлення діагнозу кератоконусу, а особливо оцінка його прогресування є складною задачею враховуючи необхідність суб'єктивної інтерпретації топографічних та томографічних даних, що потребує високої кваліфікації лікаря та може супроводжуватися варіативністю у висновках. Інтерпретація зображень може бути складною, особливо в закладах первинної медичної допомоги та на ранніх стадіях захворювання (Gawedaetal., 2023).

В іноземній літературі останніх років вже представлені спроби застосування глибоких нейронних мереж для аналізу кератотопографічних карт з метою виявлення кератоконусу на ранніх стадіях, що підтверджує ефективність ШІ як клінічного інструменту (Gawedaetal., 2023; Feldmanetal., 2024), пошук продовжується.

Мета: оцінка ефективності застосування штучного інтелекту для діагностики кератоконусу на основі кератотопографічних даних.

Методи дослідження. Дослідження мало ретроспективний характер і ґрунтувалося на аналізі 59 кератотопографічних карт, отриманих із бази даних кератотопографа Orbscan. До аналізу включено 37 пацієнтів (27 чоловіків та 10 жінок): основна група включала 39 очей пацієнтів із клінічно підтвердженим діагнозом кератоконусу, а контрольна група – 20 очей здорових осіб без ознак патології. Для встановлення діагнозу та визначення стадії кератоконусу використовувалася мовна модель

ChatGPT (OpenAI, 2023), адаптована під стандартизований алгоритм оцінки стану рогівки.

На першому етапі дослідження моделі надавались лише кератотопографічні зображення без жодних інструкцій чи діагностичних критеріїв. Завдання полягало у встановленні діагнозу та стадії кератоконусу виключно на основі власної логіки моделі без зовнішніх обмежень. На другому етапі модель отримувала орієнтовні вказівки щодо ключових діагностичних показників. Остаточне рішення щодо діагнозу та стадії ШІ приймав самостійно, зберігаючи високий рівень автономії. На третьому етапі модель діяла строго відповідно до створеного нами структурованого клінічного алгоритму, який вимагав послідовного урахування кожного діагностичного параметра. Будь-яке відхилення від логіки алгоритму було заборонене, що забезпечило максимально стандартизоване середовище для оцінки ефективності системи. Кожна відповідь ШІ перевірялася щодо відповідності встановленому клінічному діагнозу та коректності стадіювання. Результати аналізу були систематизовані та оцінені за основними показниками діагностичної точності: чутливістю, специфічністю, загальною точністю, прецизійністю, F1-мірою та точністю встановлення стадії.

Основні результати. На першому етапі модель штучного інтелекту класифікувала 31 випадки, як істинно позитивні (TP), 16 – істинно негативні (TN), 4 – хибнопозитивні (FP), та 8 – хибнонегативні (FN). Розраховані діагностичні показники склали: чутливість – 79.5% (95% довірчий інтервал [ДІ]: 64.47 – 89.22), специфічність – 80.0% (95% ДІ: 58.40 – 91.93), загальна точність – 79.7% (95% ДІ: 67.73 – 87.96), прецизійність (точність позитивного передбачення) – 88.6%, F1-міра – 83.8%, точність визначення стадії кератоконусу – 33.33% (13 з 39 випадків; 95% ДІ: 20.63 – 49.02).

На другому етапі модель класифікувала 36 випадків як TP, 19 – TN, 1 – FP, 3 – FN. Відповідні розрахунки показали: чутливість – 92.3% (95% ДІ: 79.68 – 97.35), специфічність – 95.0% (95% ДІ: 76.39 – 99.11), загальна точність – 93.2% (95% ДІ: 83.82 – 97.33), прецизійність – 97.3%, F1-міра – 94.7%, точність визначення стадії – 74.36% (32 з 39 випадків; 95% ДІ: 58.92 – 85.43).

На третьому етапі ШІ класифікував 39 істинно позитивних випадків, 19 – істиннонегативних, 1 – хибнопозитивний, при повній відсутності хибно негативних результатів. Це дало змогу отримати такі метрики: чутливість – 100.0% (95% ДІ: 91.03 – 100.0), специфічність – 95.0% (95% ДІ: 76.39 – 99.11), загальна точність – 98.0% (95% ДІ: 91.0

– 99.7), прецизійність – 97.5%, F1-міра – 98.7%, точність встановлення стадії кератоконусу – 89.74% (35 з 39 випадків; 95% ДІ: 76.42 – 95.94).

Таким чином, модель штучного інтелекту, діючи автономно без заданих критеріїв, продемонструвала обмежену здатність до точного визначення стадії кератоконусу та недостатню стабільність результатів, що вказує на потребу в структурованій діагностичній логіці для практичного використання.

Надання орієнтовних діагностичних параметрів на другому етапі суттєво покращило якість розпізнавання захворювання і його стадіювання, однак зберігалася проблема нестабільності висновків, що підкреслює важливість контролю логіки прийняття рішень у ШІ.

Впровадження чітко структурованого клінічного алгоритму на третьому етапі дослідження забезпечило найвищу точність та стабільність результатів. Модель успішно визначала як наявність кератоконусу, так і його стадію, що підтверджує ефективність поетапного логічного підходу.

Висновки:

1. Впровадження штучного інтелекту в медицину підвищує доступність та об'єктивність медичних рішень, мінімізації людського фактору та прискорення діагностики.

2. ШІ дає можливість виявлення складних або ранніх форм захворювань та оцінки найменшого ступеню прогресування, де інтерпретація зображень вимагає високої кваліфікації.

3. Ефективність штучного інтелекту реалізується повною мірою лише за умови структурованої взаємодії та систематизованого алгоритму.

## ВПЛИВ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МОНІТОРИНГУ ГЛИБИНИ АНЕСТЕЗІЇ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ВІДНОВЛЕННЯ

*Гонтаренко С.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Надмірна або недостатня глибина анестезії під час операції може призводити до ускладнень, таких як інтраопераційна обізнаність (awareness) або затримка післяопераційного відновлення. Інтраопераційний моніторинг глибини анестезії, зокрема за допомогою біспектрального індексу (BIS), дозволяє оптимізувати дозування анестетиків, однак його вплив на швидкість і якість відновлення потребує уточнення.

Мета роботи. Визначити, як використання інтраопераційного моніторингу глибини анестезії впливає на час пробудження, частоту ускладнень і когнітивне відновлення у пацієнтів після загальної анестезії.

Методи дослідження. У рандомізованому контрольованому дослідженні взяли участь 60 пацієнтів віком 18-65 років, яким проводили планові абдомінальні операції під загальною анестезією з використанням севофлурану. Пацієнтів поділили на дві групи: у I групі (n=30) дозування анестетика регулювали за допомогою BIS-моніторингу (цільовий діапазон 40-60), у II групі (n = 30) – за стандартними клінічними ознаками (артеріальний тиск, пульс). Час до екстубації, частоту нудоти та когнітивну функцію (за тестом Mini-Mental State Examination, MMSE) оцінювали через 24 години після операції.

Основні результати. У I групі з BIS-моніторингом середній час до екстубації склав  $8,2 \pm 2,1$  хв порівняно з  $11,5 \pm 3,4$  хв у II групі без BIS-моніторингу. Загальна доза севофлурану була нижчою в I групі ( $1,2 \pm 0,3$  MAC проти  $1,5 \pm 0,4$  MAC). Частота післяопераційної нудоти знизилася з 25% у II групі до 12% у I групі. Оцінка MMSE через 24 години була вищою в I групі ( $28,4 \pm 1,2$  проти  $26,9 \pm 1,5$ ), що свідчить про краще когнітивне відновлення.

Висновки. Інтраопераційний моніторинг глибини анестезії за допомогою BIS-моніторингу сприяє швидшому пробудженню, зменшенню дози анестетиків, зниженню частоти нудоти та кращому когнітивному відновленню після операції. Його рутинне використання може покращити результати анестезії та комфорт пацієнтів, однак необхідні додаткові дослідження для оцінки економічної доцільності.

## ХРОНІЧНІ ПОЛІКІСТОЗНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА ГРИБКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

*Гордейчик В., Решетняк І.*

Науковий керівник: доцент Лобурець В.

Кафедра оториноларингології з офтальмологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Терапія патологій придаткових пазух носа належить до повсякденної клінічної практики оториноларинголога. Фахівці регулярно мають справу як із гострими, так і з хронічними формами ураження слизової оболонки навколоносових синусів.

Етіопатогенетичними чинниками розвитку синуситу вважаються дисфункція остіомеатального комплексу, мукоциліарного кліренсу та порушення аерації синусів. Ці зміни формують сприятливі умови для колонізації та проліферації бактеріальної й грибової мікрофлори.

Одним із морфологічних проявів хронічного запалення слизової оболонки пазух є формування кістозних змін, які, за даними літератури, виявляються у 4-8% загальної популяції пацієнтів з ЛОР-патологією. У межах вибірки хворих із хронічними синуситами частота цих змін зростає до 16%.

До предикторів розвитку інвазії грибкових спор, згідно з науковими джерелами, належать: ендодонтичне лікування молярів верхньої щелепи, ірраціональна антибактеріальна терапія, тривале використання глюкокортикостероїдів (як системних, так і топічних), алергічні стани, а також чинники побутового середовища.

Останніми роками, у ході хірургічних втручань з приводу гіперпластичних форм риносинуситу, спостерігається зростання частоти виявлення мікрокістозних змін слизової оболонки верхньощелепних пазух. Це обумовлює необхідність детального вивчення патогенетичних механізмів їх формування, а також пошуку ефективних підходів до лікування та профілактики цієї патології.

Мета роботи. Виявлення етіологічних чинників формування полікістозних змін шляхом проведення культурального та гістологічного досліджень, а також розробка оптимальної стратегії лікування та профілактики цієї патології.

Матеріали та методи. Бази для дослідження: ЛОР-відділення Полтавської обласної клінічної лікарні та Лікувально діагностичний центр «ПК «Безега і К».

Нами досліджено 71 пацієнт із полікістозними змінами слизової оболонки верхньощелепних синусів у яких отримано згоду на участь у дослідженні.

Нозологічні форми у пацієнтів, які підлягали виключенню з дослідження: аутоімунні захворювання, онкологічні захворювання, метаболічними порушеннями (субкомпенсований та декомпенсований цукровий діабет), імуносупресивні стани, алергічні або токсичні реакції на один із використовуваних медикаментозних засобів, відмова від подальшого проходження дослідження на будь-якому з його етапів.

Оперативне втручання виконувалось методом FESS. Обстеження, які проводились пацієнтам, згідно переліку для оперативного втручання.

Під час оперативного втручання виконуються забір матеріалу. Вміст

кісти аспірується, поділяється на дві порції. Перша порція вноситься в пробірку з середовищем Amies, друга в пробірку з поживним бульйоном Сабуро та транспортується в бактеріологічну лабораторію для подальшого культивування. За можливості ще одна частка матеріалу розподіляється між скельцями для мікроскопічного дослідження. Оболонка кісти поміщається в баночку з формаліном для проведення гістологічного дослідження.

Результати. У післяопераційному періоді проводилась оцінка стану слизової оболонки верхньощелепного синуса та отримані дані культурального й гістологічного досліджень.

Грибовий ріст виявлено у 36 (50.7%) випадках. Серед них у 26 випадках (36.6%) гриби роду *Penicillium*, а в 10 випадках (14.1%) гриби *Aspergillus*. 35 випадків (49.3%) показали відсутність грибового росту. Бактерій під час дослідження не виявлено.

Гістологічне дослідження вказує на ознаки хронічного запалення. У власній пластинці виявляються стільникові дрібні дефекти. Виявлено лейкоцити, найчастіше макрофаги та лімфоцити. Локально виявлено кісти великого розміру, у яких візуалізується оксифільний вміст. Стінка гемомікроциркуляторного русла потоншена та розширені судини. Лімфоцити локалізуються в епітеліальному шарі у значній кількості, який покриває ділянки ураженої власної пластинки.

Лікування пацієнтів проводиться згідно протоколу та з додаванням протигрибової терапії загально на 14 днів й місцево у вигляді введення розчину в синуси щоденно 1 раз на добу 7 днів. Оцінка стану слизової оболонки проводилась кожен тиждень протягом першого місяця після виписки, потім кожні 2 місяці протягом року. Даних за рецидив полікістозних змін в ранньому та пізньому післяопераційному періоді під час спостереження не виявлено.

Висновки. Отримані дані дозволяються пов'язати полікістозні зміни слизової оболонки верхньощелепного синуса з грибовими агентами. Наявність полікістозних змін слизової оболонки потребує використання в післяопераційному періоді антисептиків з протигрибовою дією місцево та протигрибових препаратів у загальній терапії. Полікістозні зміни слизової оболонки потрібно розглядати як прояв хронічних змін слизової оболонки синуса.

## ЕНЦЕФАЛІТ ЗМІШАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ, СКЛАДНІСТЬ ДІАГНОСТИКИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Гритченко Л., Милейко П., Кокота С., Меньшикова В.*

Наукові керівники: доцент Пурденко Т., доцент Силенко Г.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Енцефаліти змішаної етіології ускладнюють діагностику та лікування через взаємодію вірусних і аутоімунних механізмів. Віруси кору (MV), цитомегаловірусу (CMV), вірусу Епштейна-Барр (EBV) можуть індукувати хронічне запалення та аутоімунні реакції. Випадки з дифузним ураженням білої та сірої речовини можуть імітувати лейкоцистозії та нейродегенеративні захворювання.

Мета дослідження – представити випадок діагностики енцефаліту у пацієнтки 20 років.

Методи дослідження: клініко-неврологічний, загальноклінічні, імунологічні, параклінічні.

Основні результати. Пацієнтка М., поступила на лікування в неврологічне відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» зі скаргами на транзиторні напади оніміння правої/лівої половини тіла до 10 р/місяць тривалістю 1-2 хв, порушення мови, ковтання, слабкість у ногах, оніміння кистей та стоп, хиткість при ходьбі, періодичне підвищення температури до 37,30-38,5°C, погіршення пам'яті. З анамнезу: хворіє тривало, коли вперше, у 2012 році, з'явилися напади оніміння частин тіла та порушення мови до декількох секунд. Поступово відмічалось прогресування симптоматики: збільшення кількості та тривалості нападів, приєдналась слабкість в ногах та хиткість при ходьбі. Вакцинована проти кору згідно календаря щеплень.

У неврологічному статусі: горизонтальний ністагм в обидва боки. Гіпотонія в кінцівках. Центральний тетрапарез. Координаторні проби: з інтенційним тремором та вираженою дисметрією. У позі Ромберга виражена хиткість з відкритими очима, з закритими – падає. Хода атактично-паретична. Скандована мова. Дисфагія. Дисграфія. Легкі когнітивні порушення (MMSE – 28 б.).

Додаткові методи: IgG до кору в крові 3750 МО/л. Олігоклональні смуги в крові та лікворі (+), III тип; ПЛР до CMV, EBV (+) у лікворі. ЕЕГ – підвищена судомна активність головного мозку (ГМ). МРТ ГМ у 2023 р. – дифузне ураження білої речовини, у 2024 р. – дифузне ураження білої речовини та часткове ураження сірої речовини обох

півкуль. Пацієнтка консультована інфекціоністом, встановлено діагноз: Енцефаліт змішаної етіології (CMV, EBV, MV), прогресуючий перебіг. Проведена терапія з використанням імуномодуючих та противірусних препаратів, плазмаферезу, яка дала частковий регрес неврологічної симптоматики.

Висновки:

1. Енцефаліти змішаної етіології становлять значний виклик у неврологічній практиці, оскільки поєднання у патогенезі вірусного та аутоімунного механізмів викликає труднощі в діагностиці та лікуванні.

2. Поєднання вірусних маркерів (CMV, EBV, MV) з олігоклональними смугами III типу свідчить про аутоімунний процес на тлі хронічної вірусної реактивації.

3. Відсутність IgG до кору в лікворі та характерних ЕЕГ-комплексів Radermescker виключає підгострий склерозуючий паненцефаліт.

4. Лікування має включати противірусну та імуномодуючу терапію для стабілізації стану пацієнтів та покращення прогнозу.

## РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЛЕПТОСПІРОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2013-2023 РОКИ

*Губарєв А., Монакова О.*

Науковий керівник: професор Чумаченко Т.

Кафедра епідеміології

Харківський національний медичний університет

**Актуальність.** Лептоспіроз – гостра бактеріальна хвороба, спричинена патогенними видами лептоспір, характеризується гарячкою, інтоксикацією, ураженням нирок, печінки, серця, нервової систем, геморагічним синдромом. Це найпоширеніший зооноз, що вражає понад 1 мільйон населення у всьому світі щорічно. Актуальність проблеми лептоспірозу зумовлена тим, що він спричиняє значний соціальний та економічний збиток.

**Мета.** Проаналізувати динаміку захворюваності на лептоспіроз у Харківській області за період 2013-2023 роки.

**Методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз звітних форм ДУ «Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я» за період 2013-2023 рр.

**Основні результати.** За період з 2013 по 2023 роки в Харківській області рівень захворюваності на лептоспіроз продемонстрував суттєві коливання. Загалом за 11 років було зареєстровано 30 випадків хвороби, з

яких 2 завершилися летально (в 2017 р. та 2023 р.). Аналіз показав, що в 2023 році спостерігався найвищий рівень захворюваності – 11 випадків (0,42 на 100 тис. населення), що зумовлено сильною міграцією дрібних ссавців, щурів та населення по території області в зв'язку з введенням активних бойових дій. За результатами аналізу встановлено, що серед захворілих переважали чоловіки (86,7%) вікової групи 30 років і старше (30-50 років – 42%, 51-70 років – 58%). Зараження відбувалось переважно водним (47%) та контактним (33%) шляхами. Діагноз в 70% випадків встановлений в перші два дні від дати звернення, госпіталізація в 70,6% випадків відбувалася у перший день від дати звернення. Також простежується літньо-осіння сезонність, яка має місце у 83% випадків, що може бути пов'язано з підвищеним ризиком зараження через водне середовище та частішими контактами із потенційно інфікованими гризунами в цей період.

Висновки. Динаміка захворюваності на лептоспіроз нерівномірна. У сучасних умовах повномасштабної війни спостерігається тенденція до зростання захворюваності. На теперішній час в результаті ведення активних бойових дій на території області є умови до ускладнення епідемічної ситуації у зв'язку з погіршенням умов проживання населення, збільшенням популяції гризунів, знищенням інфраструктури, перебуванням військових у польових умовах. Так, проблеми з електрикою та водопостачанням змушують людей використовувати воду відкритих джерел, підвальні приміщення та укриття часто стають місцями скупчення гризунів. Для покращення епідемічної ситуації потрібно посилити просвітницьку роботу серед населення та медичних працівників та, незважаючи на війну, проводити дератизацію.

## ОСОБЛИВОСТІ СПІРОМЕТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ВИКОРИСТАННЯ ПРОВОКАЦІЙНИХ ТЕСТІВ

*Гурт Д., Жарікова А., Карпенко О., Помазна М., Скаун С., Третьякова Є.*

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Спірометрія на сьогодні залишається «золотим» стандартом в діагностиці бронхообструктивного синдрому. Особливе значення вона набула іще в XX столітті, коли використання бронходилататорних тестів стало необхідним в діагностиці бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ),

а їх проведення обов'язково, особливо при первинному встановленні даних нозологій.

Мета. Провести аналіз частоти спірометричних обстежень з проведенням різних бронходилятаційних тестів за 3 роки та їх інформативність в становленні БА та ХОЗЛ.

Методи дослідження. Аналіз спірометричних бронходилятаційних тестів (сальбутамол, беродуал, іпротропія бромід), які проводилися на базі навчально-практичного пульмонологічного центру за 3 роки (2022-2024 рр.) згідно архівних даних. При оцінці проби враховували показник ОФВ1 та ОФВ1% (ОФВ1/ФЖЕЛ). Бронхопровокаційний тест вважався позитивним при збільшенні ОФВ1 на 12% або 200 мл. Співвідношення ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7 після проби підтверджувало діагноз ХОЗЛ.

Основні результати аналізу свідчать що, за три роки обстежено 2114 хворих, із них: 1381(65%) чоловіків та 733 (35%) жінок. Проведено за три роки 812 проб (38% від загальної кількості спірограм). З сальбутамолом (доставковий пристрій – евохалер) проведено 624 (76,8%) обстеження, 183 (22,6%) з беродуалом (евохалер) та 5 (0,6%) з іпротропієм бромідом (небулайзер). З кожним роком поступово збільшилось кількість досліджень ФЗД з проведенням бронходилятаційних проб (2022 р. – 209 проб, 2023 р. – 215 проб, 2024 р. – 388 проб, що більше у 1,8 рази). Кількість негативних проб склала 436 (53,6%), позитивних 376 (46,4%). При оцінці позитивних проб діагноз БА підтверджений у 281 пацієнта (74,7%), у хворих ХОЗЛ в стадії загострення 48 пацієнтів (12,8%), 11 пацієнтів з гострим бронхітом (2.9%) та 36 пацієнта з алергічним ринітом (9,6%). Позитивний тест відмічено у хворих з обструктивними порушеннями ФЗД (246 пацієнта(65,4%), змішаними 105 (28%) пацієнтів та у 25 (6,6%) пацієнтів ФЗД – норма. Негативний бронходилятаційний тест спостерігався у хворих БА (20,5%) пацієнта, хворих ХОЗЛ – 207 (47,5%). За три роки побічних реакцій при проведенні даних провокаційних тестів не відмічено.

Висновки. Проведення бронхопровокаційних тестів безпечно, якщо враховуються усі протипоказання та дотримується техніка виконання. Позитивний тест не виключає наявності ХОЗЛ, при зберіганні ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7, в стадії загострення, а особи з нормальною спірограмою при позитивному тесті потребують дообстеження.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМІВ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ГІПЕРЕОЗИНОФІЛІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Гула Я.

Науковий керівник: асистент Галькевич М.

Кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Гіпереозинофільний синдром (ГЕС) – надзвичайно рідкісна гематологічна неоплазія, вибір лікування та прогноз якої залежить від діагностованого підтипу. Згідно класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я від 2022 року, первинний гіпереозинофільний синдром включає мієлопроліферативну неоплазію (хронічна еозинофільна лейкоемія, по-іншому не зазначена), мієлоїдні/лімфоїдні неоплазії з еозинофілією та перегрупуванням генів PDGFRA, PDGFRB, FGFR1 або PCM1-JAK2. До вторинних (реактивних) гіпереозинофільних синдромів відносять лімфоїдний варіант ГЕС – Т-лімфоцити, що несуть аберантні кластери диференціації (CD3–CD4+, CD3+CD4–CD8–, CD4+CD7–). Згадані захворювання характеризуються клональним порушенням в гемопоезі еозинофільного паростка. Ідіопатичний ГЕС – діагноз виключення, який на сьогодні не має визначених специфічних мутацій.

Мета. Проаналізувати особливості клінічного перебігу ГЕС та формування діагностичного маршруту для пацієнтів з гіпереозинофілією згідно з результатами гемограми.

Методи дослідження. Обстеження пацієнта, що звернувся за гематологічною допомогою у Львівське ТМО2 ВП «5-а Лікарня», – аналіз медичної документації пацієнта та гематологічне клініко-параклінічне дослідження.

Основні результати. Пацієнт Р., 49 р., з 2020 року тривало лікується з приводу бронхіальної астми, частково контрольованої, приймає будесонід/формотерол 160/4.5 мкг, монтелукаст 10 мг. У січні 2025 року був госпіталізований у ревматологічне відділення Львівського ТМО2 ВП «4-а Лікарня» з погіршенням стану: втратаю ваги до 10 кг, гарячкою до 38°C, задишкою у стані спокою та кашлем. У загальному аналізі крові – лейкоцити  $15.2 \times 10^9/\text{л}$ , еозинофіли –  $9.12 \times 10^9/\text{л}$ . Підозра на генералізований васкуліт по типу еозинофільного гранулематозу з поліангіїтом. Проведено ряд обстежень:

- Антинуклеарні антитіла 0.59 (N<20 Од/мл), аутоімунна Х-панель (негативна), антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла (ANCA): мієлопероксидаза < 2.0 (N<2.0 Од/мл), протеїназа 3 <2.0 (N<2.0 Од/мл), базальна мембрана гломерулярного апарату <2.0 (N <2.0 Од/мл).

- Комп'ютерна томографія (КТ) – лівобічний гідроторакс, кардіомегалія, перикардит, лімфаденопатія середостіння.

- Ехокардіографія (ЕхоКГ) – гіпертрофія та дилатація лівого шлуночка, загальна скоротливість дифузно знижена, фракція викиду 35%, дилатація лівого передсердя, правого шлуночка.

- Тропонін І 4.6 пг/мл (N 0.0-0.8 нг/мл); N-термінальний натрійуретичний про-пептид В-типу 11079 пг/мл (N <125 пг/мл).

Враховуючи відсутній субстрат для гістологічного дослідження шкіри та негативні серологічні обстеження, пацієнт скерований на консультацію до гематолога. Для встановлення діагнозу було проведено ряд специфічних досліджень:

- Триптаза 3.56 мкг/л (N<11 мкг/л), вітамін В12 814 пг/мл (N 180.0-914.0 пг/мл).

- Цитоморфологічне та гістологічне дослідження кісткового мозку – підозра на мієлопроліферативне захворювання з еозинофілією; бласти 1.8%.

- Імуноцитологічне дослідження – зрілі Т-лімфоцити CD3+CD4+7%, CD3+CD8+4% (немає даних за лімфому).

- Флюоресцентна гібридизації in situ (FISH) – 46, XY [10].

- Молекулярно-генетичні обстеження – DNMT3A (Tier 2)+.

- Імунограма: IgA 3.04 г/л, IgM 2.0 г/л, IgG 9.7 г/л, IgE 94 Од/л.

Виключено ВІЛ, гепатит В, С, гельмінтози.

Діагноз: Ідіопатичний гіпереозинофільний синдром, без перегрупування PDGFRA, PDGFRB, DNMT3A позитивний.

Проведене лікування:

- метилпреднізолон (пульс-терапія 1 г 3 дні, надалі 64 мг з подальшим поступовим зниження дози під контролем загального аналізу крові);

- дапагліфлозин 10 мг, валсартан 40 мг, небіволол 5 мг, еплеренон 50 мг, будесонід/формотерол 160/4.5 мкг, монтелукаст 10 мг.

Висновки. Гіпереозинофілія супроводжує низку набутих і спадкових захворювань, реактивних станів, солідних пухлин та гематологічних неоплазій – це вимагає мультипрофільного підходу для діагностики пацієнта (консультація імунолога, ревматолога, інфекціоніста, клінічного онколога); застосування різноманітних методів інструментальних та лабораторних досліджень: 1) виявлення антигенів гельмінтів, грибків; 2) імунограма, ANCA-профіль; 3) цитоморфологічне дослідження периферичної крові та кісткового мозку, за потреби – гістологія; 4) імунофенотипування, імуноцитологія для виявлення клональних/незлоякісних Т-лімфоцитів; 5) FISH, молекулярно-генетичні дослідження; 6) обстеження

залежно від ураженого органа/системи: шлунково-кишковий тракт (ендоскопічне дослідження); серцево-судинна система (маркери цитолізу, ЕхоКГ, КТ, магнітно-резонансна томографія (МРТ) з гадолінієм); респіраторна система (КТ, бронхоскопія); нервова система (МРТ, електронейроміографія).

Водночас, враховуючи непоширеність гіперезинофільного синдрому, вказана тема потребує подальших ґрунтовних наукових розробок та введення протоколів діагностики й лікування.

## ШЛУНОЧКОВІ ПОРУШЕННЯ РИТМУ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ

*Давиденко Л., Костенко Л., Різніченко С., Тупало А., Швайок К.*

Науковий керівник: доцент Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з найпоширеніших причин смертності серед осіб літнього віку. У більшості випадків смерть пацієнтів після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ) настає внаслідок розвитку шлуночкових тахіаритмій. У зв'язку з цим особливе значення має раннє виявлення потенційного аритмогенного субстрату, морфологічною основою якого є зона постінфарктного рубця в міокарді.

Мета. Провести оцінку порушень ритму шлуночкового генезу високих градацій у хворих з постінфарктним кардіосклерозом та без перенесеного ГІМ.

Матеріали і методи. Дослідну групу (ДГ) склали 44 пацієнти, середній вік яких становив  $65,3 \pm 2,1$  рік ( $p < 0,05$ ). Пацієнтам ДГ на госпітальному етапі було проведено обстеження, що включало: загальноклінічні методи, біохімічний аналіз крові, тест-тропонін, електркардіографія в динаміці, холтерівське моніторування (ХолтерЕКГ), медикаментозне лікування згідно протоколів. Контрольну групу (КГ) склали 35 пацієнтів, зіставні за показниками. Для оцінки функціонального класу порушень ритму використовувалася класифікація за Lown.

Результати. У ДГ пацієнтів, які перенесли ГІМ шлуночкові екстрасистолі високих градацій були виявлені у 30 (68,1%) хворих, тоді як у КГ – у 5 (14,2%) хворих. Кількість шлуночкових екстрасистол за добу була більшою у пацієнтів із постінфарктним кардіосклерозом. Функціональний клас екстрасистолії також різнився між групами. Так, у досліджуваній групі пацієнтів розподіл був наступним: 3 клас (політопні ЕС) – 7 осіб

(15,9%) ( $p<0,05$ ), 4а клас (дві послідовні (парні) ЕС) – 8 осіб (18,2%) ( $p<0,05$ ), 4b клас (декілька (3 і більше) ЕС підряд; пробіжки шлуночкової тахікардії) – 11 осіб (25%) ( $p<0,05$ ), 5 клас (ранні ЕС типу R на T) – 4 особи (9%) ( $p<0,05$ ). У контрольній групі пацієнтів розподіл був наступним: 1 клас (рідкі ЕС ( $< 30$  за 1 годину)) – 15 осіб (42,8%) ( $p<0,05$ ), 2 клас (часті ( $> 30$  за 1 годину)) – 8 осіб (22,8%) ( $p<0,05$ ), 3 клас (політопні ЕС) – 5 осіб (14,2%) ( $p<0,05$ ). У контрольній групі екстрасистоли високих градацій зустрічалися значно рідше.

Висновки. У пацієнтів з постінфарктним кардіосклерозом, достовірно частіше, ніж у інших хворих без перенесеного ГІМ, виявляються шлуночкові екстрасистоли високих градацій. Це треба враховувати при визначенні тактики лікування для попередження раптової смерті.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ СНУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

*Дорошук О., Шльокова Т., Лисанець В., Рибалко Д., Шпетна Д.*

Науковий керівник: доцент Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Інсомнія є розповсюдженою проблемою в усьому світі. Короткочасні періоди безсоння відмічає близько половини населення. Інсомнія може бути як самостійним захворюванням, так і супутнім. Численні наукові дослідження показали, що експериментальна депривація сну, постійне безсоння, коротка тривалість сну асоціюються з підвищенням артеріального тиску та підвищенням ризиком розвитку гіпертонічної хвороби (ГХ). У той же час, сама ГХ є фактором ризику розвитку безсоння. Тому вивчення особливостей сну у пацієнтів з ГХ є актуальним.

Мета дослідження – оцінити якість сну пацієнтів із ГХ.

Методи дослідження. У дослідження включено 22 пацієнтів з ГХ, з них 12 (54,5%) жінок та 10 (45,5%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав  $61,8 \pm 2,4$  роки, тривалість захворювання –  $8,3 \pm 1,3$  роки. У 16 (72,3%) осіб діагностовано ГХ II стадії, у 6 (27,3%) осіб – ГХ III стадії. Всім пацієнтам проводилося анкетування з використанням української версії опитувальника «Пітсбурзький індекс якості сну» (PSQI-U), який дозволяє оцінити якість сну за останній місяць.

Опитувальник PSQI-U складається з 4 питань, які вимагають розгорнутих відповідей, які розкривають час та обставин, що впливають на сон та 20 питань з варіантами відповідей. Усі питання PSQI-U формують 7 окремих шкал: суб'єктивна якість сну, затримка сну, тривалість сну,

ефективність сну, порушення сну, використання снодійних препаратів, денна дисфункція. Відповіді оцінюються в балах від 0 до 3. Загальний індекс якості сну вираховується додаванням балів за всіма шкалами.

Основні результати. Оцінюючи результати анкетування за опитувальником PSQI-U встановлено, що у обстежених пацієнтів з ГХ загальний бал якості сну становить  $13,7 \pm 2,2$  бали, що свідчить про незадовільну його якість. Аналізуючи кожну шкалу окремо, можна спостерігати: суб'єктивна якість сну становила  $2,1 \pm 0,4$  бали, затримка сну –  $1,9 \pm 0,2$  бали, тривалість сну –  $2,4 \pm 0,4$  бали, ефективність сну –  $1,9 \pm 0,4$  бали, порушення сну –  $2,0 \pm 0,5$  бал, використання снодійних препаратів –  $1,8 \pm 0,5$  бали, денна дисфункція  $1,6 \pm 0,3$  бали.

Висновки. У пацієнтів із ГХ спостерігається незадовільна якість сну за рахунок змін кількісних та якісних його характеристик, що потребує діагностичної оцінки та врахування при призначенні індивідуального лікування.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ РЕТИНОЇДІВ У ЛІКУВАННІ АКНЕ: ДОЗУВАННЯ ТА РИЗИК РЕЦИДИВУ

*Дрич А., Палій К.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне є однією з найбільш поширених дерматологічних патологій, що зачіпає значну частину населення, особливо у підлітковому та молодому віці. Важкі та середньотяжкі форми акне можуть призводити до стійких косметичних дефектів, зниження якості життя та психоемоційних розладів. Одним з найбільш ефективних методів лікування середньотяжких та тяжких форм акне є застосування системних ретиноїдів, зокрема ізотретиноїну. Проте важливим аспектом терапії є дотримання оптимального дозування для досягнення стійкого ефекту та мінімізації ризику рецидиву.

Мета дослідження. Оцінити ефективність системного застосування ретиноїдів у пацієнтів з акне, визначити оптимальну терапевтичну дозу та встановити фактори, що впливають на ризик рецидиву після лікування.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилися 48 пацієнтів (22 жінки і 26 чоловіків) віком від 17 до 35 років із середньотяжкими та тяжкими формами акне, яким призначався системний ізотретиноїн у дозуванні 0,5-1,0 мг/кг маси тіла. Курс лікування тривав від 16 до 40 тижнів. У ході дослідження оцінювалася динаміка висипань, побічні

ефекти та частота рецидивів після завершення терапії. Пацієнти проходили контрольні огляди через 3, 6 і 12 місяців після закінчення лікування.

Результати. Після завершення курсу терапії у 41 (85,4%) пацієнтів спостерігалось значне покращення стану шкіри, що підтверджувалося зменшенням кількості запальних елементів і постзапальних змін. Оптимальним виявилось дозування 0,75-1,0 мг/кг, оскільки у цієї групи пацієнтів відзначався найнижчий рівень рецидивів 7 (14,6%). При використанні нижчого дозування (0,5 мг/кг) частота рецидивів досягала 18 (37,5%). Найчастішими побічними ефектами були сухість шкіри та слизових, що коригувалося симптоматичною терапією.

Висновки. Системні ретиноїди демонструють високу ефективність у лікуванні середньотяжких і тяжких форм акне, забезпечуючи тривалу ремісію. Оптимальне дозування відіграє ключову роль у зниженні ризику рецидивів, причому максимальна ефективність відзначена при дозах 0,75-1,0 мг/кг. Важливим аспектом є ретельний моніторинг побічних ефектів та дотримання рекомендацій щодо супутнього догляду за шкірою під час терапії.

## КОМБІНОВАНЕ ПОШКОДЖЕННЯ РОТАЦІЙНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА З SLAP ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА

*Жидков А., Головка Д., Титаренко М.*

Науковий керівник: к.мед.н. Півень Ю.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Травма ротаційної манжети плеча займає 1 місце серед усіх пошкоджень сухожильно-капсульного апарату плечового суглоба. Але досить велика група травмованих має поєднання ушкодження манжети з пошкодженням, що займає 2 місце по частоті виникнення – відривом передньої хрящової губи суглобової поверхні лопатки (SLAP). Більшість пацієнтів потребує хірургічного лікування. Тому, є нагальна потреба при комбінованих пошкодженнях сухожильно-капсульного апарату плечового суглоба, у розробці показань до ранньої їх діагностики та вибору подальшого метода лікування (консервативного чи хірургічного).

Мета. Покращення результатів лікування хворих із пошкодженням сухожильно-капсульного апарату плечового суглоба шляхом розробки ранніх критеріїв до хірургічного відновлення ушкодженого сегменту.

Методи дослідження. Аналіз доопераційного інструментального обстеження, підготовки, методик хірургічного лікування, ранніх (1 місяць) та відділених (6 місяців) результатів лікування проведено у 125 пацієнтів з вересня 2024 року до теперішнього часу. Пошкодження ротаційної манжети плеча виявлено доопераційно при УЗД у 100% випадків, проте, комбіноване пошкодження ротаційної манжети з SLAP плечового суглоба виявлено у 75% випадків в тій же групі пацієнтів при проведенні магнітно-резонансної томографії (МРТ) плечового суглоба та підтверджено інтраопераційно при артроскопії плечового суглоба. Вік пацієнтів від 27 років до 74 років (середній вік 50,5 років). Чоловіків було – 81, жінок – 44.

Основні результати. Результати лікування, відновлення функції кінцівки оцінювали в післяопераційному періоді від 1 місяця до 6 місяців за шкалами DASH, Constant-Murley. Найкращі результати (відмінні та добрі) отримані у пацієнтів, що прооперовані в ранній післятравматичний період (до 3 тижнів з моменту травми). Добрі результати показала група, якій проведено хірургічне лікування в термін від 1 до 2,5 місяців з моменту травми. Негативний результат (задовільний і незадовільний) отримали у групі пацієнтів, що оперовані у термін 4 і більше місяці з моменту травми та мали масивне пошкодження ротаційної манжети плеча.

Висновки.

1. Для визначення комбінованого пошкодження сухожильно-капсульного апарату плечового суглоба, МРТ діагностика має бути 100% в передопераційній підготовці пацієнтів.

2. Одночасне хірургічне лікування пошкоджень ротаційної манжети плеча та SLAP дозволяє скоротити строки непрацездатності та реабілітації хворих, відновити в ранньому післяопераційному періоді функціональність верхньої кінцівки.

3. Повернення якості життя та працездатності пацієнтів дає можливість рекомендувати хірургічне лікування при комбінованих пошкодженнях сухожильно-капсульного апарату плечового суглоба у ранньому післятравматичному періоді як метод вибору.

## ВПРОВАДЖЕННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУПКОВИХ ГРИЖ, ПОЄДНАНИХ З ДІАСТАЗОМ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА

*Зімірова К., Ковальчук Ю., Крамаренко Н., Філіпович В.*

Наукові керівники: доцент Челішвілі А., доцент Драбовський В.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Пупкові грижі в комбінації з діастазом прямих м'язів живота є поширеними патологіями, які впливають на функціональність черевної стінки та якість життя пацієнтів. Впровадження мініінвазивних технологій значно покращує результати лікування, знижуючи рівень післяопераційних ускладнень та скорочуючи реабілітацію.

**Мета дослідження.** Провести аналіз ефективності впровадження мініінвазивних технологій у лікуванні пупкових гриж, поєднаних з діастазом прямих м'язів живота, на основі порівняння клінічних результатів різних методів хірургічного лікування.

**Методи дослідження.** Робота базується на аналізі історій хвороб 27 хворих прооперованих в хірургічному відділенні першої міської клінічної лікарні м. Полтави протягом 2024 року. Розподіл пацієнтів за групами: I група (16 хворих) – оперованих за Сапежком та плікацією прямих м'язів; II група (6 хворих) – виконана алогерніопластика з імплантацією сітки Inter Lay; III група (3 хворих) – проводилась лапароскопічна алогерніопластика з ректомускулорафією; IV група (2 хворих) – оперовані за ендоскопічною методикою SCOLA. Загальна кількість пацієнтів: 8 чоловіків, 19 жінок, віком від 25 до 66 років. Діастаз прямих м'язів живота від 3 до 9 см.

**Основні результати.** У I групі спостерігалися задовільні результати, середня тривалість ліжко-дня становила 5,2 дб, у двох пацієнтів виникли ускладнення у вигляді гематоми. Результати лікування II групи показали скорочення середньої тривалості госпіталізації до 3,4 дб, однак у одного пацієнта спостерігалось ускладнення у вигляді сероми. У III групі середня тривалість госпіталізації становила 2,3 дні, ускладнень не було, больовий синдром був мінімальним. IV група показала відмінні результати: госпіталізація тривала 2,3 дні, ускладнень не спостерігалось, а косметичний ефект був найкращим серед всіх досліджуваних груп.

Порівняння результатів хірургічного лікування демонструє переваги мініінвазивних технологій, таких як лапароскопічна алогерніопластика та ендоскопічна методика SCOLA над традиційними способами, що

проявляється зменшенням тривалості післяопераційного періоду, зниженнями ризиків ускладнень, а також забезпечує високий рівень задоволеності пацієнтів. Використання сітчастих імплантатів підтвердило свою ефективність, хоча частота ускладнень була дещо вищою порівняно з мініінвазивними методами.

Висновки. Мініінвазивні технології є ефективними та перспективними у хірургічному лікуванні пупкових гриж, поєднаних із діастазом прямих м'язів живота. Вони забезпечують швидке відновлення, косметичний ефект, низький ризик ускладнень, та високий рівень задоволеності пацієнтів.

## ПЕРИНЕВРАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ ДЕКСАМЕТАЗОНУ ПРОТИ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ПРИ БЛОКАДІ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

*Ігнатенко А.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Дексаметазон є допоміжним засобом у регіонарній анестезії, який використовується для збільшення тривалості аналгезії при блокадах периферичних нервів. Ми зважаючи на останні рандомізовані контрольовані дослідження (РКД), які були неоднозначні, намагалися провести систематичний огляд та мета-аналіз РКД, та визначити, що надасть кращі результати периопераційної анестезії: периневральне введення дексаметазону чи внутрішньовенне.

Матеріали та методи. Ми провели мета-аналіз методом системного аналізу РКД, основними результатами яких була тривалість аналгезії порівнюючи периневральне введення дексаметазону із системним застосуванням. Група з внутрішньовенним введенням дексаметазону була контрольною. Дослідження проводилося на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у період з 01.01.2024 р. по 28.02.2025 р.

Результати дослідження. Два РКД відповідали критеріям включення із загальною кількістю 96 суб'єктів. Периневральний дексаметазон подовжував тривалість аналгезії на  $3,56 \pm 0,29$  години порівняно з внутрішньовенним дексаметазоном із високою статистичною гетерогенністю. Периневральне введення дексаметазону продовжило тривалість як моторного, так і сенсорного блоку на  $3,47 \pm 0,24$  та  $2,28 \pm 0,19$  години відповідно, порівняно з внутрішньовенним введенням. Крім того, пацієнти, які були в групі периневрального введення дексаметазону,

потребували менше системних опіоїдів протягом 24 годин, ніж пацієнти, які отримували дексаметазон внутрішньовенно. Важливо, що збільшення кількості побічних ефектів не виявлено.

Висновки. Периневральне введення дексаметазону продовжує тривалість анальгезії в усіх РКД, включених до нашого мета-аналізу. Це свідчить про доцільність його рутинного периневрального використання, що зменшить використання опіоїдів та анальгетиків у післяопераційному періоді.

## ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ УРАТЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ПОДАГРУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*Калнусенко М., Спорши О., Базілевич А., Кальник М.*

Науковий керівник: доцент Кітура Є.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Поширеність гіперурекемії (ГУ) серед дорослого населення планети коливається в значних межах (5-16% за результатами різних досліджень) та має тенденцію до зростання. Підвищений рівень сечової кислоти (СК) у сироватці крові є етіологічним фактором розвитку і прогресування подагри та фактором ризику серцево-судинних захворювань (атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, інсульту), артеріальної гіпертензії, цукрового діабету.

Мета дослідження. Оцінити клінічну ефективність і профіль безпеки уратзнижувальної терапії (УЗТ) у хворих на подагру в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. У ретроспективний аналіз було включено 64 клінічні спостереження пацієнтів віком 35-69 років із встановленими діагнозами подагри та АГ. Комплекс обстеження хворих включав загальноприйняті клініко-лабораторні обстеження: вміст глюкози та сечової кислоти (СК), розгорнуту ліпідограму, швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ); ЕКГ, ЕХОКС. У залежності від виду УЗТ всіх пацієнтів розділено на дві групи: I група – пацієнти приймали фебуксостат в дозі від 80-120 мг/добу; II група – алопуринол в дозі 50-300 мг/добу. Антигіпертензивна терапія включала іАПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину та БКК. Моніторинг клінічних і лабораторних параметрів здійснювався на 14-й та 30-й добі від початку лікування. Математична обробка результатів виконувалася з використанням спеціалізованого програмного забезпечення Statistica.

Результати. Групи порівняння демонстрували однорідність за основними демографічними та клінічними характеристиками. Встановлено що у всіх пацієнтів присутня низка коморбідних станів АГ (88%), ожиріння (37%), цукровий діабет (29%), гіперхолестеринемія (75,%). На тлі УЗТ спостерігалася позитивна динаміка показників СК в обох групах, проте оптимальні значення досягалися значно частіше серед пацієнтів, які отримували фебуксостат.

Через один місяць терапії відмічено достовірне зниження СК (з  $578,4 \pm 16,6$  ммоль/л до  $429,7 \pm 16,4$  ммоль/л,  $p > 0,05$ ) в І групі, у ІІ групі ці показники склали відповідно з  $563,2 \pm 22,1$  ммоль/л до  $466,5 \pm 16,8$  ммоль/л. Кількість пацієнтів, що досягли цільових рівнів СК в І групі була достовірно вищою (відповідно 45,0% і 15,9%). Додатково відзначено більш виражений антигіпертензивний ефект у пацієнтів на фебуксостаті.

Висновки. Проведене дослідження підтвердило високу терапевтичну ефективність фебуксостату в лікуванні пацієнтів на подагру з супутньою артеріальною гіпертензією. Терапія фебуксостатом забезпечує досягнення оптимальних показників сечової кислоти майже у половини хворих вже протягом першого місяця терапії, що обґрунтовує його пріоритетне використання у пацієнтів із коморбідними станами.

## РОЛЬ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНОГО ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У РОЗВИТКУ КОШМАРІВ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

*Капустянський І.*

Науковий керівник: доцент Бойко Д.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Військові дії в Україні спричинили значне зростання кількості військовослужбовців із стрес-асоційованими психічними розладами та черепно-мозковими травмами, що створює нагальну потребу детального вивчення їхнього впливу на психічне здоров'я. Кошмарні сновидіння є поширеним і виснажливим симптомом, який суттєво погіршує якість життя військових та ускладнює їхню реабілітацію і повернення до служби. Дослідження взаємозв'язку між посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), розладами адаптації та черепно-мозкової травми (ЧМТ) у контексті виникнення кошмарів має критичне значення для розробки ефективних методів діагностики та

лікування даної категорії пацієнтів.

Мета. Проаналізувати вплив діагнозу та легких ЧМТ в анамнезі на ризик розвитку кошмарів у військовослужбовців зі стрес-асоційованими психічними розладами.

Методи дослідження. Нами проведено ретроспективний аналіз історій хвороб військовослужбовців, що перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозами групи стрес-асоційованих психічних розладів в продовж 2024 року. У дослідження включення 449 пацієнтів, з яких 267 (59,5%) осіб мали діагноз ПТСР, а 182 (40,5%) осіб мали діагноз розлад адаптації. У всіх пацієнтів проведено аналіз наявності скарг на кошмарні сновидіння під час госпіталізації, наявність однієї або повторних легких ЧМТ в анамнезі.

Основні результати. У пацієнтів з ПТСР кошмари спостерігалися значно частіше (70,0%), ніж у пацієнтів з розладом адаптації (50,5%), що вказує на вищий ризик кошмарів при ПТСР (ВШ=2,29, 95% ДІ: 1,55-3,38,  $p<0,001$ ). Спостерігався чіткий градієнт впливу ЧМТ на частоту кошмарів: серед пацієнтів без ЧМТ кошмари спостерігалися у 49,5%, серед пацієнтів з однією ЧМТ кошмари спостерігалися у 64,9%, серед пацієнтів з повторними ЧМТ кошмари спостерігалися у 67,5%, що вказує на значущий зв'язок між історією ЧМТ і наявністю кошмарів ( $p=0,005$ ). Для кожного збільшення категорії ЧМТ (від відсутності до однієї, від однієї до повторних) шанси наявності кошмарів зростають в 1,43 рази (ВШ=1,43, 95% ДІ: 1,14-1,78,  $p=0,002$ ). Для пацієнтів з ПТСР порівняно з розладом адаптації шанси наявності кошмарів вищі в 2,12 рази (ВШ=2,12, 95% ДІ: 1,43-3,14,  $p<0,001$ ). Виявлено відсутність статистично значущої взаємодії між діагнозом та ЧМТ у їхньому впливі на ризик кошмарів ( $p=0,245$ ).

Висновки. Таким чином нами встановлено, що як діагноз ПТСР, так і наявність ЧМТ в анамнезі є статистично значущими адитивними факторами ризику розвитку кошмарів у військовослужбовців. Спостерігається дозозалежний ефект впливу ЧМТ на ризик кошмарів: кожне збільшення категорії ЧМТ (від відсутності до однієї, від однієї до повторних) підвищує шанси наявності кошмарів незалежно від діагнозу, а діагноз ПТСР порівняно підвищує шанси наявності кошмарів незалежно від наявності ЧМТ в анамнезі.

# ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ПІСЛЯ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З КОМОРБІДНИМ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

*Карпик З.*

Наукові керівники: професор Дельва М., доцент Бойко Д.

Кафедра нервових хвороб

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. В умовах триваючої Російсько-Української війни зростає кількість легких черепно-мозкових травм (лЧМТ) від вибухової хвилі, що часто ускладнюються посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та призводять до вегетативної дисфункції. Особливе занепокоєння викликає недостатня вивченість механізмів, що пов'язують вегетативні порушення та ПТСР у постраждалих від вибухових травм, і це ускладнює діагностику та лікування цієї категорії пацієнтів. Вивчення особливостей вегетативної дисавтономії у військовослужбовців з коморбідною патологією має критичне значення для розробки ефективних підходів до реабілітації та визначення прогнозу повернення до служби.

Мета. Проаналізувати розповсюдженість та вираженість проявів вегетативної дисфункції після лЧМТ від вибухової хвилі у військовослужбовців із супутнім ПТСР.

Методи дослідження. Нами проведено дослідження за типом «випадок-контроль», що включало 76 військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях і були розподілені на групи: I група – 60 чоловіків з лЧМТ та ПТСР, II група – 16 чоловіків з лЧМТ і без ПТСР. Дослідження проведено на базі КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» та КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР». Вираженість симптомів ПТСР оцінювали за допомогою PCL-5. Для визначення рівня вегетативних порушень використовували Комплексну оцінку вегетативних симптомів (COMPASS-31). Бал за COMPASS-31  $\geq 20$  свідчить про наявність вираженої вегетативної дисфункції. Для статистичної обробки використано критерій Манна-Уїтні, критерій Хі-квадрат та розрахунок відношення шансів (ВШ) з 95% довірчим інтервалом (95% ДІ).

Основні результати. У I групі, порівняно з II групою, встановлено більш виражені прояви ортостатичної непереносимості ( $p=0,019$ ), секретомоторних функцій ( $p=0,014$ ), вегетативних реакцій травної ( $p=0,014$ ) та сечовидільної систем ( $p=0,046$ ), а також зинічно-рухових реакцій ( $p=0,006$ ). Разом з цим, не виявлено відмінностей за показником

вазомоторного компоненту. Встановлено, що прояви важкої вегетативної дисфункції мали 53 (88,3%) пацієнтів у I групі та 10 (62,5%) пацієнтів у II групі. Водночас шанс розвитку вираженої вегетативної дисавтономії у пацієнтів з лЧМТ та ПТСР на відміну від пацієнтів з лЧМТ, був вищим у 4,5 рази ( $ВШ=4,54$ , 95% ДІ 1,26-16,39,  $p=0,015$ ).

Висновки. У військовослужбовців, які мають лЧМТ внаслідок вибухової хвилі та ПТСР більш виражені прояви вегетативних порушень, окрім вазомоторної регуляції. Переважна більшість пацієнтів з лЧМТ мають ознаки вираженої вегетативної дисавтономії. У військовослужбовців з коморбідними станами (ПТСР та лЧМТ) ймовірність виникнення вираженої вегетативної дисавтономії вище у 4,5 рази.

## РОЛЬ РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ЗМЕНШЕННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ ТА УСКЛАДНЕНЬ

*Кириленко Є.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Післяопераційний біль залишається значною проблемою в хірургії, що впливає на якість життя пацієнтів і тривалість їхнього відновлення. Регіонарна анестезія (РА) розглядається як альтернатива загальній анестезії (ЗА) для зменшення больового синдрому та частоти периопераційних ускладнень, однак її ефективність потребує подальшого вивчення в різних клінічних ситуаціях.

Мета. Оцінити вплив регіонарної анестезії на інтенсивність післяопераційного болю та частоту ускладнень порівняно із загальною анестезією у пацієнтів, які перенесли планові хірургічні втручання.

Методи дослідження. У проспективному дослідженні на базі КП «3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» взяли участь 35 пацієнтів віком від 18 до 75 років, яким проводили планові операції (холецистектомія, артропластика та ін.). Пацієнтів рандомізували на дві групи: 17 осіб отримали РА (епідуральна або периферична нервова блокада), 18 пацієнтів – ЗА з інгаляційними анестетиками. Інтенсивність болю оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) через 6 та 24 години після операції. Ускладнення (нудота, гіпотензія) фіксувалися протягом 48 годин.

Результати дослідження. У групі РА середній показник болю за ВАШ склав  $2,3 \pm 0,2$  через 6 годин після операції порівняно з  $4,1 \pm 0,6$  у

групі ЗА. Через 24 години різниця зберігалася ( $1,8 \pm 0,2$  проти  $3,2 \pm 0,3$ ). Частота післяопераційної нудоти в групі РА була нижчою (8,3% проти 22,7%), а випадків гіпотензії не відрізнялася статистично (5,4% проти 7,1%). Тривалість перебування в стаціонарі була меншою в середньому на 1,23 дня в групі РА.

Висновки. Регіонарна анестезія забезпечує кращий контроль післяопераційного болю та знижує частоту деяких ускладнень порівняно із загальною анестезією. Її ширше впровадження може сприяти швидшому відновленню пацієнтів і оптимізації ресурсів стаціонару.

## ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Кіруша І., Шатковська М., Лісаконова А., Сімон Є., Скубенік А.*

Науковий керівник: доцент Люлька Н.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) найпоширеніша причина смертності серед осіб літнього віку, яка викликає порушення внутрішньосерцевої гемодинаміки. Ці порушення залежать від наявності у хворих больового синдрому. У подальшому зміни гемодинаміки впливають на рівень фізичного навантаження у цих пацієнтів.

Мета. Визначити внутрішньосерцеву гемодинаміку у хворих з ІХС з типовою стенокардією та без больового синдрому.

Методи дослідження. Було обстежено 40 хворих, середній вік  $55,2 \pm 2$  ( $p < 0,05$ ). Дослідну групу (ДГ) І склали 12 хворих, які мали типову стенокардію. ДГ ІІ склали 17 хворих без больового синдрому. Контрольна група (КГ) пацієнти без стенокардії – 11 пацієнтів. Усім хворим було проведено загальноклінічні обстеження, біохімічний аналіз крові, тест-тропонін, електрокардіографія, холтеровське монірування ЕКГ, порогова потужність фізичного навантаження, медикаментозне лікування згідно сучасних протоколів. Для оцінки внутрішньосерцевої гемодинаміки використовували показники: кінцевий діастолічний об'єм (КДО), кінцевий систолічний об'єм (КСО), маса міокарду лівого шлуночка, порогову потужність фізичного навантаження (ППФН).

Результати. Через 6 місяців у пацієнтів ДГ І КСО збільшився з  $48,6 \pm 2,8$  до  $56,2 \pm 7,2$  ( $p < 0,05$ ); КДО збільшився з  $107 \pm 4,2$  до  $147 \pm 3,1$  ( $p < 0,05$ ). Збільшилася маса міокарда лівого шлуночка з  $177,0 \pm 10,0$  до  $188,0 \pm 12,9$  ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів ДГ ІІ виявилось достовірне збільшення

КДО з  $125,0 \pm 10,9$  до  $143,3 \pm 6,2$  ( $p < 0,05$ ); КСО з  $45,8 \pm 3,6$  до  $51,8 \pm 2,7$  ( $p < 0,05$ ), збільшилася маса міокарда лівого шлуночка з  $168,0 \pm 10,0$  до  $184,0 \pm 11,3$  ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів КГ показники КДО і КСО не змінилися достовірно. ППФН пацієнтів ДГ I і ДГ II та КГ за період дослідження достовірно не змінилася та склала:  $86,4 \pm 11,9$  Вт і  $89,6 \pm 9,1$  Вт;  $113,2 \pm 26,0$  Вт і  $115,8 \pm 8,2$  Вт;  $121,0 \pm 2,6$  Вт і  $131,0 \pm 21,0$  Вт.

Висновки. Приведені дані свідчать, що у пацієнтів з ІХС з больовим синдромом та ІХС з безбольовою ішемією міокарду збільшується маса міокарда лівого шлуночка, що залишає сталим порогову потужність фізичного навантаження.

## ПРОФІЛАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ АТРОПІНУ ПЕРЕД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ГІПОТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ

*Конопляник А.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії  
Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми: гіпотензія, що виникає внаслідок спінальної анестезії, є частим ускладненням, яке може призвести до погіршення перфузії життєво важливих органів, особливо у пацієнтів із супутньою патологією. Сучасні методи профілактики включають об'ємну інфузію, використання вазопресорів, але зростає інтерес до фармакологічної модуляції автономної нервової системи перед блокадою. Атропін, як м-холіноблокатор, здатен зменшити парасимпатичний вплив, підвищити частоту серцевих скорочень і стабілізувати гемодинаміку. Однак його рутинне використання перед спінальною анестезією в загальній клінічній практиці не є всталеним, що зумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження. Оцінити ефективність профілактичного введення атропіну сульфату перед проведенням спінальної анестезії у запобіганні розвитку гіпотензії у пацієнтів.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії КП «Полтавська клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів віком від 18 до 45 років, яким проводили планові хірургічні втручання під спінальною анестезією. Пацієнти були розділені на дві групи по 30 осіб. I група (атропін): за 5 хв до проведення субарахноїдальної анестезії пацієнтам внутрішньовенно вводили атропін сульфат у дозі  $0,01$  мг/кг маси тіла. II група (контроль): пацієнтам не вводили атропін,

а інші параметри лікування були ідентичними. Усім пацієнтам проводилась стандартна моніторингова оцінка гемодинаміки: вимірювали систолічний артеріальний тиск (САТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), сатурацію ( $\text{SpO}_2$ ). Гіпотензією вважалось зниження САТ  $> 20\%$  від вихідного рівня.

Результати дослідження. У II групі САТ знижувався з  $124,8 \pm 10,3$  мм рт.ст. до  $92,6 \pm 8,2$  мм рт.ст. у перші 10 хв після введення місцевого анестетика. Гіпотензія була у  $46,7\%$  пацієнтів, 8 потребували вазопресорної підтримки. ЧСС в II групі знижувалась з  $74,6 \pm 6,2$  до  $60,8 \pm 5,1$  уд./хв. Брадикардія спостерігалась у  $26,7\%$ , 3 потребували введення атропіну. Також у II групі пацієнтів спостерігалися такі ускладнення, як запаморочення та нудота у  $21\%$ , і один випадок короткочасної втрати свідомості. У I групі: середній САТ знижувався з  $122,5 \pm 11,4$  мм рт.ст. до  $106,8 \pm 7,4$  мм рт.ст., гіпотензія спостерігалась лише у  $13,3\%$ , 2 потребували вазопресорної підтримки. Спостерігалось підвищення ЧСС з  $75,3 \pm 7,1$  до  $82,4 \pm 5,2$  уд./хв. Брадикардія у пацієнтів I групи не спостерігалась. Також у групі атропіну були незначні клінічні симптоми гіпотензії лише у  $6,7\%$  пацієнтів. Сатурація та респіраторні параметри були стабільні в обох групах ( $\text{SpO}_2$  97-100%).

Висновки. Профілактичне внутрішньовенне введення атропіну сульфату в дозі  $0,01$  мг/кг перед спінальною анестезією значно зменшує ризик розвитку гіпотензії та брадикардії у пацієнтів молодого та середнього віку. Цей підхід може бути рекомендований як безпечна та ефективна міра для стабілізації гемодинаміки під час субаракноїдальної блокади.

## ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РЕЦИДИВУЮЧОЇ КРОПИВ'ЯНКИ У ДІТЕЙ

*Корчан К., Шпак А., Гончарук Б., Вечірко Т., Кезіна А., Лавська К.*

Науковий керівник: доцент Ткаченко О.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

У педіатричній практиці існує ціла низка захворювань, що супроводжуються рецидивуючими висипами, які мають досить схожу морфологічну характеристику. Одним з найпоширеніших елементів є уртикарії, які зазвичай супроводжують кропив'янку і сприймаються як прояв істинної алергічної реакції. Хронічна кропив'янка характеризується рецидивними мігруючими ураженнями шкіри у вигляді уртикарій/пухирів або ангіоневротичним набряком тривалістю понад 6 тижнів. Але насамперед,

кропив'янка є поліетіологічним синдромом з багатогранним патогенезом. Вона може бути проявом інфекційних чи паразитарних захворювань, ендокринної, аутоімунної та гастроентерологічної патології.

Метою нашої роботи став аналіз випадків кропив'янки та причини її виникнення за період з січня 2024 р. по квітень 2025 р. на базі Центру спеціалізованої педіатричної допомоги КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфасовського ПОР» педіатричного відділення.

У ході проведеної роботи було відібрано 36 дітей віком 4-15 років, які були госпіталізовані з уртикарними висипами. З метою встановлення причини та проведення диференційної діагностики, використовуючи загально-клінічні методи обстеження та персоналізований підхід, усім пацієнтам було проведено лабораторне обстеження: клінічний та біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, копрограма, загальний рівень сироваткового IgE, система комплементу, алергообстеження, антитіла до антигенів гельмінтів, тестування на предмет виключення аутоімунних захворювань (целиакія, аутоімунний тиреоїдит), ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Провівши ретельний збір анамнезу, оцінку клінічних проявів та результатів додаткових методів дослідження у 33.3% випадків було виявлено гельмінтози, 16.7% – харчову алергію, 11.1% – захворювання щитоподібної залози, 8.3% – захворювання печінки, у 13.9% уртикарії обумовлені фізичними факторами, у двох пацієнтів була діагностована целиакія, в одного – гістологічно підтверджений мастоцитоз. Слід зауважити, що у 11.1% дітей з рецидивуючими уртикарними висипами не вдалося виявити причину і був встановлений діагноз ідіопатичної кропив'янки.

Таким чином, проведене дослідження підтверджує поліетіологічність хронічної кропив'янки, де в меншості випадків реалізується істинна алергічна реакція. Тому при веденні пацієнтів з хронічною кропив'янкою важливим є використання індивідуального покрокового алгоритму діагностики починаючи із прискіпливого збору анамнезу і закінчуючи обґрунтованими специфічними методами обстеження, що дозволять звужити коло пошуку етіологічного фактору та призначити ефективне лікування з метою забезпечення адекватної якості життя.

## РАННЯ ДІАГНОСТИКА ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ: ЗОЛОТЕ ВІКНО ТА СРІБНІ ПОМИЛКИ

*Косухін Д., Дзюба П., Альдвіхі А.*

Науковий керівник: професор Некрасова Н.

Кафедра неврології

Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Ішемічний інсульт це одна з провідних причин смерті та інвалідизації у світі, тому ця проблема є надзвичайно актуальною для сучасної медицини. Щороку реєструється більше 12 мільйонів випадків інсульту, приблизно 85% становлять ішемічні форми інсульту. Це стан, який вимагає невідкладної медичної допомоги, бо кожна хвилина ішемії мозку призводить до загибелі нейронів.

Мета дослідження. Виявити і проаналізувати ключові клініко-діагностичні помилки на первинних етапах діагностики та лікування ішемічного інсульту в межах терапевтичного «золотого вікна» (перші 4,5 години з моменту дебюту симптомів).

Матеріали і методи. Аналізуючи дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, зафіксовано 15 млн нових випадків інсульту щорічно, з яких 5 млн – фатальні, а ще 5 млн призводять до стійкої інвалідизації пацієнтів.

Метааналіз, який був опублікований в журналі *Neurology*, дав дані, що до 9% цереброваскулярних подій не діагностуються або діагностуються невірно при первинному зверненні до відділення невідкладної допомоги. Особливо високий ризик встановлення невірного діагнозу у пацієнтів з легкими, неспецифічними або тимчасовими симптомами.

Обговорення: клініцист стикається із найбільшими труднощами у випадках, коли є атипова для інсульту симптоматика («інсульті-хамелеони»). Геміплегія, що відноситься до класичних симптомів інсульту, рідко викликає складнощі, тоді як «нетрадиційні» збільшують імовірність помилкового діагнозу.

Існують дві підгрупи «імітаторів інсульту»: «функціональні імітатори», коли підозрюється психіатрична або психологічна причина, а симптоми не можуть бути пояснені з медичної точки зору; «медичні імітатори», за яких є альтернативний медичний діагноз.

Недивлячись на наявність клінічних алгоритмів та шкал діагностики, помилки у ранньому розпізнаванні ішемічного інсульту залишаються досить частою причиною відстроченого початку специфічної терапії. Найбільш поширеним є помилкове трактування початкових симптомів (запаморочення, слабкість, сплутаність свідомості), особливо у літніх та молодих пацієнтів.

Інсульт або транзиторну ішемічну атаку (ТІА) слід запідозрювати у будь-якого пацієнта з раптовим розвитком неврологічних симптомів (зокрема атипових), особливо за наявності чинників серцево-судинного ризику.

Відсутність нейровізуалізації в перші години та недостатня підготовка персоналу також роблять внесок у «срібні помилки», які нерідко позбавляють пацієнта можливості отримати тромболітичну терапію в межах «золотого вікна».

Висновки. Інсульт являє собою медичну, соціальну та економічну проблему, яка дедалі більше набуває рис епідемії. Успішне лікування на ранньому етапі потребує суворої маршрутизації, чіткого дотримання протоколів та мультидисциплінарної взаємодії, що суттєво знижує ризик інвалідизації та летальності пацієнтів.

## НЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

*Кремінська А., Нетецька Д.*

Науковий керівник: професор Некрасова Н.

Кафедра неврології

Харківський національний медичний університет

Цереброваскулярні розлади у вагітних, які страждають на цукровий діабет, нині вважаються однією з ключових проблем сучасної неврології. Це зумовлено їх складною патогенезом, недостатньою вивченістю та значним впливом на стан центральної нервової системи. Метою даної роботи стало опрацювання наукових джерел щодо впливу цукрового діабету на розвиток порушень цереброваскулярних порушень у вагітних.

Цереброваскулярна патологія належить до найактуальніших викликів сучасної медицини через зростаючу захворюваність, тяжкі наслідки у вигляді когнітивних і неврологічних дефіцитів, а також високу частоту ранньої інвалідизації.

Серед чинників, що супроводжують розвиток ішемічного ураження головного мозку, особливу роль відіграє цукровий діабет (ЦД). Згідно з оцінками експертів, на ЦД страждає близько 47% пацієнтів з цереброваскулярною патологією, а до 2030 року прогнозується зростання захворюваності у півтора рази.

Цукровий діабет у поєднанні з вагітністю можна класифікувати за

клінічними проявами: як гестаційний діабет, що виникає вперше під час вагітності, або ж як вагітність у жінок із раніше встановленим діабетом 1-го чи 2-го типу. У будь-якому випадку, наявність ЦД суттєво підвищує ризик розвитку ускладнень: від спонтанного абортів й фетальних аномалій до гіпоглікемії та гіпербілірубінемії новонароджених. Особливу тривогу викликає прогресування судинних уражень, зокрема у органах з інтенсивним кровопостачанням, що відображає системний характер патології.

Цукровому діабету притаманні системні судинні ураження, що охоплюють як дрібні судини (артеріоли, вени, капіляри), що зумовлює розвиток мікроангіопатії, так і великі та середні артерії, які піддаються макроангіопатичним змінам. Ці процеси формують генералізовану патологію судинної системи, включаючи цереброваскулярне русло.

Один із ключових факторів, що сприяє виникненню та прогресуванню цереброваскулярних ускладнень при цукровому діабеті, – це нестабільний або неадекватний глікемічний контроль. Гіперглікемія розглядається як основна пускова ланка в патогенезі ускладнень діабету. Численні дослідження підтверджують прямий зв'язок між рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) та ризиком розвитку серцево-судинних патологій, а також смертності від них. За статистикою, підвищення HbA1c на кожен 1% асоціюється з ростом ризику серцево-судинних захворювань на 10%.

У пацієнтів із порушенням вуглеводного обміну спостерігаються зміни структури судинної стінки – зокрема, витончення м'язового шару при одночасному потовщенні інтимального шару, що створює передумови для гемодинамічно значущих стенозів. Такі стенози можуть супроводжуватися формуванням пристінкових тромбів, з високим ризиком повної обтурації судини. У разі фрагментації тромбу з'являється загроза емболізації дистального судинного русла, включаючи артерії головного мозку.

Цукровий діабет асоціюється зі зростанням ризику ішемічного інсульту, що зумовлено порушенням функціонування судинних анастомозів, насамперед неповноцінністю Віліз'євого кола. Артеріальні ураження головного мозку призводять до зниження судинної реактивності, тоді як мікроангіопатичні зміни обмежують можливості ауторегуляції мозкового кровотоку. Ураження дрібнокаліберних артерій сприяють виникненню так званих «німих» інсультів – малих інфарктів, що локалізуються в глибоких відділах білої речовини великих півкуль.

Методи нейровізуалізації мозку у пацієнтів із ЦД дозволяють виявити множинні мікрровогнищеві зміни, розташовані переважно в перивентрикулярних зонах. Ці порушення часто супроводжуються розширенням шлуночкової системи та атрофією кори головного мозку.

Ключовим патогенетичним чинником розвитку діабетичних цереброваскулярних порушень є дисфункція судинного ендотелію. Центральну роль у цьому процесі відіграє хронічна гіперглікемія та явище глюкозотоксичності. Крім того, відзначаються порушення синтезу та секреції низки біологічно активних сполук, які регулюють систему гемостазу – зокрема, антитромбіну III, протейну C, активаторів плазміногену та простагліну.

Нами було обстежено 27 вагітних, які знаходились на 3 триместрі вагістності. За даними неврологічного огляду було виявлено такі порушення в неврологічному статусі: анізорефлексія (10%), вестибуло-атактичний (15%), астено-невротичний (45%), вегетативний (50%), цефалгічний синдроми (45%) та синдром тривожних розладів (30%). Вищезазначені неврологічні синдроми можуть спостерігатися як у ізольованому вигляді, так і в поєднанні один з одним, формуючи полісимптомні клінічні картини. Враховуючи те, що більшість вагітних були на 3 триместрі, то компенсація неврологічного стану відбувалася на тлі нормалізації рівня глюкози крові, що дає передумови для розуміння, що неврологічні зміни корегуються зміною рівня глюкози.

Перспективи подальших досліджень полягають у глибшому вивченні зв'язку між контролем глікемії, станом цереброваскулярного русла та когнітивними функціями у вагітних з ЦД. Необхідні роботи, що оцінюють вплив інтенсивної терапії на попередження інсультів і когнітивних розладів. Особливу увагу слід приділити мультидисциплінарному підходу з участю невролога, ендокринолога та акушера.

Отже, цереброваскулярна патологія на тлі цукрового діабету залишається однією з найактуальніших проблем неврології як в Україні, так і в усьому світі. Її своєчасна діагностика є надзвичайно важливою для запобігання тяжким ускладненням. У випадку супутньої вагістності, профілактичні заходи мають бути орієнтовані на період планування зачаття та ранні терміни гестації. Оптимальний контроль глікемії до й під час вагістності здатен суттєво знизити ризики для матері та плода, покращити перинатальні показники і зменшити частоту ускладнень у новонароджених.

## ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛЬГЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

*Куйовда Ю.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Пацієнти після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) становлять особливу категорію хворих у хірургічній практиці через високий ризик повторних серцево-судинних подій. Вибір методів анальгезії у таких пацієнтів є критичним чинником, що впливає на післяопераційну безпеку. Мультимодальна анальгезія, яка поєднує опіоїдні та неопіоїдні препарати, а також регіонарні методики, дозволяє зменшити потребу в системному введенні сильнодіючих анальгетиків, мінімізуючи негативний вплив на гемодинаміку.

Мета дослідження. Провести порівняльну оцінку ефективності та безпечності мультимодальної анальгезії у пацієнтів після інфаркту міокарда в умовах хірургічного втручання.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського ПОР» у відділенні інтервенційної радіології з блоком інтенсивної терапії у період з 01.10.2024 р. по 01.01.2025 р. Було обстежено 60 пацієнтів віком 55-75 років із перенесеним ІМ не пізніше, ніж за 6 місяців до оперативного втручання.

Пацієнтів було розподілено на дві групи: група МА (мультимодальна анальгезія) – 30 осіб отримували комбінацію парацетамолу, кеторолаку та лідокаїну внутрішньовенно; група ОА (опіоїдна анальгезія) – 30 осіб отримували морфін.

Оцінювали рівень болю за шкалою VAS, стабільність гемодинаміки, частоту аритмій, потребу в додатковому знеболенні та кількість ускладнень протягом 48 годин після операції.

Результати дослідження. У пацієнтів групи МА рівень болю через 6 годин після операції становив у середньому  $3,1 \pm 0,8$  бали за VAS, тоді як у групі ОА –  $4,5 \pm 1,0$  ( $p < 0,05$ ). У групі МА потреба в додаткових дозах опіоїдів знизилась на 42%. Частота аритмій становила 6,6% у групі МА проти 21,2% у групі ОА. Гіпотензія відзначалась частіше у групі ОА (26,1% проти 10,4%). Сатурація та пульс залишались більш стабільнішими у пацієнтів з мультимодальним підходом.

Висновки. Мультимодальна анальгезія є ефективною та безпечною стратегією у веденні пацієнтів після гострого інфаркту міокарда. Вона забезпечує адекватний рівень знеболення при мінімальному впливі на

гемодинамічні показники та зменшує ризик серцево-судинних ускладнень. Рекомендується до широкого застосування при планових хірургічних втручаннях у пацієнтів високого кардіологічного ризику.

## ВИКОРИСТАННЯ ГНУЧКОЇ УРЕТЕРОСКОПІЇ ЯК МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ОКЛЮЗІЙНИХ КОНКРЕМЕНТІВ ВЕРХНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ, УСКЛАДНЕНИХ ПІЕЛОНЕФРИТОМ

*Куник В.*

Науковий керівник: доцент Іващенко Д.

Кафедра хірургії № 1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Оклюзійні конкременти верхньої третини сечоводу відіграють велику роль у тяжкості перебігу сечокам'яної хвороби. Вони характеризуються великим розміром (більше 1-1,5 см), тривалим терміном «стояння», практично нульовим шансом самовідходження, розвитком ускладнень у вигляді гострого пієлонефриту або термінального гідронефрозу. Також в зв'язку з локалізацією, є обмеження для їх лікування з боку напівригідної уретероскопії та перкутанної нефролітотрипсії.

Мета. Оцінити можливості гнучкої уретероскопії у пацієнтів з ускладненим перебігом сечокам'яної хвороби – оклюзійними великими конкрементами верхньої третини сечоводу поєднаних з розвитком пієлонефриту.

Матеріали та методи. До появи гнучких уретероскопів менеджмент конкрементів верхньої третини відбувався за рахунок постановки стенту, або первинної літотрипсії напівгнучким уретероскопом. Але часто нижні відділи сечоводу при початковій операції є непрохідним для уретероскопа або ж конкремент є «врослим» і це унеможлиблює проведення стенту. Тоді єдиною можливістю є постановка пункційної нефростоми, лікування пієлонефриту та подальшого дроблення конкременту. Це спричиняє негативні моменти, такі як дискомфорт по догляду за нефростою, можливі кровотечі в інтра- і післяопераційному періоді.

Ми проаналізували 4 клінічні випадки у пацієнтів з використанням гнучкої уретероскопії. У всіх пацієнтів були оклюзивні конкременти в/3 сечоводу з анамнестичним терміном стояння близько  $24 \pm 12$  днів. Середній розмір конкрементів був більший за  $2,5 \times 2$  см. У всіх хворих була наявна температурна реакція (фебрильна температура), прояви інтоксикації (лейкоцитоз  $14,4 \pm 3,1$ ), потовщення паренхіми нирок більше 2 см на УЗД, неоднорідний вміст в розширеній ЧЛС на УЗД.

Оперативне втручання виконували в 2-му етапі під с/м анестезією. На 1-му етапі, метою якого було дренування нирки, з допомогою гнучкого уретероскопа 7,5 Fr, доходили до конкременту та за рахунок мобільності кінчика виконували літотрипсію конкременту у об'ємі, достатньому для проведення стенту, розміром 6 Fr. Виконували стентування нирки «через» конкремент, далі лікування пієлонефриту. Через 3 тижні на 2-му етапі операції – виконували stone-free літотрипсію.

Результати. При аналізі ефективності звертали увагу на швидкість згасання запалення нирки (температура нормалізувалась на  $6 \pm 1,4$  доби), на динаміку зниження лейкоцитозу крові (досягнення нормальних показників на  $5 \pm 2,1$  доби), нормалізацію УЗД картини (зменшення товщини паренхіми менше 2-х см на  $12 \pm 2$  доби), наявність ускладень операції (не виявили жодного інтраопераційного та післяопераційного ускладнення окрім помірно-вираженого «стент-синдрому» у 1-го пацієнта).

Висновки. Аналіз використаного методу показує достатню ефективність подібного підходу, і при проведенні подальших досліджень на більшій кількості пацієнтів може бути рекомендований до всебічного клінічного застосування.

## КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ У ПРЕМЕДИКАЦІЇ ПЕРЕД ПЛАНОВИМИ ОПЕРАТИВНИМИ ВТРУЧАННЯМИ

*Курач М.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Дексмететомідин є селективним агоністом  $\alpha_2$ -адренорецепторів зі широким спектром фармакологічних властивостей. Седативні ефекти зумовлені зниженням збудження у блакитній плямі, ядрі з переважанням норадренергічних нейронів, яке знаходиться у стовбурі головного мозку. Дексмететомідин чинить аналгетичну дію і дає можливість знижувати дози анестетиків та аналгетиків, які застосовуються.

Мета дослідження. Вивчення ефективності премедикації з включенням дексмететомідину при планових лапароскопічних операціях та оцінка його клінічної ефективності.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за участю 40 пацієнтів хірургічного відділення КП «3-а міська клінічна лікарня Полтавської

міської ради» з жовчнокам'яною хворобою: калькульозний холецистит, які в плановому порядку були піддані лапароскопічній холецистектомії. Підготовка до оперативного втручання здійснювалася за загальноприйнятою схемою. Хворі були рандомізовані на дві групи. До I групи увійшли 24 пацієнти, які з метою премедикації одержували розчин дексметомідину в концентрації 4,0 мкг/мл у дозі 1,0 мкг/кг/год шляхом внутрішньовенної інфузії протягом години до індукції анестезії. До II групи увійшли 16 пацієнтів, яким з метою премедикації вводили 10 мг діазепаму внутрішньом'язово за 30 хвилин до індукції анестезії. Ефективність седатії після премедикації оцінювали за шкалою седатії Ramsay та та Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).

Результати дослідження. У всіх пацієнтів I та II групи був досягнутий рівень седатії, що відповідав 3 балам за шкалою седатії Ramsay та 3 балам за RASS.

У пацієнтів I групи після проведення премедикації відзначалося зниження САД та ЧСС, що було пов'язано із симпатолітичною дією дексметомідину; під час індукції анестезії та інтубації трахеї відбувалося зростання цих показників з їх подальшою стабілізацією на травматичному етапі операції та наприкінці оперативного втручання. У пацієнтів II групи відзначалося достовірне підвищення САД та ЧСС на етапі індукції анестезії та інтубації трахеї порівняно з вихідним рівнем, у подальшому САТ достовірно знижувалося та надалі залишалося стабільним.

Висновки. Динаміка клінічних показників кровообігу вказувала на меншу вираженість стресових реакцій пов'язаних з індукцією анестезії, інтубацією трахеї та травматичним етапом операції на фоні премедикації із застосуванням дексметомідину, що, безсумнівно, підвищує ефективність лікування. Проведене клінічне дослідження показує більшу ефективність застосування дексметомідину в премедикації перед плановими хірургічними втручаннями порівняно з використанням традиційних компонентів премедикації.

## СИНДРОМ ХЕРЛІНА-ВЕРНЕРА-ВУНДЕРЛІХА

*Лисенко А., Зіненко Ю.*

Наукові керівники: доцент Гриценко Є., доцент Добровольська Л.

Кафедра хірургії №2, кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Раннє виявлення вад розвитку статевих органів у дівчаток та надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги дозволять

зберегти їх репродуктивне здоров'я у перспективі. Однак рідкісність патології та різноманітність клінічної картини ускладнюють своєчасну діагностику аномалії статевих органів у дітей, що призводить до неправильної тактики ведення та виконання необґрунтованих хірургічних втручань.

Мета дослідження. Демонстрація клінічного випадку синдрому Херліна-Вернера-Вундерліха у дівчини-підлітка.

Клінічний випадок. Дівчина А., 13 років, історія хвороби №8129, госпіталізована до хірургічного відділення КП ДМКЛ ПМР зі скаргами на циклічний біль внизу живота та правій здухвинній ділянці без іррадіації, який пов'язаний з менструацією та вперше з'явився з віку менархе. Соматичний анамнез пацієнтки не обтяжений, захворювань сечовидільної системи, травм та операцій не було. Менархе – 6 місяців тому (березень 2023 року), менструальний цикл регулярний, менструації по 7 днів через 28-30 днів, болючі. Після останньої менструації болі значно посилюлися.

Об'єктивно. Статура правильна. Зріст 155 см, маса тіла 45 кг. Консультована дитячим гінекологом: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, по жіночому типу, виділення з піхви слизові. Ректально: в порожнині малого тазу, більше з правого боку, пальпується болюче утворення 10×6 см, еластичної консистенції.

При УЗД визначено відсутність правої нирки, кістозне утворення в порожнині малого тазу. При виконанні мультиспіральної комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням виявлено дві окремі матки, права матка має сполучення з правобічним «сліпим» гематокольпосом, який сформований повздожньою перетинкою піхви, що унеможливило нормальний відтік менструальної крові, наявність єдиної лівої нирки з явищами уретерогідронефрозу за рахунок компресії лівого сечоводу збільшеною маткою, права нирка в місці типового розташування відсутня. Встановлено діагноз. Синдром OHVIRA: подвоєння матки з правобічним обструктивним «сліпим» гематокольпосом, агенезія правої нирки.

Відповідно регіонарного наказу щодо маршрутизації дівчаток та дівчат-підлітків із вадами розвитку сечостатевої системи пацієнтка для проведення реконструктивно-пластичного оперативного втручання з метою створення можливості відтоку менструальної крові (диференційована хірургічна корекція – ендоскопічне висічення повздожньої перегородки піхви з утворенням єдиної піхви) скерована в ДУ «Всеукраїнський центр материнства і дитинства НАМНУ».

Висновок. На етапі діагностики причин абдомінального болювого

синдрому та наявності пухлиноподібного утворення в черевній порожнині у дівчаток із вадами розвитку статевих органів та порушенням відтоку менструальної крові доцільне включення в хірургічну бригаду дитячого гінеколога та уролога. При виявленні агенезії нирки чи інших вад розвитку нирки дівчатка до настання віку менархе повинні бути направлені до дитячого гінеколога для виключення синдрому OHVIRA.

## РЕГІОНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ У ВІДДІЛЕННІ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ЗА МЕЖАМИ ОПЕРАЦІЙНОЇ

*Мартиненко Д.*

Наукові керівники: професор Тарасенко К., доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Помірний або сильний біль є поширеною проблемою у відділеннях невідкладної допомоги (ВНД). Традиційне знеболення на основі опіоїдів має серйозні побічні ефекти, такі як пригнічення дихання та гемодинамічна нестабільність. Регіонарна анестезія (РА) під ультразвуковим контролем забезпечує безпечну та ефективну альтернативу, зменшуючи потребу в опіоїдах і процедурній седатії. Розвиток портативних ультразвукових апаратів і нових методик, таких як блокади фасціальних площин, підвищує доступність РА під ультразвуковим контролем, що робить її актуальною для сучасної невідкладної медицини.

Мета дослідження. Огляд спрямований на аналіз переваг і показань до найпоширеніших методів РА під ультразвуковим контролем у ВНД як частини мультимодальної аналгезії. Дослідження також оцінює безпеку, ефективність і необхідність навчання лікарів для впровадження РА під ультразвуковим контролем в клінічну практику.

Задачі дослідження:

- Огляд літератури щодо сучасних методик РА під ультразвуковим контролем, включаючи блокади периферичних нервів і фасціальних площин.
- Аналіз клінічних протоколів для різних типів травм (переломи, вивихи, травми грудної клітки).
- Оцінка безпеки процедур, зокрема зниження ризику ускладнень (системна токсичність місцевих анестетиків, гематома).
- Вивчення навчальних програм і тренінгів для лікарів ВНД, включаючи співпрацю з анестезіологами та використання симуляційних

методик.

- Оцінити ефективність використання опіоїдів та регіонарної анестезія для знеболення у ВНД.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі ВНД КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського ПОР» в період з 01.09.2023 р. по 01.01.2024 р. 40 пацієнтів, були розподілені на дві групи по 20 чоловік. Пацієнтам групи «А» виконувалось знеболення опіоїдами згідно чинних протоколів. У групі «Б» пацієнтам виконувалась РА під ультразвуковим контролем. Оцінювали рівень знеболення по візуально-аналоговій шкалі (ВАШ).

Результати дослідження:

- Через 15 хвилин після проведення знеболення в групі «А» оцінка болі за шкалою ВАШ варіювалась від 3 до 6 балів, при цьому у 8 пацієнтів відзначалось запаморочення, у 1 пацієнта нудота. У групі «Б» больові відчуття зберігались лише у одного пацієнта, інших побічних явищ не спостерігалось.

- РА під ультразвуковим контролем забезпечує швидке та ефективне знеболення, знижує потребу в опіоїдах і має високий рівень задоволеності пацієнтів.

- Нові блокади фасціальних площин є простими у виконанні, безпечними та потребують мінімального навчання.

- РА під ультразвуковим контролем має вищий рівень успішності порівняно з методами, заснованими на анатомічних орієнтирах або нервовій стимуляції, та знижує частоту ускладнень, таких як системна токсичність місцевих анестетиків (з 1 : 1000 до 1 : 16000).

- Впровадження РА під ультразвуковим контролем у ВНД залежить від рівня підготовки клініцистів; 84% академічних ВНД у США використовують РА під ультразвуковим контролем, але лише 7% мають офіційні програми навчання.

Висновки. Регіонарна анестезія під ультразвуковим контролем є ефективним інструментом для знеболення у ВНД, що дозволяє зменшити використання опіоїдів і покращити результати лікування. Впровадження РА під ультразвуковим контролем потребує стандартизованих навчальних програм для лікарів ВНД, співпраці з анестезіологами та розробки протоколів для специфічних травм. Подальший розвиток освітніх програм і доступність портативних ультразвукових апаратів сприятимуть ширшому застосуванню РА під ультразвуковим контролем, підвищуючи якість невідкладної допомоги.

## МОЖЛИВОСТІ ЦИФРОВОГО РЕНТГЕНІВСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ДИФЕРЕНЦІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІН В ЛЕГЕНЯХ

*Меженіна Т., Варнавська О., Могиленець О.*

Науковий керівник: доцент Спужак Р.

Кафедра радіології та радіаційної медицини

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Цифрова рентгенографія з томосинтезом – це сучасна методика візуалізації, яка дозволяє отримати серію зображень органів грудної клітки з мінімальним променевим навантаженням. Вона поєднує в собі простоту рентгенографії та глибину пошарової оцінки, подібної до КТ.

Мета роботи: показати переваги цифрових методів дослідження у диференціальній діагностиці запальних змін в легенях.

Матеріали та методи. Проведено променеве дослідження 125 пацієнтів хірургічного та терапевтичного профілю на базі КНП ХОР «Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова», що включало отримання цифрових зображень ОГК, яке в разі потреби доповнювалося цифровим томосинтезом та комп'ютерною томографією (КТ) у 25 та 11 пацієнтів відповідно.

Результати та обговорення. У 50 пацієнтів (40%) явних патологічних змін органів грудної клітки не визначено. У 38 пацієнтів (30%) – діагностовано пневмонію, у 5-х (4%) з яких визначалося ускладнення у вигляді гідротораксу (у пацієнтів літнього віку). У 6 випадках (7% пацієнтів) виявлено метатуберкульозні зміни. У трьох пацієнтів з онкологічним анамнезом (2,4%) – виявлено метастатичне ураження легень. Серед всіх пацієнтів 25 хворим проведено цифровий томосинтез, який дозволив у 8 хворих (32%) підтвердити діагноз пневмонії та провести диференціальну діагностику: з неопластичним процесом в двох випадках плевропневмонії; визначити бронхопневмонію у вигляді «бруньок на гілці» у пацієнтів, яким на звичайному зображенні виставлено бронхіт. Отримані дані співпали з даними КТ. У 5 хворих (20%) за допомогою томосинтезу виявлено мінімальний гідроторакс, у трьох (12%) – абсцес легень (застосування томосинтезу дозволило детально оцінити стан стінки порожнини). У пацієнтів з метастатичним ураженням легень при цифровому томосинтезі визначалося ураження лімфатичних вузлів середостіння, що співпадало з даними КТ.

Висновки. Завдяки кращій візуалізації легеневої тканини томосинтез дозволяє виявити дрібні вогнищеві зміни, які можуть бути непомітними

на звичайній рентгенограмі. Використання цифрового томосинтезу дає можливість усунути сумаційний ефект на звичайних рентгенівських зображеннях. Томосинтез може бути використаний як проміжний етап між традиційною рентгенографією та КТ, особливо в амбулаторній практиці та при проведенні скринінгу, враховуючи менше променеве навантаження порівняно із КТ.

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАП'ЯСТКОВОГО КАНАЛУ

*Мекишун М., Стецюра Ю., Слинко І.*

Наукові керівники: доцент Пелипенко О., лікар Кувічка Д.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Синдром зап'ясткового каналу (СЗК) доволі поширене захворювання, що зустрічається, за даними літератури, у 8-9% населення. Серед патологій периферичної нервової системи СЗК діагностується у понад 50% пацієнтів. Останнім часом контингент вказаних хворих зростає, що можна пояснити збільшенням кількості людей, діяльність яких пов'язана із тривалим навантаженням кистей та передпліч (комп'ютерні технології) та розвитком можливостей діагностичних методів (УЗД, МРТ, ЕНМГ). Поширеність захворювання серед людей працездатного віку робить особливо актуальним питання оптимізації лікувальних заходів.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз ефективності методів лікування синдрому зап'ясткового каналу.

**Методи дослідження.** Проведено дослідження результатів лікування 30 хворих із СЗК (15 – консервативне лікування, 15 – оперативне). Середній вік хворих 41,3 роки, за гендерною ознакою переважали жінки (73%).

При встановленні діагнозу використовували: УЗД – 63%, МРТ – 70%, ЕНМГ – 100%. Комплекс консервативного лікування містив наступні обов'язкові складові: медикаментозне (НПЗП, стероїди), фізіотерапія, шинування, лікувальна гімнастика, соціально спрямований інструктаж.

При оперативному лікуванні застосована відкрита техніка втручання. Оцінка ефективності лікування проводилась за міжнародними настановами протягом 12 місяців.

**Основні результати.** У групі пацієнтів, що отримували консервативне лікування простежувалась кореляція позитивних результатів ефективності з термінами перебігу захворювання. У 5 випадках (33%) лікувальний

ефект настував при застосуванні лише шинування та НПЗП; у 4 випадках (27%) – після додаткового виконання сублігаментарного введення стероїдів. У 6 пацієнтів (40%) після проведеного консервативного лікування, після визнання слабкої його ефективності, успішно виконано хірургічне втручання з отриманням відмінного результату в усіх випадках.

Результати проведеного хірургічного втручання показали його ефективність протягом 12 місяців у 87% пацієнтів.

Висновки. Результати хірургічного лікування пацієнтів із синдромом зап'ясткового каналу мають певні переваги перед результатами консервативного лікування, особливо у випадках тривалого перебігу захворювання. Курс проведеного консервативного лікування значно покращує результати подальшого хірургічного лікування.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНОГО АНТАГОНІСТА АЛЬДОСТЕРОНУ ФІНЕРЕНОНУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Микитюк С.*

Науковий керівник: асистент Галькевич М.

Кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Хронічна хвороба нирок (ХХН) сьогодні є глобальною проблемою охорони здоров'я у світі. Загальна поширеність ХХН серед дорослого населення становить приблизно 10%, при цьому однією з основних причин її розвитку є діабетична нефропатія (ДН). За даними Global Burden of Disease Study, у 2021 році кількість випадків ХХН, пов'язаних із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу, складала приблизно 107,6 млн осіб у всьому світі. В Україні зареєстровано понад 490 тисяч осіб із ХХН, з яких близько 35 тисяч потребують гемодіалізоної терапії. Отже, на сьогодні залишається важливим раннє виявлення та контроль факторів ризику для запобігання прогресування цього захворювання.

Мета. Проаналізувати вплив фінеренону у складі комплексної терапії у пацієнта з коморбідною патологією на підставі динаміки рівнів показників кліренсу креатиніну та швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) для оптимізації лікування цієї категорії пацієнтів.

Методи дослідження. Проведено ретроспективне дослідження епізоду лікування з використанням фінеренону у складі комплексної

терапії пацієнта (75 р.) з діагнозом: ЦД 2 типу середньої важкості, вторинної інсулінопотребуючий, стадія декомпенсації. Генералізована діабетична мікроангіопатія: ангіопатія сітківки обох очей. Дистальна полінейропатія II ст. та ангіопатія. ДН, протеїнурична стадія (ХХН G3bA2 (ШКФ 48 мл/хв/1,73м<sup>2</sup>)). Вузловий зоб, еутиреоз. Дисметаболічна гепатопатія (стеатогепатоз). ІХС. Післяінфарктний кардіосклероз (02.11.2024). Коронароангіографія та стентування огинаючої гілки лівої коронарної артерії (03.11.2024). Стентування передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії (26.11.2024). Часта шлуночкова екстрасистолія (25.11.2024). Серцева недостатність (СН) стадія С з помірно зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ФВ 45%), ХСН ПБ. Гіпертонічна хвороба III стадії, 3 ступінь, КВР 4 (дуже високий).

Результати дослідження. Підвищення рівня глікемії у пацієнта зафіксовано 20.09.1999 р., з того часу приймає пероральні цукрознижуючі препарати. У зв'язку з декомпенсацією з 21.12.2024 р. пацієнту було додано інсулінотерапію (гларгін 20-22 Од). У зв'язку з прогресуючою ДН (близько 10 років), пацієнту рекомендовано розширити терапію селективним нестероїдним антагоністом мінералокортикоїдних рецепторів (під контролем рівня калію), для реалізації протективних цілей і лікування вже наявних захворювань серцево-судинної системи та нирок.

За період терапії отримано позитивні проміжні результати, що оцінювались, базуючись на зміні кліренсу креатиніну та рШКФ. На початку лікування рівень показників креатиніну становив 148 мкмоль/л, а ШКФ 43 мл/хв/1,73м<sup>2</sup>. Повторні визначення рівнів креатиніну і ШКФ проводили через 3 місяці (креатинін – 148 мкмоль/л, ШКФ – 45 мл/хв/1,73м<sup>2</sup>) і 6 місяців лікування (креатинін – 134 мкмоль/л, ШКФ – 48 мл/хв/1,73м<sup>2</sup>).

За час спостереження у пацієнта зафіксовані кількаразові транзиторні підвищення показників кліренсу креатиніну зі значенням до 243 мкмоль/л у зв'язку з проведенням коронароангіографії та введення контрастних речовин.

Зважаючи на пряму калійзберігаючу дію препарату та застереження щодо його використання, рівень калію щомісячно визначається для контролю та знаходиться у межах референтних значень (до терапії – 4,43 ммоль/л, через 6 місяців терапії – 4,03 ммоль/л). Пацієнт дотримується основних принципів гіпокаліємічної дієти. Рівень альбумінурії за час спостереження залишився незмінним та становив 150 мг/мл (визначення проводилось до початку терапії, через 4 місяці та через 5 місяців).

Після 6 місяців прийому фінеренону пацієнт відзначає покращення загального самопочуття, зменшення набряків на гомілках, кращу компенсацію артеріальної гіпертензії (без корекції попередньої схеми

антигіпертензивної терапії), зменшення кількості епізодів відчуття нестачі повітря, задишки.

Висновки. Застосування селективного нестероїдного антагоніста мінералокортикоїдних рецепторів фінеренону у складі комплексної терапії ЦД 2 типу та ХХН призводить до більш виразної позитивної динаміки основних показників (зниженням рівня креатиніну на 14 мкмоль/л та зростанням рШКФ на 5 мл/хв/1,73м<sup>2</sup> за 6 місяців) та сприяє зменшенню ризиків кардіо-рено-метаболічних ускладнень.

## ВПЛИВ МЕТОДУ СЕДАЦІЇ НА ЧАСТОТУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

*Минько В.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Протягом лікування пацієнти стикаються з багатьма стресовими факторами, обумовленими лікувальними заходами – болісними процедурами, медикаментозним навантаженням, відсутністю комунікації, порушенням сну та іншими. Нерідко це призводить до розвитку делірію в гострому періоді хвороби та посттравматичним стресовим розладам (ПТСР) у віддаленому періоді після виписки з лікарні.

Мета дослідження. Визначити частоту посттравматичних стресових розладів у пацієнтів із психічними поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю (ППР-а), що проходили лікування у відділенні інтенсивної терапії, а також дослідити динаміку маркеру стресу – кортизолу плазми протягом курсу лікування.

Методи дослідження. У дослідження включали дорослих пацієнтів з станом відміни алкоголю, що були госпіталізовані у ВІТ Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева для контролю симптомів стану відміни. Після первинної оцінки пацієнтів розділили на 3 групи. Група: тіопенталу (А), сибазону (В) та контрольна група (С). Цільовим рівнем седатії вважали рівень RASS – 2 до 0. Пацієнтам групи А проводили внутрішньовенне введення розчину тіопенталу натрію в дозі 2-7 мг/кг та титрували до досягнення цільового рівня седатії. Пацієнтам групи В проводили внутрішньовенне введення розчину сибазону в дозі 0,2-0,4 мг/кг та титрували до досягнення цільового рівня седатії. Нейролептики (галоперидол 5 мг в/в) призначали пацієнтам всіх груп за

потребою. Кортизол плазми визначали у всіх пацієнтів на момент включення у дослідження, через 48 та 72 години.

Результати дослідження. За результатами дослідження рівня кортизолу плазми пацієнти груп А, В, С не мали достовірних відмінностей на момент включення у дослідження. Рівень кортизолу плазми у пацієнтів групи А складав  $633 \pm 4,2$  нмоль/л, групи В –  $586 \pm 4,8$  нмоль/л, групи С –  $721 \pm 5,1$  нмоль/л. Через 48 год після включення у дослідження рівень кортизолу змінився у більшості пацієнтів: достовірно зменшився у групах А та В, збільшився у групі С. Так, пацієнти групи А мали рівень кортизолу плазми  $188 \pm 1,9$  нмоль/л, групи В –  $295 \pm 2,2$  нмоль/л, пацієнти групи С мали значимо вищий рівень кортизолу плазми –  $752 \pm 6,4$  нмоль/л. Через 72 год після включення у дослідження рівень кортизолу достовірно зменшився у пацієнтів груп А й В, та залишався високим в контрольній групі С.

Пацієнти групи А мали рівень кортизолу плазми  $161 \pm 1,2$  нмоль/л, групи В –  $250 \pm 2,1$  нмоль/л, пацієнти контрольної групи С мали достовірно вищий рівень кортизолу плазми через 72 години –  $847 \pm 6,9$  нмоль/л.

Висновки. Застосування тіопенталу та сибазону для седації пацієнтів з ППР-а у відділенні інтенсивної терапії, знижує рівень стресових гормонів та інцидентність посттравматичних стресових розладів після виписки з ВІТ.

## МЕТА-АНАЛІЗ «ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ЗВ'ЯЗКУ З МЕТОДИКОЮ УШИВАННЯ ЛАПАРОТОМНИХ РАН»

*Модестов О.*

Наукові керівники: асистент Заєць С., доцент Прихідько Р.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Післяопераційна вентральна грижа (incisional hernia) є одним із найпоширеніших ускладнень після лапаротомії. За даними Sawthorn et al. (2012), середня частота формування післяопераційної грижі становить 10-23% після середньої лапаротомії. До факторів ризику відносяться: ожиріння, цукровий діабет, інфекції рани, повторні операції, куріння, тривалий прийом кортикостероїдів.

Мета роботи. Метою є проаналізувати, систематизувати та визначити найбільш ефективну методику ушивання лапаротомної рани, яка виступає одним із провідних контрольованих факторів, що здатний суттєво

впливати на зменшення частоти виникнення післяопераційних вентральних гриж.

Матеріали та методи дослідження. Проведено оцінку систематичних оглядів та мета-аналізів PubMed та Cochrane Library за останні 10 років за критеріями частоти післяопераційних гриж, тривалості оперативного втручання, частоту раньових інфекцій, неспроможності та розхоження швів.

Результати дослідження. Техніка small bites (часті дрібні шви 5-8 мм) з монофіламентною ниткою знижує ризик вентральних гриж на 30-50% по відношенню з класичною технікою large bites (10-15 мм з відступом). Jama Surg. 2017, Cochrane 2020.

При використанні монофіламентних ниток що розсмоктуються (PDS, Monoplus), переважно та швидко розсмоктуються, нижче ризик грижоутворення і інфекцій на 34% в порівнянні з поліфіламентними швидкорезорбуючими (Vicryl); віддавати перевагу краще безперервним швам ніж вузловим – найменший ризик гриж при співставленні інших післяопераційних ризиків. Частота гриж після безперервного шви – 12,9%, після вузлового шва – 16.5% Cochrane Review 2020.

За мета-аналізом Arenas et al. 2019 (World J Surg) встановлення профілактичної сітки в пацієнтів високого ризику знижує частоту гриж із 17% до 5,8%. Найбільш ефективно при ожирінні, онкопатології, релапаротоміях.

Висновки. Метод small bites continuous suture із застосуванням монофіламентної повільнорезорбуючої нитки визнається оптимальним стандартом при ушиванні середньої лапаротомії. Особливу перевагу слід надавати безперервному шву, інтегрованому з профілактичною імплантацією сітки у пацієнтів, що належать до груп високого ризику (ожиріння, онкопатологія, релапаротомія). Стандартизація техніки ушивання лапаротомних ран стає ключовим чинником у попередженні післяопераційних вентральних гриж черевної стінки.

## ГОСТРИЙ ТРОМБОЗ СТЕНТА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ

*Мурдза Ю.*

Науковий керівник: доцент Заремба О.

Кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Гострий тромбоз стента (ГТС) залишається нечастим (1-2%), але життєво небезпечним ускладненням після стентування вінцевих артерій, що потребує невідкладного коронарного втручання та асоціюється з

високою летальністю (20-45%). Відповідно до академічної класифікації, тромбози стента поділяють на: гострі (під час стентування або впродовж 24 годин), підгострі (від 24 годин до 30 днів), пізні (від 30 днів до 1 року) та дуже пізні (понад 1 рік). Незважаючи на впровадження сучасних технологій імплантації стентів високого тиску, оптимізацію антитромбоцитарної терапії та використання стентів із лікарським покриттям нового покоління, частота цього ускладнення залишається стабільною протягом останнього десятиліття. Особливо актуальним є дослідження патофізіологічних механізмів та факторів ризику ГТС у пацієнтів із гострим коронарним синдромом.

Мета дослідження. Визначити патофізіологічні механізми, клінічні особливості та фактори ризику гострого тромбозу стента у пацієнтів із гострим коронарним синдромом на прикладі клінічного випадку, для оптимізації тактики лікування та розробки стратегій профілактики подібних ускладнень.

Методи дослідження. Комплексний клініко-анамнестичний аналіз, інструментальні методи (електрокардіографія в 12 відведеннях, трансторакальна ехокардіографія з визначенням систолічної функції лівого шлуночка за методом Simpson), лабораторна діагностика (високочутливий тропонін I за імунофлуорисцентним методом), коронароангіографія з кількісним аналізом коронарних артерій, оцінка морфології тромбу та кровотоку за шкалою TIMI, ретроспективний аналіз медичної документації, комплексний статистичний аналіз з використанням програми STATISTICA 10.0, порівняльний аналіз із сучасними міжнародними та вітчизняними науковими джерелами.

Представлено клінічний випадок пацієнтки Г., 67 років, госпіталізованої з клінічною картиною гострого інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) передньої стінки лівого шлуночка. При госпіталізації спостерігалася гемодинамічна нестабільність (артеріальний тиск 60/30 мм рт.ст.), що потребувало інфузії вазопресорів (дофамін). В анамнезі – інфаркт міокарда (2018 р.), первинне стентування лівої коронарної артерії (ЛКА), повторне стентування через декілька місяців та балонна ангіопластика стента через рік. При трансторакальній ехокардіографії виявлено дегенеративні зміни клапанів, гіпертрофію стінок лівого шлуночка, порушення сегментарної скоротливості та систолічну дисфункцію (фракція викиду 40%). Лабораторно підтверджено значне підвищення рівня тропоніну I ( $\geq 40$  нг/мл при нормі  $\leq 0.5$  нг/мл) [3]. Ургентна коронароангіографія ідентифікувала тромб у проксимальному сегменті передньої міжшлуночкової гілки (ПМШГ)

перед стентом та тромбоз існуючого стента. Проведено черезшкірне коронарне втручання із серією предилатацій балоном Solarice (1,5×6 mm, 1,5×15 mm, 2,5×20 mm) та імплантацією стента з лікарським покриттям Resolute DES Medtronic 3.0×24 mm, з досягненням повного відновлення просвіту артерії та дистального кровотоку TIMI 3. Після реваскуляризації спостерігалася швидка гемодинамічна стабілізація, регресія елевачії сегмента ST та зменшення інтенсивності больового синдрому. У післяопераційному періоді ускладнень не виникало.

Пацієнтці призначено потенційовану схему подвійної антитромбоцитарної терапії (тикагрелор 90 мг двічі на добу, ацетилсаліцилова кислота 100 мг 1 раз на добу), високодозову статинотерапію (розувастатин 40 мг щоденно), інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (лізіноприл 5 мг 2 рази на добу), антагоніст альдостеронових рецепторів (еплеренон 25 мг 1 раз на день) та β-адреноблокатор (біспролол 2,5 мг 1 раз на день). Комплексна фармакотерапія була спрямована не лише на запобігання рецидиву тромбозу стента, але й на модифікацію факторів серцево-судинного ризику, регрес гіпертрофії лівого шлуночка та покращення систолічної функції.

Детальний аналіз анамнезу пацієнтки виявив ймовірні фактори ризику тромбозу стента: ожиріння II ступеня, гіпертонічна хвороба III стадії, систолічна дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду 40%), повторні інтервенції на коронарних артеріях. Потенційним тригерним фактором могло бути недотримання рекомендованої тривалості подвійної антитромбоцитарної терапії після попередніх інтервенцій, хоча цей факт потребує додаткової верифікації. Також звертає увагу ожиріння як фактор, асоційований із прозапальним статусом, дисфункцією ендотелію та підвищеною активністю тромбоцитів. Результати біохімічних досліджень та аналіз клінічної картини підтверджують, що ключовими патофізіологічними механізмами тромбоутворення при гострому коронарному синдромі та тромбозі стента є активація тромбоцитів і системи коагуляційного каскаду. Фундаментальні дослідження демонструють, що у значної когорти пацієнтів (до 30%) спостерігається високий рівень залишкової реактивності тромбоцитів, незважаючи на обмежену стандартну антитромбоцитарну терапію.

## ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН, У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ЗАЛЕЖНО ВІД ФАКТОРУ КУРІННЯ

*Николяк В.*

Науковий керівник: професор Соломенчук Т.

Кафедра сімейної медицини

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Актуальність.** Тютюнопаління є незалежним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Його дія пов'язана з порушенням метаболізму ліпідів та формуванням атерогенної дисліпідемії, що в кінцевому підсумку не лише впливає на прогресування вже існуючих захворювань, а й призводить до кардіо-васкулярних подій.

**Мета.** Оцінити ліпідний обмін у пацієнтів, залежно від фактору куріння.

**Методи дослідження.** У дослідження залучили 53 пацієнти віком від 40 до 72 років (середній вік –  $56,7 \pm 10,35$  років). Усіх пацієнтів розподілили у дві групи, залежно від фактору куріння. I група – курці, включає 27 пацієнтів (50,94%), II група – некурці, 26 осіб (49,06%). Наявність артеріальної гіпертензії (АГ) вважали значення артеріального тиску вище 140/90 мм рт.ст. Визначали рівні наступних показників ліпідограми: загальний холестерин (ЗХ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ), коефіцієнт атерогенності (КА). Порівняння здійснювали між групами курців та некурців, без урахування статі.

**Результати.** Отримані дані свідчать про достовірно вищі середні рівні ЗХ на 40,28% ( $5,92 \pm 1,06$  (I група) проти  $4,22 \pm 0,96$  (II група),  $p < 0,0001$ ), холестерину ЛПНЩ на 45,4% ( $3,65 \pm 0,89$  (I група) проти  $2,51 \pm 0,86$  (II група),  $p < 0,0001$ ), ТГ на 45% ( $1,90 \pm 0,82$  (I група) проти  $1,31 \pm 0,42$  (II група),  $p < 0,041$ ), КА на 72% ( $4,13 \pm 1,07$  (I група) проти  $2,4 \pm 0,75$  (II група),  $p < 0,002$ ) у групі курців з АГ, порівняно з групою некурців. Водночас, рівень холестерину ЛПВЩ у групі некурців є достовірно вищим на 25% ( $1,35 \pm 0,28$  (II група) проти  $1,08 \pm 0,17$  (I група),  $p < 0,012$ ) у порівнянні з групою курців.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження свідчать про наявність статистично достовірних змін показників ліпідного спектра серед осіб з АГ, які палять та обґрунтовують необхідність інтеграції заходів із відмови від тютюнопаління до програм первинної профілактики ССЗ.

## ТРИГЕРИ РОЗВИТКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

*Олексенко А., Мотієнко М., Юрченко А.*

Науковий керівник: доцент Макаров О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Частота гестаційного цукрового діабету (ГЦД) у різних країнах варіює від 2-х до 18% та в середньому складає 6%. За даними літератури у 60% жінок, які перенесли ГЦД, він виникає і при наступних вагітностях, а через 10-12 років після пологів у них розвивається маніфестний цукровий діабет II типу. У зв'язку з тим, що у більшості вагітних захворювання перебігає без вираженої гіперглікемії та явних клінічних симптомів, однією з особливостей ГЦД є труднощі його діагностики та пізнє виявлення.

Мета роботи. Вивчити розповсюдженість, тригери розвитку ГЦД та результати пологів, а також стан новонароджених у пацієнток з ГЦД.

Матеріали та методи дослідження. Нами було проведено ретроспективне дослідження 75 вагітних з діагнозом ГЦД у віці від 25 до 40 років на базі перинатального центру КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В.Склясовського ПОР». Проаналізовані індивідуальні карти вагітних та історії пологів. Виявлення ГЦД проводилось лабораторними методами з визначенням рівня глюкози крові за допомогою 2-х годинного перорального тесту. У більшості випадків (66 жінок – 88%) ГЦД був діагностований при першому заборі крові і відповідав 5,1-6,9 ммоль/л. У 9 жінок (12%) цей діагноз був поставлений після проведення повного тесту толерантності до глюкози.

Результати дослідження. Встановлено, що ГЦД частіше діагностували у мешканок міст Полтавської області. Спадковість щодо цукрового діабету по материнській лінії була обтяжена у 12 жінок (16%). 15 жінок (20%) під час цієї вагітності вважалися практично здоровими, інші мали екстрагенітальну патологію: хронічні захворювання нирок (7 жінок – 9,3%), патологію ЖКТ (8 жінок – 10,7%), гіпертонічну хворобу (10 жінок – 13,3%), варикозну хворобу (4 жінок – 5,3%), анемію (22 жінки – 29,3%). У більшості випадків мало місце порушення ліпідного обміну – ІМТ більше 30 кг/м<sup>2</sup> – 42 жінки (56%). У 25 жінок (33%) попередні пологи закінчилися народженням великих плодів. У процесі ведення 71 вагітної (94,7%) з ГЦД вдалося досягти компенсації рівня глюкози до цільових значень (менше 5,1 ммоль/л натще) шляхом ретельного моніторингу та дієтотерапії; 4 жінкам (5,3%) для досягнення компенсації була призначена інсулінотерапія. При ультразвуковому дослідженні у 6 жінок (8%) було

встановлено діагноз – фетопатія та призначена індукція пологів. Із 75 пологів: 54 (72%) завершилися через природні пологові шляхи, а 21 (28%) – шляхом операції кесарів розтин. Вага 15 новонароджених (20%) перевищувала 4 кг.

Висновки. Основними тригерами розвитку ГЦД є наявність родичів першої лінії, що страждають на цукровий діабет, екстрагенітальні захворювання, ожиріння жінки. Вагітні, які хворіють на ГЦД, мають вищий ризик ускладнень під час вагітності та пологів. Новонароджені від матерів хворих на ГЦД більш схильні до розвитку таких ускладнень як діабетична фетопатія та макросомія.

## НАСЛІДКИ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

*Олексенко А., Мотієнко М., Сизов М.*

Науковий керівник: доцент Макаров О.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Частка преєклампсії (ПЕ) у структурі всіх причин перинатальної захворюваності та смертності є стабільно високою. Основними причинами перинатальної смертності являються: дистрес плода під час вагітності та пологів, дихальні розлади, незрілість плода.

Мета дослідження. Вивчити взаємозв'язк порушень фетоплацентарного кровообігу і перинатальних наслідків у вагітних з преєклампсією.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі перинатального центру КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Проведений аналіз перебігу вагітності у 120 вагітних з ПЕ, вивчено стан плодів та новонароджених. Проводилося ультразвукове та доплерометричне дослідження в II та III триместрах вагітності у жінок, вагітність яких ускладнилась ПЕ. Доплерометрія включала дослідження кровообігу в обох маткових артеріях, артерії пуповини.

Результати дослідження. Порушення кровообігу в фетоплацентарному комплексі (ФПК) було виявлено у 49 вагітних з ПЕ (40,8%). Зі збільшенням терміну вагітності підвищувалась і частота порушень кровообігу. У II триместрі порушення кровообігу у ФПК було зафіксовано у 22 жінок з ПЕ (18,3%), а у III триместрі – у 55 вагітних (45,8%). При цьому відмічалось порушення як матково-плацентарного кровотоку, так і плодово-плацентарного кровообігу. Характерними були збільшення індексів судинного опору в маткових артеріях (на 23% та більше) та в артеріях пуповини (на 27% та більше). Більш ніж у половини жінок (91 вагітна – 75,8%) пологи відбулися через природні пологові шляхи, з

них у 2/3 роділь пологи проводились з регіонарною аналгезією. Частота кесаревого розтину у вагітних з ПЕ склала 19,2% (23 жінки), акушерські лещата було використано у 7 роділь (5,8%). 22 дитини (18,3%) народились з асфіксією різного ступеню тяжкості, синдром затримки росту плода виявлено у 28 немовлят (23,3%), дистрес плода під час вагітності та в пологах – у 24 жінок (20%).

Висновки. Проведений аналіз показав, що у вагітних з прееклампсією частіше зустрічаються гемодинамічні порушення у фетоплацентарному комплексі, що потребують коригованого лікування та відмічається їх прямо пропорційна залежність зі збільшенням терміну вагітності. Ці зміни мають негативний вплив на внутрішньоутробний стан плода, знижують адаптаційні можливості новонародженого, що погіршує перинатальні наслідки.

## ДЕРМАТОМІОЗИТ ЯК ПРОЯВ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ

*Пацьора Т., Лукавенко О., Дерюга А.*

Наукові керівники: доцент Прийменко Н., доцент Ізюмська О.

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Лайм-бореліоз – це мультисистемне, найбільш поширене захворювання, що переноситься кліщами, й щорічно вражає близько 700 000 осіб у всьому світі. Його прояви можуть нагадувати клінічну картину аутоімунних захворювань та асоціюватися з ними, зокрема й з дерматоміозитом.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок дерматоміозиту як прояв Лайм-бореліозу.

Методи дослідження. Опис власного клінічного випадку Лайм-бореліозу з проявами дерматоміозиту.

Основні результати. Пацієнт 46 р., житель м. Полтави. Захворів у вересні 2024 р., коли на 5-й день після присмокування кліща на шкірі живота, з'явилася еритема. У той же час відмітив почервоніння шкіри лоба. Звернувся до сімейного лікаря, рекомендовано визначення IgM і IgG до *Borrelia burgdorferi* та за результатами обстеження (IgM – негативні, IgG – позитивні) призначено доксициклін протягом 14 днів. Еритема на животі зникла, проте почервоніння шкіри лоба поширилося на периорбітальну ділянку, підборіддя, волосисту частину голови, шию. З'явився папулозний висип на шкірі над ліктьовими та колінними суглобами, приєднався біль у суглобах, м'язах спочатку верхніх, потім

нижніх кінцівок, який прогресував до слабкості м'язів плечового та тазового поясу, а також ший, що ускладнювало підняття рук вгору, піднімання голови з подушки та виконання поворотів у ліжку. Спостерігалася задишка при незначних фізичних навантаженнях, дисфагія. Сімейний лікар запідозрив системний червоний вовчак. При обстеженні: АЛТ – 168 Од/л, АСТ – 228 Од/л, вовчачовий антикоагулянт IgG – не виявлено. З'ясувалося, що протягом останніх 2-х років пацієнт неодноразово відмічав присмоктування кліщів. Консультований дерматологом, ревматологом, інфекціоністом. Пацієнт госпіталізований з підозрою на дерматоміозит до ревматологічного відділення КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР», де діагноз було підтверджено. При обстеженні: ЛДГ – 1412 Од/л, АЛТ – 225 Од/л, АСТ – 216 Од/л, КФК – 5281 Од/л, КФК МВ – 476 Од/л, гістатиділ-тРНК-синтетаза – негативний результат, у імуноблоті – IgM до *Borrelia burgdorferi* – не виявлені, виявлено IgG – р41, OspC (*B. afzelii*). Призначено глюкокортикостероїди, азатіоприн. Враховуючи результати імуноблоту для проведення етіотропної терапії Лайм-бореліозу, пацієнт був переведений в КП «Полтавська обласна клінічна інфекційна лікарня ПОР». Виписаний з покращенням для продовження лікування амбулаторно.

Висновки. У зв'язку з рідкісністю патології та низькою обізнаністю лікарів щодо проявів Лайм-бореліозу у вигляді аутоімунних захворювань, дерматоміозит був діагностований пізно, що затримало своєчасний початок адекватного лікування. Наведений клінічний випадок розширить знання лікарів різних спеціальностей про спектр проявів Лайм-бореліозу та допоможе в проведенні диференціальної діагностики.

## ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ

*Пивоваренко А., Бугаєвська М., Щедрик К., Потапенко Д., Перепьолка М.*

Науковий керівник: професор Крючко Т.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. З огляду на тенденцію до зростання поширеності тютюнопаління серед підлітків, питання його впливу на соматичне здоров'я стає все більш актуальним у медико-соціальному контексті. Організм підлітка перебуває у стані активного росту та формування, що робить його більш вразливим до токсичних впливів тютюнового диму.

Мета: проаналізувати кореляційну залежність між тютюнопалінням та станом соматичного здоров'я підлітків.

Методи дослідження. Методом одномоментного анонімного анкетування було опитано 1050 підлітків віком 12-17 років. Для виявлення взаємозв'язків між інтенсивністю тютюнопаління та показниками соматичного здоров'я було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона.

Основні результати. У ході проведеного дослідження було виявлено, що більше половини підлітків (62%) зазначили факт паління, при цьому статистично достовірної різниці за віковими групами між хлопцями та дівчатами не виявлено. За результатами проведеного анкетування було встановлено, що більшість підлітків мали соматичну патологію: гастроентерологічні захворювання превалювали майже у кожного третього підлітка (29%), респіраторна патологія відзначалася у (18%) опитаних, алергологічні захворювання – у (9%), серцево-судинна патологія – у (6%) учасників дослідження. На основі статистичного аналізу встановлено кореляційні зв'язки між інтенсивністю тютюнопаління (як традиційного, так і електронного) та показниками соматичного здоров'я підлітків. Зокрема, було виявлено високий кореляційний зв'язок між частотою використання тютюнових виробів та наявністю респіраторної та алергологічної патології ( $r = 0,892$ ;  $p < 0,0001$ ). Помірний кореляційний зв'язок був виявлений у обстежених підлітків між частотою використання тютюнових виробів та наявністю гастроентерологічної патології ( $r = 0,587$ ;  $p < 0,05$ ).

Висновки. Результати проведеного анкетування виявили проблему паління підлітків, які мають ряд соматичних захворювань, що створює подальші ризики прогресувань та ускладнень, як з боку респіраторної, так і інших систем організму дитини, яка активно росте та формується.

## ШКІРНА МІГРУЮЧА ЛИЧИНКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК З ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

*Плавишудіна Є., Головач С., Чигрян Г.*

Науковий керівник: к.мед.н. Чигрян Г.

Кафедра сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів

Кафедра дерматології, венерології

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність. Шкірна мігруюча личинка (Cutaneous Larva Migrans, CLM) – паразитарне захворювання шкіри, викликане личинками деяких

видів анкілостом (*Ancylostoma braziliense*, *A. caninum*), поширене в тропічних регіонах. У зв'язку з активізацією міжнародного туризму, випадки CLM зустрічаються і в нетипових для нього регіонах, зокрема в Україні, що підвищує його актуальність для вітчизняної медичної практики.

Мета дослідження. Підкреслити значення детального епідеміологічного анамнезу у пацієнтів з нетиповими дерматологічними симптомами та звернути увагу на паразитарні дерматози в умовах глобалізації.

Методи дослідження. Опис клінічного випадку, фізикальне обстеження пацієнта, фотофіксація дерматологічних змін.

Основні результати. Чоловік, 28 років, військовослужбовець, звернувся зі скаргами на інтенсивний свербіж та відчуття «повзання» в ділянці підшви після повернення з Мальдів. Об'єктивно: на підшві лівої стопи – еритематозна, серпигінозна лінія довжиною близько 4 см. На підставі анамнезу та клінічної картини встановлено діагноз CLM. Призначено альбендазол 400 мг/добу протягом 5 днів, місцево – антисептичні засоби. На 5-й день лікування відзначено повне зникнення симптомів.

Висновки. CLM має характерну клінічну картину, яка дозволяє встановити діагноз на основі даних анамнезу та огляду. Альбендазол залишається ефективним і доступним препаратом в умовах української практики. Важливими є настороженість лікаря, врахування епідеміологічних даних та інформування пацієнтів щодо профілактики паразитарних інфекцій під час подорожей до тропічних країн.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕДІАБЕТИЧНОГО КЕТОАЦИДОЗУ У ДІТЕЙ

*Полюхович Т., Лимар Д., Мільченко Г., Федюк В.*

Науковий керівник: доцент Несіна І.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність роботи. Метаболічний недіабетичний кетоацидоз або синдром ацетонемічного блювання (синдром циклічного блювання) у дітей залишається актуальною проблемою сучасної педіатрії через поширеність, ранні прояви, часті госпіталізації та ризики розвитку соціально значимої патології у дорослому віці. Метаболічний недіабетичний кетоацидоз представляє класичний приклад порушень адаптації ферментних систем організму. Медіаторна дисфункція

гіпоталамо-гіпофізарно-наднирикової системи призводить до порушень вуглеводного і ліпідного обмінів.

Мета роботи: аналіз перебігу метаболічного недіабетичного кетоацидозу у дітей з коморбідною патологією шлунково-кишкового тракту.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективний аналіз 23 історій хвороб, які перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Центру спеціалізованої педіатричної допомоги і мали діагноз метаболічний недіабетичний кетоацидоз. Верифікація діагнозу проводилась на основі поглибленого клініко-анамнестичного та лабораторно-інструментального обстеження.

Результати дослідження. Аналіз медичної документації показав, що серед дітей, які лікувались в відділенні з метаболічним недіабетичним кетоацидозом переважала гастродуоденальна (69,5%) та печінково-біліарна патологія (73,9%), патологія підшлункової залози зустрічалася рідше (43,5%). Середній вік обстежених дітей становив  $10,0 \pm 4,6$  років, серед яких більшість становили дівчатка (60,8%) та жителі сільської місцевості (52,2%). Аналіз тригерних факторів рецидиву недіабетичного кетоацидозу показав, що у одного пацієнта може бути декілька причин одночасно. Одним із частих провокуючих чинників у більшості обстежених дітей є загострення захворювань шлунково-кишкового тракту (69,6%), половина пацієнтів виникнення кетоацидозу пов'язували з ГРВІ (52,2%), в той час, тільки 39% причиною вважали погрішності в харчуванні. Аналізуючи лабораторні маркери метаболічно-мітохондріальної дисфункції нами встановлено, що пацієнти мали підвищений рівень АСТ ( $44,76 \pm 3,34$  МО/мл), ЛДГ ( $476,36 \pm 12,2$  МО/мл), лужної фосфатази ( $340,36 \pm 6,2$  МО/мл). У кожній четвертій дитини відмічений підвищений рівень сечової кислоти ( $302,36 \pm 25,2$  мкмоль/л). Також при госпіталізації у третини пацієнтів (30,4%) реєструвався знижений рівень глюкози ( $3,4 \pm 0,6$  ммоль/л). Найбільш типовими змінами в клінічних аналізах сечі була наявність уратурії та оксалатурії, яка відмічалась у 56,5% обстежених.

Висновки. Характерною особливістю перебігу недіабетичного кетоацидозу у дітей є висока лабільність метаболічних змін, що взаємопов'язані та мають тісний зв'язок із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕДОЗУВАННЯ МІСЦЕВИМИ АНЕСТЕТИКАМИ

*Помозова С.*

Науковий керівник: доцент Голяніщев М.

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та дитячої анестезіології

Харківського національного медичного університету

Місцеві анестетики (МА), як і інші ліки, можуть спричинити небажані явища. На відміну від вкрай рідкісних (приблизно 1:1 000 000) алергічних реакцій на МА інтоксикація місцевими анестетиками (ІМА) є більш вірогідною (інцидентність приблизно 1:1000), особливо з відносно високими дозами, вживаними для епідуральних, провідникових та пролонгованих блокад нервів.

У матеріалі наведено клінічний випадок пацієнтки М. 1997 року народження (вага 50 кг) з діагнозом: апоплексія лівого яєчника. Хвора М., самостійно звернулася до міської лікарні м. Харків із скаргами на біль у лівій нижній частині живота. Була консультована лікарями-хірургами, які виключили гостру хірургічну патологію. Оглянута черговим лікарем-гінекологом та в ургентному порядку направлена на діагностичну пункцію заднього склепіння піхви (кульдоцентез). Лікарем-гінекологом обрано метод знеболення: інфільтраційна анестезія 1% лідокаїном 10,0 мл. Після проведеної маніпуляції результат пункції – отримана кров об'ємом 15 мл.

Пацієнтка переведена у відділення інтенсивної терапії для передопераційної підготовки на час очікування вільної операційної. Під час спостереження за хворою, через 10 хв після завершення кульдоцентезу: значна брадикардія – пульс та ЧСС 42 в 1 хв, SpO<sub>2</sub> 99%, артеріальний тиск 60/40 мм рт. ст., частота дихання відповідала – 20-25 в 1 хв, інтенсивна блювота, показники клінічного аналізу крові, біохімічного аналізу крові, коагулограми у межах вікових та статистичних норм. Черговий анестезіолог розпочав діагностичний пошук, під час якого було уточнено про місцеве знеболення пацієнтки М. Виявлено, що інфільтраційну анестезію перед пункцією склепіння піхви, через помилку медичної сестри, було виконано 10% розчином лідокаїну об'ємом 10,0 мл (в перерахунку на суху речовину – 1000 мг).

Хворій в умовах відділення інтенсивної терапії було призначено: інтраліпід 20% об'ємом 75 мл в/в швидко, струминно; за допомогою інфузійного насосу продовжено введення інтраліпід у дозі 12,5 мл/кг/хв (750 мл/год); атропін 0,3 мг струминно, норадреналін 0,03 мкг/кг/хв, розчин Рінгера 800 мл, розчин стереофундину 500 мл. Через 40 хв

артеріальний тиск нормалізувався, ще через 10 хв інфузія інтраліпідів призупинена. Через 3 години, на тлі стабільного стану пацієнтки її подано до операційної, успішно прооперовано та виписано через 8 діб. Істинна частота ІМА є ще вищою, бо не всі публікують випадки своїх ускладнень.

Висновки: ця тема має велику актуальність для сучасної та майбутньої практики регіонарного знеболення. Лікарі всіх спеціальностей, які вводять місцеві анестетики, мають знати правила їх застосування (особливо, дозування), та готові до миттєвого розпізнавання та лікування ІМА. Це стосується: акушерів-гінекологів, хірургів, стоматологів та лікарів інших спеціальностей. У кожній локації, де практикуються методи регіональної анестезії, слід організувати наявність та систематичну перевірку відповідності набору LipidRescue.

## ІЗОЛЬОВАНИЙ ПАРЕЗ ОКОРУХОВОГО НЕРВА, ЯК ОЗНАКА ПЕРВИННОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

*Пономарьова К., Новицька Є., Шпраха Ю.*

Науковий керівник: професор Некрасова Н.

Кафедра неврології

Харківський національний медичний університет

Актуальність. На сьогоднішній день цукровий діабет (ЦД) II типу залишається однією з провідних медико-соціальних проблем сучасності через стрімке зростання поширеності, високий ризик ускладнень та часту безсимптомну маніфестацію. Ураження черепно-мозкових нервів (ЧМН), зокрема окорухової групи є досить рідкісним, але клінічно значущою формою дебюту цукрового діабету. За даними літератури найчастіше страждає III пара ЧМН (n. oculomotorius), що клінічно проявляється птозом, паралічем окорухових м'язів, диплопією, а в деяких випадках і мідріазом. Своєчасне розпізнавання такого стану дозволяє не лише виявити ЦД, а й запобігти подальшим неврологічним і судинним ускладненням.

Мета. Описати клінічний випадок офальмоплегії III пари ЧМН як первинного прояву цукрового діабету 2 типу, акцентуючи увагу на діагностичних складностях та міждисциплінарному підході.

Методи дослідження: клініко-неврологічні, консультації суміжних спеціалістів, параклінічні – лабораторні, нейровізуалізаційні.

Результати. Нами був розглянутий аналіз клінічного випадку пацієнта Т., 56-ти років, який надійшов до неврологічного відділення зі скаргами на опущення лівої повіки, обмеження рухів лівим очним

яблуком, двоїнням в очах та головним болем в лівій лобовій ділянці.

З анамнезу хвороби відомо, що вищеописані скарги виникли раптово, після сну, 10 днів тому. В анамнезі життя гіпертонічна хвороба II ст., 2 ст., ризик 3. У соматичному статусі без особливостей, загальний стан відносно задовільний, артеріальний тиск 130/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд/хв. Під час неврологічного огляду: свідомість ясна, очні щілини  $D > S$ , птоз лівої повіки, зіниці  $D < S$ , реакція зіниць на світло знижена ліворуч, рухи очних яблук лівим оком обмежені вгору, вниз та досередини, ністагму не має, чутливість на обличчі збережена, тригемінальні точки безболісні, обличчя симетричне, з боку інших ЧМН відхилень не було виявлено. Сухожильні рефлекс з верхніх та нижніх кінцівок  $D = S$  помірні, натяк на симптом Бабінського ліворуч, м'язовий тонус без особливостей, сила достатня, в позі Ромберга стійкий, координаторні проби виконує впевнено, менингеальних знаків не виявлено.

Хворий був консультований офтальмологом, який діагностував парез окорухового нерву зліва, гіпертонічну ангіопатію сітківки обох очей, диплопію.

Отримані дані наштовхували в бік швидкої диференційної діагностики через схожість клінічної картини з більш загрозливими неврологічними станами, такими як аневризми, пухлини, порушення мозкового кровообігу в стволі головного мозку, міастенію. Першочергово хворому було виконано спіральну комп'ютерну томографію головного мозку: вогнищевих змін, кістково-травматичних ушкоджень не виявлено, шлуночкова система не розширена, серединні структури не зміщені, субтенторіально без особливостей. За даними магнітно-резонансної томографії головного мозку та шийного відділу хребта було виявлено ознаки церебральної мікроангіопатії з атрофічними змінами, остеохондроз та протрузії міжхребцевих дисків шийного відділу хребта, деформуючий спондиліоз. При проведенні спіральної комп'ютерно-томографічної ангіографії судин голови та шиї дефектів контрастування, аневризматичних розширень не було виявлено. Прозерина проба була негативною. Хворий був консультований нейрохірургом, який виключив гостру нейрохірургічну патологію. Дані клінічного аналізу крові, коагулограми були в межах норми. За даними біохімічного аналізу крові у хворого було виявлено значне підвищення рівня глюкози до 18,5 ммоль/л та глікований гемоглобін (HbA1c) до 12,9%, за даними глікемічного профілю (18:00 – 26,6 ммоль/л, 21:00 – 26,1 ммоль/л, 06:00 – 17,8 ммоль/л) було також виявлено значні відхилення.

Після консультації ендокринолога хворому було діагностовано цукровий діабет II типу, вперше виявлений. Була призначена

цукрознижувальна терапія. Додатково хворому надавалася нейропротекторна терапія у вигляді вітамінів групи В, тіоктової кислоти. Дані повторно проведеного глікемічного профілю (18:00 – 15,3 ммоль/л, 21:00 – 12,2 ммоль/л, 6:00 – 10,3 ммоль/л, 18:00 – 10,2 ммоль/л; 21:00 – 9,4 ммоль/л; 6:00 – 8,7 ммоль/л), зменшення скарг на біль в лівій лобовій ділянці та покращення загального стану пацієнта свідчили про позитивну динаміку. Парез окорухового нерва зберігався. За даними літератури прогноз при подібному ускладненні позитивний, можливе спонтанне повне або часткове відновлення функції нерва, при умові постійного контролю рівня глюкози з прийомом цукрознижувальної терапії.

**Висновок.** Даний клінічний випадок демонструє важливість диференційної діагностики офтальмоплегії, особливо у пацієнтів середнього віку без встановленого діабету в анамнезі. Наявність ізольованого ураження III пари ЧМН без інших неврологічних симптомів у поєднанні з гіперглікемією потребує мультидисциплінарного підходу та ранньої діагностики, оскільки своєчасне виявлення метаболічного порушення покращує прогноз.

## АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРИП ТА ГРВІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ЕПІДЕМІЧНІ СЕЗОНИ З 2020 ПО 2024 РОКИ

*Рабоча А., Монакова О.*

Науковий керівник: професор Чумаченко Т.

Кафедра епідеміології

Харківський національний медичний університет

**Актуальність.** У сучасному світі грип та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) продовжують бути значною медико-санітарною проблемою, характеризуючись масовістю, сезонністю та багаторічною циклічністю.

**Мета.** Оцінити показники захворюваності на грип та ГРВІ за епідсезони 2020-2024 роки в Харківській області.

**Методи дослідження.** У рамках дослідження було проведено ретроспективний аналіз статистичних даних щодо захворюваності на грип та ГРВІ в Харківській області за епідсезони з 2020 по 2024 роки. Дані отримано зі звітних форм ДУ «Харківський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я» за період 2020-2024 рр.

**Основні результати.** За результатами аналізу захворюваності за епідсезони з 2020 по 2024 рік на грип та ГРВІ в Харківській області

виявлено значні коливання показників. Аналіз показав, що в епідсезон 2021-2022рр. спостерігався найвищий показник захворюваності, який склав 10188,84 на 100 тис. населення, за рахунок COVID-19, питома вага якого склала 42,8%. З початком війни зареєстрована захворюваність знизилась до 3471,13 на 100 тис. населення, що майже у 3 рази менше ніж у епідемічний сезон 2021-2022 рр. Це обумовлено обмеженим доступом до якісної медичної допомоги через бойові дії на території області, знищенням медичної інфраструктури та міграцією населення у регіони, які знаходяться далі від лінії фронту. В усі роки спостереження питома вага дитячого населення коливалася від 19,3% за епідемічний сезон 2020-2021 рр. до 39,7% за епідемічний сезон 2023-2024 рр. Максимальна кількість госпіталізованих серед усіх груп населення виявлена в епідсезон 2020-2021 рр., тобто до початку повномасштабного вторгнення і дорівнювала 24795 осіб. Так само, як і максимальна кількість щеплень проти грипу було зроблено до початку війни в епідсезон 2020-2021 рр. і склала 11218, що недостатньо для припинення циркуляції збудника.

Висновки. Динаміка захворюваності на грип та ГРВІ серед населення Харківської області за епідсезони 2020-2024 рр. продемонструвала суттєві коливання. Вони пов'язані з пандемією COVID-19, за рахунок якої реєструвалися високі показники в епідсезон 2021-2022 рр. та повномасштабним вторгненням країни-агресора на територію України, яке почалося 24 лютого 2022 року. Знищення медичної інфраструктури та міграційні процеси серед населення, пов'язані з окупацією районів Харківської області, призвели до зниження рівня зареєстрованої захворюваності.

## АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ «SNAIL SHELL» ПОРІВНЯНО З ТРАДИЦІЙНОЮ МЕТОДИКОЮ VAS У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ

*Радомський О., Харитенко А., Дем'яненко В.*

Науковий керівник: доцент Кононенко С.

Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Умови сучасної війни, зокрема повномасштабного вторгнення, зумовлюють надзвичайне зростання кількості пацієнтів із тяжкими вогнепальними та вибуховими пораненнями. Такі ушкодження, як правило, характеризуються складною анатомією ран, значною площею

ураження, високим ризиком інфікування та тривалим перебігом загоєння. У зв'язку з цим особливого значення набуває вдосконалення методів місцевого лікування ран, зокрема застосування вакуумної терапії (VAC). Саме тому актуальним є впровадження модифікованої техніки VAC-терапії – так званої «Snail Shell» методики, яка дозволяє ефективніше працювати з просторово складними ранами.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз ефективності застосування методики «Snail Shell» при VAC терапії вогнепальних поранень м'яких тканин.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження стали 38 пацієнтів з вогнепальними ранами верхніх та нижніх кінцівок в схему лікування яких була включена терапія від'ємним тиском. Середній вік складав 31,5 років. У 21 випадку при лікуванні ран застосовано традиційну методику укладки гідрофільної поліуретанової губки. У 17 випадках під час монтажу гідрофільної поліуретанової губки для терапії від'ємним тиском застосовано методику її укладки по типу «Snail Shell», яка полягає у заповненні ранових карманів нероздільним анатомічним поліуретановим компонентом.

**Результати дослідження.** Після опрацювання клінічного матеріалу виділено дві клінічних групи. Першу групу склали 21 пацієнт, яким було застосовано традиційну методику укладки гідрофільної поліуретанової губки. До другої клінічної групи увійшло 17 пацієнтів, у яких рановий дефект був заповнений гідрофільною поліуретановою губкою за методикою «Snail Shell». У результаті дослідження виявлено, що у 28,6% (6 пацієнтів) першої клінічної групи виявлено порушення процесу евакуації ексудату з ранових карманів під час терапії негативним тиском. Означений результат є наслідком порушення контакту фрагментів гідрофільної поліуретанової губки. Серед пацієнтів другої клінічної групи, яким проводилася терапія негативним тиском та викладка гідрофільної поліуретанової губки за методикою «Snail Shell» (губка була безперервною) тільки у 5,8% (1 випадок) виявлено порушення евакуації ексудату з ранових карманів.

**Висновки.** Застосування методики викладки поліуретанової губки «Snail Shell», у порівнянні з традиційною багатокомпонентною методикою дозволяє досягти кращої адаптації до складної анатомії рани, покращене видалення ексудату по всій довжині ранового каналу, зменшення ризику утворення «мертвих» зон без дренажу та стимуляції рівномірного утворення грануляційної тканини в глибоких ділянках.

## ВПЛИВ БОЙОВОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН КОМБАТАНТІВ

*Ребенко Л.*

Науковий керівник: професор Животовська Л.

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. У зв'язку з повномасштабним вторгненням є особливо гострим питання пережитого травматичного досвіду військовослужбовцями, які брали безпосередню участь у бойових діях, пов'язаних із захистом суверенітету нашої держави. Після повернення до більш безпечних умов життя такі люди можуть почуватися покинутими та загубленими. Також гострою та актуальною залишається проблема підвищеного ризику суїциду серед комбатантів та ветеранів. Коморбідні стани, такі як інсомнія, погіршують і без того нестабільний психічний стан пацієнтів. Важливу роль також відіграють характерологічні особливості особистості, наприклад, імпульсивність може впливати на прийняття рішень у житті. Таким чином, завданням лікарів-психіатрів має бути своєчасна та ефективна діагностика пацієнтів з урахуванням супутніх патологій та особливостей психоемоційного стану військовослужбовців.

Мета дослідження. Визначити особливості психоемоційної регуляції у комбатантів із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Матеріал та методи дослідження. За умови отримання інформованої згоди було обстежено 20 військовослужбовців, всі чоловіки віком від 26 до 57 років ( $40,1 \pm 3,3$ , 95% CI 32,7-47,5), які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні неврозів змішаного типу КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» у період із жовтня 2024 р. по березень 2025 р. У всіх пацієнтів за МКХ-10 було діагностовано посттравматичний стресовий розлад (F 43.1). Бойовий досвід становив від 1 до 2,5 років. Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів. Для оцінювання симптомів ПТСР використовувалася шкала впливу травматичної події (The Impact of Event Scale – Revised), для характеру та тяжкості безсоння застосовувалася шкала тяжкості інсомнії (Insomnia Severity Index, Ch. Morin). Дослідження імпульсивності здійснювалося за тестом-опитувальником «Рівень імпульсивності» Лосенкова, оцінку ризику суїциду проводили за допомогою шкали The SAD PERSONS Scale

(Patterson et al., 1983).

Результати дослідження. Аналіз впливу травматичної події показав, що у половини осіб (50,0%) відмічався високий рівень (4 бали) за показником «вторгнення», підвищений рівень (3 бали) – за показником «уникнення» та «збудження». Середній бал за субшкалою «вторгнення» становив  $2,9 \pm 0,3$ , 95% CI 2,3-3,4; за субшкалою «збудження» –  $2,0 \pm 0,2$ , 95% CI 1,6-2,4; за субшкалою «уникнення» –  $2,0 \pm 0,3$ , 95% CI 1,5-2,6. У всіх респондентів встановлено помірний рівень інсомнії ( $19,0 \pm 1,3$ , 95% CI 16,2-21,8), середній рівень імпульсивності –  $45,1 \pm 1,3$ , 95% CI 42,2-48,1 та низький рівень ризику суїциду –  $3,0 \pm 0,3$ , 95% CI 2,3-3,7.

Встановлено сильні позитивні взаємозв'язки між показниками вторгнення ( $r=0,777$ ,  $p=0,008$ ), збудження ( $r=0,914$ ,  $p<0,001$ ) та уникнення, а також між збудженням та вторгненням ( $r=0,852$ ,  $p=0,002$ ). Позитивний зв'язок середньої сили визначено між збудженням та імпульсивністю ( $r=0,633$ ,  $p=0,04$ ). Дослідження показало, що при збільшенні індексу тяжкості інсомнії підвищувався показник ризику суїциду ( $r=0,725$ ,  $p=0,018$ ).

Висновки. Таким чином, при тривалій дії бойового стресу у комбатантів визначався високий рівень інтрузивних симптомів, які виникали внаслідок впливу асоціативних чинників, що нагадували травму, та проявлялися повторними переживаннями психотравмуючої події з негативними емоційними реакціями та відчуттями, повторюваними кошмарними сновидіннями. Виявлено позитивні взаємозв'язки між симптомами уникнення, вторгнення та збудження ( $p<0,01$ ), а також між збудженням та імпульсивністю ( $p<0,05$ ). Отримані результати вказують на необхідність розробки диференційованих підходів до проведення лікувально-реабілітаційних заходів для учасників бойових дій при переживанні тривалого травматичного досвіду.

## ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ДІТЕЙ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ

*Рубан К., Онопчук К., Нічик А.*

Науковий керівник: асистент Щербак В.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. На сьогодні в Україні спостерігається зростання кількості внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що зумовлено триваючими воєнними діями на території держави. Однією з основних причин

звернення внутрішньо переміщених дітей за медичною допомогою є поява або загострення алергічних захворювань, що зумовлює необхідність більш глибокого вивчення алергопатології з метою своєчасної профілактики, діагностики та надання ефективної медичної допомоги.

**Мета дослідження.** Визначити особливості структури алергопатології серед внутрішньо переміщених дітей у Полтавському регіоні з метою виявлення провідних клінічних форм та основних факторів ризику.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб ВПО, які перебували під наглядом дитячого алерголога у КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради» Центр спеціалізованої педіатричної допомоги, педіатричне відділення (алергологічні ліжка) з березня 2022 по березень 2025 року. Оцінювалися частота алергічних захворювань, вікова структура, статевий розподіл, клінічні форми та фактори ризику патології.

**Основні результати.** За результатами ретроспективного дослідження, кількість внутрішньо переміщених дітей з алергопатологією за вказаний період склала 102 особи. Найбільшу частку пацієнтів становили ВПО з Харківської області (54,9%), наступними за частотою були пацієнти з Донецької (19,6%), Луганської (9,9%), Запорізької (5,9%), Херсонської (4,9%), Київської (2,9%) та Сумської (1,9%) областей. Серед хворих переважали хлопчики, які становили 56%, тоді як дівчатка – 44%, що відповідає типовому гендерному розподілу серед пацієнтів з алергічними захворюваннями. Середній вік дітей склав 9,4 роки. Встановлено, що статистично значимо ( $p < 0,05$ ) переважала кількість пацієнтів з алергічним ринітом, яка склала 30,4% від загальної кількості захворювань, порівняно з іншими алергічними патологіями. На другому місці за частотою перебували діти з гострою кропив'янкою (19,6%), на третьому – з бронхіальною астмою (18,6%). Кожен шостий (14,7%) пацієнт звернувся із загостренням atopічного дерматиту. Крім того, 16,7% дітей були бронхообструктивним синдромом алергічного генезу. У процесі дослідження було виявлено предиктори розвитку алергопатології, до яких відносяться психоемоційний стрес, обумовлений війною, зміною місця проживання, а також порушенням режиму харчування.

**Висновок.** Проведений аналіз поширеності та факторів ризику розвитку алергопатології серед внутрішньо переміщених дітей підкреслює важливість своєчасної діагностики та надання ефективної медичної допомоги з метою запобігання ускладненням та покращення якості їхнього життя.

## ІДЕАЛЬНИЙ ЧАС ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОСТАКНЕ

*Сакевич В.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Постакне – це поширене ускладнення після середньотяжких і тяжких форм акне, яке проявляється у вигляді рубців, гіперпигментацій і нерівного рельєфу шкіри. Наявність постакне значно погіршує зовнішній вигляд пацієнтів, впливає на їх самооцінку та психоемоційний стан. Корекція постакне є важливою складовою комплексного підходу до лікування акне. І хоча традиційно вважалося, що такі втручання доцільні лише через кілька місяців після завершення терапії ізотретиноїном, сучасні дані свідчать про ефективність та доцільність початку корекцій саме на прикінці курсу системних ретиноїдів.

Мета дослідження. Визначити оптимальний період для початку корекції постакне (рубців і пигментації) у пацієнтів, які завершують лікування системними ретиноїдами, з урахуванням регенераторного потенціалу шкіри під впливом ізотретиноїну.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 48 пацієнтів (30 жінок і 18 чоловіків) віком від 18 до 32 років із завершенням курсу системного ізотретиноїну (0,75-1,0 мг/кг/добу). Усі пацієнти мали постакне у вигляді поверхневих атрофічних рубців та/або гіперпигментацій. Всіх пацієнтів було поділено на підгрупи (16 осіб в кожній) за часом завершення курсу ретиноїдів: I група – почали корекцію за 2 тижні до завершення курсу, II група – одразу після завершення, III група – через 1-2 місяці після завершення. Корекційні процедури (ін'єкції полінуклеотидів, мікронідлінг, лазерна терапія) починалися в залежності до групи розподілу. Оцінювався стан шкіри, рівень регенерації, вираженість побічних ефектів та задоволеність результатами.

Результати. Найкращі результати відзначалися у 14 (87,5%) пацієнтів I групи: покращення текстури шкіри, зменшення глибини рубців та освітлення пігментних плям вже після 2-3 процедур. У 10 (62,5%) пацієнтів II групи покращення з'явилися на 6-7 процедурі і у 6 (37,5%) пацієнтів III групи покращення стали помітними тільки після 10 процедури. Пояснюється це тим, що під впливом препарату стимулюється синтез колагену та еластину, активізується оновлення клітин, що створює сприятливе підґрунтя для ефективного загоєння шкіри після процедур. Побічні реакції були незначними та добре контрольованими.

Висновки. Оптимальним часом для початку корекції постагне є завершальна стадія курсу системних ретиноїдів. Саме в цей період шкіра має високий відновлювальний потенціал, а фібробласти активно продукують колаген та еластин. Поєднання ретиноїдної терапії з ранніми процедурами корекції постагне дозволяє досягти кращих результатів у коротші терміни та підвищити задоволеність пацієнтів лікуванням.

## РОЛЬ ВІТАМІНУ Д В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПСОРІАЗУ

*Салютіна Д.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Вітамін Д – жиророзчинний вітамін, який присутній в дуже малій кількості продуктів і в більшому, отримується внаслідок сонячного опромінення. При отриманні Вітаміну внаслідок харчових добавок та при сонячному опроміненні, запускаються процеси гідроксидування в організмі. Гідроксидування проходить двома шляхами: перший – у печінці, внаслідок якого утворюється кальцидіол, другий – у нирках, утворюється кальцитріол. Вітамін Д сприяє всмоктуванню кальцію в кишечнику та забезпечує нормальний рівень фосфатів у сироватці крові, які безпосередньо впливають на мінералізацію кісток. Вітамін Д має прозапальну дію, внаслідок інгібування дії специфічних цитокінів. Псоріаз – це хронічне запальне захворювання шкіри, яке характеризується надмірною проліферацією кератиноцитів. Внаслідок чого, оновлення кератиніцитів у людей з псоріазом виникає в двічі частіше, ніж у звичайних людей. Виходячи з перелічених властивостей, вітамін Д, може активно бути впроваджений в профілактику рецидивів та лікування псоріазу.

Мета дослідження: вивчити роль вітаміну Д в лікуванні та профілактиці псоріазу.

Під спостереженням перебували 44 хворих на псоріаз, що перебували на денному стаціонарі Шкрно-венерологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР». Хворі отримували окрім стандартних схем лікування по 4000 ОД вітаміну Д під час вживання їжі. Всі пацієнти продіагностовані методом панч-біопсії в медичному центрі «Медєя», а рівень вітаміну Д визначався протягом 3 місяців в мережі лабораторій в «Сінево».

Після лікування в денному стаціонарі (18 днів) виявлено у 27 (61,3%) рівень вітаміну Д 33,4 нг/мл. У цих хворих клінічно прояв псоріазу характеризувався мінімальними ознаками запалення, свербіжу та покращенням загального самопочуття, збільшення проміжку ремісії. А у 9(20,5%) пацієнтів з низьким рівнем вітаміну Д 16,8 нг/мл загострення псоріазу відмічалось по 2 рази на 3 місяці. У 8 (18,2%) пацієнтів спостерігалось підвищення рівня вітаміну в крові до нижньої межі норми. Пацієнти спостерігали покращення стану шкіри, що супроводжувались меншою площею запалення.

Висновок. Вітамін Д може бути позитивно впливати на перебіг псоріазу, зменшення запалення, свербіжу та покращенням загального самопочуття а також сприяти збільшенню проміжків ремісії.

## ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СТАТУС НА ТЛІ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ З ЛЕТАЛЬНИМ НАСЛІДКОМ: КЛІНІКО-ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

*Самородова О., Борзенкова І.*

Науковий керівник: професор Марковський В.

Кафедра патологічної анатомії

Харківський національний медичний університет

Епілептичний статус (епістатус) є одним із найбільш небезпечних проявів епілепсії з тривалими або повторюваними судочками без повернення до свідомості між ними. Серед пацієнтів із фоновою патологією центральної нервової системи (ЦНС), зокрема дитячим церебральним паралічем (ДЦП), ризик розвитку епістатусу особливо високий, часто з поліорганною недостатністю та фатальними наслідками.

З метою оптимізації прижиттєвої та посмертної діагностики епістатусу у хворих на ДЦП наводиться опис аутопсійного випадку.

Клінічна частина. Хворий В., 26 років, поступив до КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» зі скаргами на неконтрольовані генералізовані судочми. З анамнезу відомо, що пацієнт страждав на ДЦП, переніс герпетичний енцефаліт, мав затримку фізичного розвитку та симптоматичну епілепсію. У момент госпіталізації стан тяжкий: пульс 150, тиск 90/60 мм рт. ст., свідомість – сопор, м'язовий тонус знижений, судочми не припинялися. У відділенні інтенсивної терапії розпочато ШВЛ. Незважаючи на заходи, стан пацієнта погіршувався. На 3-ю добу перебування в стаціонарі констатовано асистолію, проведена реанімація була неуспішною, зафіксовано

біологічну смерть. Тіло померлого направлене на аутопсію із заключним клінічним діагнозом: основне захворювання – епілептичний статус; ускладнення – набряк головного мозку, дислокація стовбура, сепсис, поліорганна недостатність; супутня патологія – ДЦП, гіпоплазія яєчок, контрактири суглобів, хибна поренцефалія, гліоз, атеросклероз, дифузний інтерстиційний кардіосклероз.

Результати патологоанатомічного дослідження. При аутопсії виявлено сколіоз, контрактири, гіпоплазія статевих органів, зменшення правої гемісфери мозку; виражений набряк, гліоз, кісти, периваскулярні крововиливи у головному мозку; дифузний кардіосклероз, атрофія наднирників, гнійні ураження печінки, нефросклероз. Мікроскопічно у головному мозку – периваскулярний, перинуклеарний та перицелюлярний набряк, осередки енцефалолізису, масивні фокуси атрофії кори, гліоз; у серці – гіпертрофія кардіоміоцитів, білкова дистрофія, рабдоміоліз, кардіосклероз; у легенях – емфізема, ателектаз, крововиливи, спазм бронхів; у печінці – білкова дистрофія гепатоцитів, централобулярні некрози з нагноєнням; у нирках – склероз клубочків, білкова дистрофія та некроз епітелію канальців, кістозні зміни; у наднирниках – атрофія кори.

На підставі патологоанатомічного дослідження та клінічних даних основним захворюванням слід вважати епілептичний статус на тлі органічного ураження ЦНС при ДЦП. Безпосередньою причиною смерті стала дислокація стовбура головного мозку через набряк. Супутні зміни включали ДЦП, кардіосклероз, нефросклероз. Клінічний та патологоанатомічний діагнози збігаються, однак дослідження дозволило деталізувати пошкодження органів, важливих у танатогенезі.

## КЛІНІКО-ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ РАКУ ХВОСТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Семакіна А., Уманец І.*

Науковий керівник: доцент Наумова О.

Кафедра патологічної анатомії

Харківський національний медичний університет

За прогнозами Американської асоціації з вивчення раку (AACR), до 2030 р. у структурі смертності рак підшлункової залози (РПЗ) і рак печінки посядуть друге та третє місця відповідно й випередять рак молочної, передміхурової залози та колоректальний рак. Відповідно до бюлетеня Національного канцер-реєстру України №25 «Рак в Україні 2022-2023», РПЗ посідає 9 місце в структурі злоякісних новоутворень,

загальна кількість випадків РПЗ у 2023 році склала 3395, а випадків смерті від цього захворювання – 2505. Вважають, що до 80% захворювань походить з епітелію проток. Із епітелію залозистих ацинусів виникає значно менша частина новоутворень.

З метою оптимізації прижиттєвої та посмертної діагностики РПЗ наводиться опис аутопсійного випадку.

Клінічна частина. Хвора С. 47 років переведена у КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» з діагнозом: рак підшлункової залози. Скарги на болі в верхніх відділах живота, нудоту, здуття живота та загальну слабкість. Об'єктивно: загальний стан хворої тяжкий за рахунок основної патології. Незважаючи на інтенсивну консервативну терапію стан хворої на 4-у годину перебування у стаціонарі значно погіршився, проведені реанімаційні заходи без ефекту, констатовано біологічну смерть. Тіло померлої направлене на утопію із заключним діагнозом: основне захворювання – Са хвоста підшлункової залози T4N1M1; ускладнення основного – синдром ендогенної інтоксикації, ракова інтоксикація, синдром поліорганної недостатності, гостра серцево-легенева недостатність, асцит; супутній діагноз – гіпертонічна хвороба І ст., 2 ст., ризик 2.

У результаті патологоанатомічного дослідження основним захворюванням виставлено помірно диференційовану протокову аденокарциному хвоста підшлункової залози з інфільтрацією перипарапанкреатичної клітковини з масивним метастазуванням в печінку, в діафрагму з проростанням в серозну оболонку шлунка та жовчного міхура, сальник та брижу тонкої та товстої кишки, канцероматозом очеревини. Основне захворювання ускладнилося асцитом, осередковою серозно-гнійною пневмонією в нижніх частках, набряком легень, набряком-набуханням головного мозку. Безпосередньою причиною смерті стала ракова інтоксикація. У рубрику супутньої патології віднесено гіпертонічну хворобу, осередковий нестенозуючий атеросклероз коронарних артерій та артерій основи головного мозку, атеросклероз аорти.

При співставленні клінічного та патологоанатомічного діагнозів – збіг. Разом з тим, патологоанатомічне дослідження дозволило підтвердити первинну локалізацію раку у хвості підшлункової залози, визначити гістогенез пухлини, оцінити ступінь інфільтрації пухлини у навколишні органи та тканини, виявити поширеність метастазування.

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ГІДРОНЕФРОЗУ У ДІТЕЙ

*Сема Р.*

Науковий керівник: професор Ксьонз І.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вроджений гідронефроз (ВГ) одна з найчастіших вад розвитку, що становить 50% всіх аномалій сечовидільної системи та займає перше місце серед обструктивних уропатій у дітей. Гідронефроз у дітей раннього віку виявляють за допомогою пренатального УЗД у 1-5% випадків. У постнатальному періоді дана патологія зустрічається у 2,8 випадках на 1000 новонароджених.

Мета дослідження. Аналіз результатів хірургічного лікування вродженого гідронефрозу у дітей.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 107 пацієнтів з ВГ (хлопчиків – 73, дівчаток – 34). За віком діти розподілилися наступним чином: до 3 місяців – 19 осіб, 3-12 місяців – 25, 1-3 роки – 20, 3-6 років – 14, 6-12 років – 18, старше 12 років – 9 осіб. За локалізацією лівобічний гідронефроз виявлено в 66 випадках, правобічний в 40, двобічний гідронефроз – 1 випадок.

Результати. З метою діагностики патологічного процесу, крім УЗД нирок, дітям проводилося рентгеноурологічне обстеження – екскреторна урографія та мікційна цистоуретрографія, комп'ютерна томографія за показаннями. При УЗД нирок уточнювалися розміри нирок та мисок, товщина паренхіми. Вирішальним у виборі тактики був результат екскреторної урографії з діуретичної пробою. Показанням до оперативного лікування служило виявлення гідронефрозу III-IV ступеня з відсутністю евакуації контрастної речовини після внутрішньовенного введення лазиксу.

З метою корекції ВГ було проведено пластику міхурові-сечоводного сегменту за Хайнсом-Андерсеном з пієлонефростомією – 92 (86%); без пієлонефростомії – 1 (0,9%); уретерогемінефректомія – 6 (5,6%). З 2023 року в практику впроваджується лапароскопічна корекція ВГ, виконано 3 оперативних втручання (2,8%). 3 пацієнтам була виконана цистоскопія з метою видалення стенту. Нефректомія була виконана 5 (4,7%) особам з термінальним гідронефрозом.

Віддалені результати простежені у всіх хворих, контрольне обстеження проводилося не раніше, ніж півроку після проведення оперативного лікування. Динамічне спостереження оперованих хворих виявило відновлення пасажу сечі, покращення функції нирок, скорочення

розмірів колекторної системи, відсутність ознак пієлонефриту.

Висновки. Ранні діагностика та виконання корекції обструкції пієлоуретерального сегмента дозволяє зберегти функцію нирок та створює оптимальні умови для подальшого розвитку та зростання функціональних структур ниркової тканини.

## ФАРМАКОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ДІЇ БАГАТОАТОМНИХ СПИРТІВ У ПРАКТИЦІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

*Сень Д.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Пацієнти, які страждають на інсулінзалежний цукровим діабетом з синдромом ендогенного гнійно-септичного генезу є досить поширеною картиною. Пошук кращого варіанту лікування привів до розгляду фармакодинамічних аспектів дії багатоатомних спиртів через низку обмінних реакцій в організмі. Ми в нашому дослідженні вивчали дію ксилату водно-електролітні обмінні процеси.

Мета дослідження. Визначити вплив ксилату на обмінні процеси в організмі та функцію нирок при інсулінозалежному цукровому діабеті ускладненому синдромом ендогенної інтоксикації гнійно-септичного генезу.

Матеріали та методи дослідження. Основну групу склали 18 пацієнтів з інсуліннезалежним цукровим діабетом, ускладненим синдромом ендогенної інтоксикації гнійно-септичного генезу. Показники, що характеризують стан волюмо- та осморегуляторну функції нирок, досліджували за умови інфузійного навантаження (2-4 мл/кг/год протягом 3 год) розчином Рінгера або ксилатом в плані лікування та інфузійної терапії.

Результати дослідження. Навантаження розчином Рінгера підвищує кліренс натрію на  $260,2 \pm 47,8\%$  ( $\Delta$ ,  $p < 0,05$ ), без зміни концентрації іонів натрію в плазмі крові та фільтраційної фракції нирок, а очищення плазми крові від осмотично активних речовин на  $147,4 \pm 16,9\%$  ( $\Delta$ ,  $p < 0,05$ ). Інфузійне навантаження ксилатом хворих на інсулінзалежний цукровий діабет з синдромом ендогенного гнійно-септичного генезу підвищує кліренс натрію на  $316,0 \pm 57,2\%$  ( $\Delta$ ,  $p < 0,05$ ), а кліренс осмотично активних речовин – на  $164,0 \pm 12,5\%$  ( $\Delta$ ,  $p < 0,05$ ) порівняно з вихідними значеннями.

Висновок. Проведення інтенсивної терапії в режимі інфузії розчинів 2-4 мл/кг/год протягом трьох годин у хворих на інсуліннезалежний цукровий діабет ускладнений синдромом ендогенної інтоксикації септичного

генезу активує волюмоосморегуляторну та ниркову функцію. При цьому ксилат на 56,2% перевищує об'ємну активність розчину Рінгера і, відповідно, осморегуляторну – на 17,3%. Активація об'ємної функції нирок відбувається за рахунок зниження реабсорбції натрію і води в проксимальному відділі нефрону без збільшення швидкості клубочкової фільтрації і при збільшенні дистального транспорту натрію і води.

## ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ МОЗОЧКОВОЇ АТАКСІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Сидорович Г., Башинська К., Гречка І., Гречка М., Скаленко Ю.*

Наукові керівники: доцент Силенко Г., доцент Пурденко Т.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Синдром мозочкової атаксії часто зустрічається в практиці лікаря невролога та лікарів інших спеціальностей. Атаксія є проявом різних неврологічних станів. Вона може розвиватися на тлі гострих порушень мозкового кровообігу, черепно-мозкових травм, токсичних та метаболічних порушень, пухлин головного мозку та спадкових захворювань. Мозочкова атаксія часто викликає діагностичну невизначеність у практиці невролога і у деяких випадках залишається недіагностованою.

Мета: представити клінічний випадок синдрому мозочкової атаксії токсико-дисметаболічного генезу.

Методи дослідження: клініко-неврологічний, загальноклінічні, параклінічні, електрофізіологічні.

Основні результати. Хворий М., 50 років поступив у неврологічне відділення зі скаргами на порушення ходи, запаморочення, посилення хиткості при перебуванні в темному приміщенні, поперхування під час їжі, оніміння ніг. Хворіє з 2015 року, коли на тлі вживання алкоголю втратив свідомість, після чого поступово з'явилися вищезгадані скарги. Спадковий анамнез не обтяжений. Погіршення відмітив в січні 2025 р., в зв'язку з чим направлений на лікування в неврологічне відділення. При первинному огляді в неврологічному статусі: свідомість ясна, функція окорухових нервів збережена, горизонтальний ністагм, знижені рефлекси з м'якого піднебіння, глотковий, дизартрія. М'язова сила в руках та ногах достатня, м'язовий тонус в кінцівках знижений, гіпотрофія кистей, м'язів дистальних відділів ніг. Рефлекси з рук пожвавлені  $S > D$ , колінні та ахілові різко знижені. При виконанні координаторних проб виражений інтенційний тремор, дисметрія, адіадохокінез, скандована мова. У позі Ромберга падає. Гіперестезія та гіперпатія за типом

«шкарпеток» та «рукавичок». Знижена вібраційна чутливість в ногах. Сенситивна атаксія. Дистальний гіпергідроз, гіпотермія в руках та ногах. Хворому встановлено попередній діагноз: Хронічна дисметаболічна енцефалополінейропатія. Пізня мозочкова атаксія? Призначено загальноклінічні обстеження, МРТ головного мозку, електронейроміографія рук та ніг. Після дообстеження на МРТ головного мозку знайдена атрофія мозочка, ознаки судинної енцефалопатії, результати електронейроміографії свідчили про наявність сенсорної демієлінізуючої полінейропатії, клініко-лабораторні обстеження без відхилень. Враховуючи скарги хворого, анамнестичні дані, неврологічний статус, результати нейровізуалізації та електронейроміографії хворому встановлений діагноз: Хронічна токсикодисметаболічна демієлінізуюча енцефалополінейропатія з вираженим синдромом мозочкової атаксії.

Висновки. Діагностика та диференційна діагностика синдрому мозочкової атаксії є складною та потребує детального збору анамнезу, проведення нейровізуалізації, електрофізіологічних та інших методів обстеження.

## ТАРП ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖАХ

*Сидоренко А.*

Науковий керівник: доцент Кравців М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Частота рецидивів після пластики пахової грижі за Ліхтенштейном залишається досить високою, 5-15%. Для лікування рецидивних пахових гриж часто використовують повторну операцію Ліхтенштейна, яка є технічно складнішою через наявність рубцевих тканин та сітки, яку необхідно видалити, після якої кількість рецидивів становить до 20%. Виконання лапароскопічної трансабдомінальної преперитонеальної алопластики може бути більш доцільним, оскільки фіксація сітчастого імплантату та виділення грижового вмісту буд виконуватись з боку черевної порожнини до рубцево не змінених тканин пахвинної ділянки.

Мета. покращення результатів лікування хворих із рецидивними паховими грижами після операції Ліхтенштейна.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 20 пацієнтів, з рецидивом пахової грижі після операції Ліхтенштейна. Вони були поділені на 2 групи по 10 пацієнтів. У першій групі хворим було

проведено оперативне втручання в об'ємі алогерніопластики по Ліхтенштейну, другій – лапароскопічна ТАРР алогерніопластика. Усім хворим проводилось УЗД дослідження післяопераційної ділянки на 3 добу, 7 добу, 6 місяців та 12 місяців після оперативного втручання на наявність післяопераційних ускладнень та рецидиву захворювання.

Результати. Дослідження показало, що у чотирьох пацієнтів (40%) з І групи, яким виконувалась алогерніопластика за Ліхтенштейном в ранньому післяопераційному періоді виникли такі ускладнення, як утворення сером та гематом, тоді як у ІІ групи, яким виконувалась лапароскопічна ТАРР алогерніопластика, таке ускладнення визначалось в одному випадку (10%). У віддаленому післяопераційному періоді рецидив захворювання в І групі пацієнтів виник через 6 місяців у одного пацієнта (10%), в інших через 12 місяців – не визначалось (0%). У порівнянні з ІІ групою, даних за рецидив у жодного пацієнта не було (0%). Тривалість оперативного втручання І групи пацієнтів була  $105 \pm 15$  хв, у ІІ групи –  $70 \pm 12$  хв. Тривалість больового синдрому, що потребував знеболення у першої групи  $4 \pm 0,6$  діб, у другої –  $2 \pm 0,3$  діб. Інтенсивність болю по шкалі ВАШ в І групі становила 5,2, тоді як в ІІ групі – 3,4 в середньому. Також варто відмітити, що перебування в стаціонарі пацієнтів першої групи складало в середньому 5,8 ліжкоднів, тоді як в другій групі цей показник становив 2,2 ліжкоднів у середньому.

Висновки. Вибір методу лікування рецидивних пахових гриж після алогерніопластики за Ліхтенштейном залежить від індивідуальних особливостей кожного пацієнта. Однак, малоінвазивний метод є, на нашу думку, кращим за рахунок втручання в інтактну ділянку передньої черевної стінки, що забезпечує меншу травматизацію, тривалості операції, госпіталізації та больового синдрому. Тому, за наявності умов та відсутності протипоказань, краще використати метод ТАРР.

## ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Синьович А., Ракецький В., Дубовка І., Дуліч Д., Бабаєва А., Карась А.*

Науковий керівник: доцент Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема лікування хронічного панкреатиту (ХП) залишається актуальною, адже частота його виникнення продовжує зростати як в Україні так і в усьому світі. Численні наукові дослідження

показали вплив гастроентерологічної патології на психоемоційний стан та активність пацієнтів. З іншого боку, депресія та тривога можуть провокувати розвиток соматичної симптоматики.

Мета. Оцінити стан фізичного та психічного здоров'я пацієнтів із загостренням ХП.

Методи дослідження. У дослідження включено 19 пацієнтів із загостренням ХП, з них 11 (57,9%) жінок та 8 (42,1%) чоловіків. Середній вік пацієнтів склав  $53,6 \pm 3,4$  роки, тривалість захворювання –  $3,4 \pm 1,2$  роки. Всім пацієнтам проводилося анкетування з використанням опитувальника здоров'я пацієнта Patient Health Questionnaire – PHQ-15 та госпітальної шкали тривоги і депресії – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Опитувальник Patient Health Questionnaire – PHQ-15 складається з переліку скарг больового та вегетативного характеру за останні 7 дні, інтенсивність яких оцінюється від 0 (зовсім не турбувало) до 2 балів (значно турбувало). Шкала HADS складається з двох підшкал: підшкала «А» – тривога, підшкала «D» – депресія. Кожен пункт оцінюється в 0 (відсутність ознаки) до 4 (максимально виражена ознака).

Основні результати. Аналіз опитування за шкалою PHQ-15 показав, що всі пацієнти з ХП за останній тиждень відмічали наявність больових симптомів, зокрема біль в животі відмічали 19 (100%) пацієнтів, біль у спині – 15 (78,9%) пацієнтів, біль в руках та суглобах – 11 (57,9%) пацієнтів, головний біль – 17 (89,5%) пацієнтів, 4 (21,1%) жінок вказували на менструальний біль, біль у грудях відмічали лише 4 (21,1%) пацієнтів. Серед вегетативних скарг найбільш часто відмічали диспепсичні прояви 19 (100%) пацієнтів, почуття втоми та нестачі енергії – 18 (94,7%) пацієнтів, проблеми зі сном – 16 (84,2%) пацієнтів. Задихка турбувала 8 (42,1%) пацієнтів, запаморочення – 7 (36,8%) пацієнтів, непритомність – 3 (15,8%) пацієнтів, відчуття, немов серце вистрибує із грудей – 6 (31,6%) пацієнтів. Загалом, рівень вираженості соматичних симптомів у 5 (26,3%) пацієнтів оцінювався як середній і склав  $12,3 \pm 0,6$  бали, у 14 пацієнтів – як високий та склав  $18,5 \pm 0,9$  бали,  $p < 0,05$ . Аналіз результатів анкетування за шкалою HADS показав, що у пацієнтів із загостренням ХП переважають тривожні прояви: результати оцінювання за підшкалою «А» склали  $14,3 \pm 0,6$  бали, за під шкалою «D» –  $4,2 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,05$ . Достовірних відмінностей між пацієнтами з середнім та високим рівнем вираженості соматичних симптомів не виявлено.

Висновки. У пацієнтів із загостренням ХП переважає високий рівень вираженості соматичних симптомів та ознаки тривоги, що необхідно враховувати при складанні індивідуального плану лікування.

## ГОРМОНАЛЬНО-ІНДУКОВАНА ВТОРИННА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Скиданов О., Богачок В., Романова А., Тріхмінова О., Долженко Ю.*

Науковий керівник: доцент Волченко Г.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Патологія наднирників, зокрема доброякісні новоутворення та дифузні гіперпластичні зміни, є основною причиною автономної гіперпродукції альдостерону. У 10% клінічних спостережень у пацієнтів з діагнозом есенціальної артеріальної гіпертензії виявляють приховану гормонально-залежну форму патології. Характерною особливістю є відсутність фізіологічного зв'язку між рівнем альдостерону та активністю ренін-ангіотензинової системи.

Клінічними маркерами первинного гіперальдостеронізму вважаються стійке поєднання артеріальної гіпертензії з гіпокаліємією, прогресуючі кардіоваскулярні ускладнення, особливо важка кардіоміопатія і серцева недостатність, тяжкий та інвалідизуючий нейром'язовий розлад, резистентність до лікування засобами багатокомпонентної стандартної терапії.

Метою нашої роботи було висвітлення клінічного випадку, пов'язаного із запізнілою констатацією діагнозу первинного гіперальдостеронізму у жінки середнього віку з тривалою історією важкої та погано контрольованої артеріальної гіпертензії.

Серед важливих особливостей анамнезу слід звернути увагу на більш ніж 10-річний період відсутності конструктивного діагнозу, рецидивуючі епізоди м'язової слабкості, прогресуючу серцеву недостатність та ниркову дисфункцію. Ключовими клінічними проявами були пароксизми м'язової слабкості, які потребували сторонньої допомоги, парестезії кінцівок, судомні явища, гіпокаліємія та підвищений рівень альдостерону.

Діагностичний алгоритм, окрім спектру загальноклінічних тестів, включав комплексне неврологічне обстеження, детальний аналіз електролітного балансу, визначення гормонального профілю, а також комп'ютерну томографію, яка дозволила підтвердити наявність альдостероми наднирника.

Після констатації діагнозу терапевтична стратегія була радикально переглянута. В основі її була комбінація селективного антагоніста мінералокортикоїдних рецепторів та сучасного антагоніста кальцію. Також була рекомендована консультація спеціаліста щодо можливості хірургічного лікування.

У ході подальшого тривалого спостереження запропонована нами терапія дозволила стабілізувати гемодинаміку, мінімізувати нейром'язову симптоматику, а також прояви серцевої недостатності.

Наше спостереження дозволило зробити висновок про необхідність підвищеної уваги до атипових форм гіпертензії, важливість комплексного діагностичного підходу, вивчення перспектив хірургічної корекції та набуття досвіду щодо особливостей фармакотерапії у подібних випадках. Ми також рекомендуємо систематичний скринінг груп ризику, вдосконалення діагностичних алгоритмів та розробку індивідуальних програм спостереження.

## СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ, ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ

*Стокоз С.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Себорейний дерматит є хронічним запальним захворюванням шкіри, яке може проявлятися у людей різного віку, проте найчастіше діагностується у молодих осіб. Поширеність цього захворювання у популяції досягає 3-5%. Воно може викликати значний дискомфорт, зокрема соціальні та психологічні труднощі, що негативно впливає на якість життя пацієнтів. Основні механізми розвитку себорейного дерматиту пов'язані з порушенням роботи сальних залоз, підвищеною активністю грибка *Malassezia*, а також спадковими факторами. Вчасне виявлення та індивідуальний підхід до терапії відіграють ключову роль у контролюванні симптоматики та профілактиці рецидивів.

Мета дослідження: визначити ефективність комплексної терапії себорейного дерматиту із застосуванням топічних антимікотичних препаратів та кортикостероїдів, оцінюючи її вплив на вираженість симптомів і якість життя пацієнтів.

Матеріали та методи. проведено клінічне дослідження за участю 32-х осіб із підтвердженим діагнозом себорейного дерматиту. Учасників поділили на дві групи: 16 пацієнтів отримували комбіновану терапію (антимікотики + кортикостероїди), а інші 16 – лише базове лікування. Оцінювання ефективності здійснювали на 2-му, 4-му та 8-му тижнях терапії, використовуючи такі шкали: SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis) – для визначення ступеня тяжкості захворювання; EASI (Eczema Area and Severity Index) – для оцінки площі ураження; POEM

(Patient-Oriented Eczema Measure) – для аналізу суб'єктивних симптомів.

Результати дослідження:

1. Динаміка клінічних проявів: через 2 тижні у 10 (62,5%) пацієнтів відзначалося помітне зменшення лущення. Через 4 тижні у 12 (75%) було зафіксоване зменшення гіперемії та лущення. Через 8 тижнів у 14 \* 87,5 пацієнтів спостерігалось значне покращення стану шкіри.

2. Показники за шкалами: SCORAD: середній показник знизився з  $35,4 \pm 4,2$  до  $15,8 \pm 3,1$  (покращення на 55%,  $p < 0,01$ ). EASI: рівень зменшився з  $12,5 \pm 1,5$  до  $5,3 \pm 1,2$  (на 58%,  $p < 0,01$ ). РОЕМ: скорочення балів з  $17,3 \pm 3,0$  до  $7,8 \pm 1,6$  (на 55%,  $p < 0,01$ ).

Безпека терапії. Жоден з учасників не мав зафіксованих побічних ефектів, таких як подразнення чи алергічні реакції.

Використання комбінованого підходу до лікування себореїного дерматиту, що включає антимікотики та кортикостероїди, сприяє значному покращенню клінічного стану пацієнтів, що сприяє покращенню загальної якості життя хворих. Окрім того, метод лікування демонструє високий профіль безпеки, оскільки не було зафіксовано небажаних реакцій.

## ФОЛІКУЛЯРНИЙ КЕРАТОЗ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

*Суднеко М.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Фолікулярний кератоз (ФК) є хронічним дерматологічним захворюванням, що супроводжується утворенням дрібних вузликів навколо волосяних фолікулів через підвищену ороговілість шкіри, що впливає на естетичний вигляд і якість життя. Різноманітність методів лікування ФК робить актуальним питання вибору найбільш ефективної терапії.

Метою дослідження є оцінка ефективності різних підходів до лікування фолікулярного кератозу та визначення найбільш результативних методів терапії.

Методи дослідження. У дослідженні приймали участь 80 пацієнтів віком від 18 до 45 років з діагнозом ФК, які перебували на лікуванні у Шкірно – венерологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського ПОР». Пацієнти були поділені на чотири групи по 20 осіб залежно від виду терапії: I група – місцеве лікування ретиноїдами (третиноїн або адапален); II група – кератолітичні

засоби на основі саліцилової та молочної кислоти; III група – комбіноване лікування ретиноїдами та кератолітиками і IV група – системна терапія із застосуванням ізотретиноїну для тяжких форм. Пацієнти проходили лікування протягом 12 тижнів, з контрольними оглядами кожні два тижні.

Результати дослідження. Пацієнти I групи за 4-6 тижнів лікування спостерігали значне покращення. На 8-10 тиждень відзначалося зменшення висипів і нормалізація кольору шкіри, але з незначною іритацією шкіри. Пацієнти II групи відмітили помітне зменшення ороговіння шкіри вже через 6 тижнів, але деякі пацієнти скаржились на сухість та лущення, у пацієнтів III групи було зафіксовано зменшення висипів на 70% вже через 6-8 тижнів і пацієнти IV групи – 90% зменшенням висипів. З побічних ефектів у пацієнтів I групи відмічалась невелика іритація, почервоніння, підвищена чутливість до сонця, в II та III групах у пацієнтів відмічалась легка сухість та лущення шкіри, особливо в початковій фазі лікування, при застосуванні системних ретиноїдів пацієнтами IV групи відмічались сухість шкіри, біль у суглобах, підвищення рівня ліпідів.

Висновки:

1. Місцеві ретиноїди ефективні в лікуванні ФК, але можуть спричиняти легку іритацію.

2. Кератолітики є корисними для лікування легких форм захворювання, хоча менш ефективні при наявності значного запалення.

3. Комбіноване лікування є найбільш результативним, завдяки синергічному ефекту ретиноїдів і кератолітиків.

4. Системні ретиноїди показують високу ефективність у тяжких випадках, але потребують моніторингу через можливі серйозні побічні ефекти.

## КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ З БУЛЬБАРНИМ СИНДРОМОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Ткач К., Ігнатенко Ю., Коровай Ю., Львова Т., Павловська К., Мельник М.*

Науковий керівник: професор Дельва М.

Кафедра нервових хвороб

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Хвороба моторних нейронів (ХМН) – рідкісне прогресуюче неврологічне захворювання, що впливає на якість життя пацієнтів. Характеризується прогресуючим ураженням рухових нейронів із

поступовою м'язовою слабкістю, атрофіями, порушеннями мовлення та ковтання. Своєчасна діагностика та підтримувальна терапія можуть сповільнити прогресування патології і покращити прогноз для пацієнта.

**Мета.** Поглибити знання щодо своєчасної діагностики ХМН для сповільнення прогресування захворювання.

**Методи дослідження.** Збір анамнезу, неврологічне обстеження, додаткові інструментальні, загальноклінічні, параклінічні методи дослідження.

Пацієнтка, 75 років, пенсіонер, перебувала на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» зі скаргами на виражену слабкість у верхніх кінцівках, оніміння правої руки, порушення мови (сиплість голосу), утруднення ковтання, слюзотечу, значне зниження м'язової маси протягом останніх шести місяців.

Основні результати. Рівень свідомості за шкалою ком Глазго – 15 балів. Очні щілини D<S, зіниці D=S. Виражений двобічний периферичний прозопарез. Язик розташований по середній лінії, руховий неспокій язика. Рефлекси з м'якого піднебіння та задньої стінки глотки різко знижені, спостерігається гіперсаливація, дисфонія, дисфагія. М'язова сила у верхніх кінцівках знижена до 3,0 балів, у нижніх кінцівках – 5,0 балів. М'язовий тонус підвищений за спастичним типом у верхніх кінцівках. Рефлекси з верхніх та нижніх кінцівок високі, симетричні. Патологічний кистьовий симптом Россолімо з двох сторін, стопний симптом Бабінського з двох сторін. Помірна атрофія м'язів розгиначів кистей, формування форми кистей за типом «кігистої лапи». ЕМГ-ознаки гострої і хронічної денервації в м'язах вираженого ступеня.

Проведено лікування: таблетки рРілузол 50 мг (2 рази на добу), розчин Едаравон 1,5 мг/мл 20,0 мл (60 мг/добу 14 днів), розчин Цитиколін 1000 мг (1000 мг/добу, 14 днів).

Обґрунтування діагнозу. На основі зібраного анамнезу, клінічної картини, даних неврологічного обстеження та даних ЕНМГ встановлено клінічний діагноз: Хвороба моторних нейронів (Бічний аміотрофічний склероз), спорадичний випадок, шийно-грудна форма, з вираженим бульбарним синдромом, вираженим двобічним периферичним прозопарезом, помірним аміотрофічним синдромом.

**Висновок.** ХМН є важким прогресуючим неврологічним захворюванням, яке вимагає ранньої діагностики та ретельно підбраного лікування. Представлено спорадичну форму патології з вираженими бульбарними проявами, що суттєво погіршують стан пацієнтки.

## АНАЛІЗ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В АКУШЕРСЬКОМУ СТАЦІОНАРІ ІІІ РІВНЯ

*Торубара О., Дячук А.*

Науковий керівник: доцент Добровольська Л.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** Зменшення народжуваності в Україні в останні роки вимагає оптимізації перинатальної допомоги по регіонах, врахування ймовірної наявності у жінок акушерських та екстрагенітальних захворювань, а також уваги до інших факторів ризику, які можуть вимагати реанімації новонароджених, щоб правильно визначити рівень надання акушерської допомоги таким жінкам.

**Мета.** Виявити ключові неонатальні проблеми у стаціонарах І-ІІІ рівнів при наданні перинатальної допомоги в умовах військового стану.

**Методи дослідження.** Проведений аналіз річних звітів відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) новонароджених із виїзною неонатальною бригадою перинатального центру (ПЦ) КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» за 2023-24 роки.

**Основні результати.** Було проаналізовано причини транспортування новонароджених, які народилися в акушерських стаціонарах І та ІІ рівнів надання перинатальної допомоги, до ВАІТ новонароджених виїзною неонатальною бригадою ПЦ КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» протягом 2023-2024 років. Незважаючи на зменшення кількості пологів у Полтавській області, загальна кількість новонароджених, що транспортувались з акушерських стаціонарів І та ІІ рівнів, збільшилась: у 2023 році було доставлено 53 дитини, а в 2024 році – 58 дітей. Серед транспортованих переважали доношені діти: таких у 2023 доставлено 22 дитини (41,5%), а в 2024 році – 30 дітей (51,7%). З них 13 дітей (24,5%) у 2023 році та 13 дітей (22,4%) у 2024 році народились в термінах вагітності, що за сучасними стандартами вимагають розродження на ІІІ рівні надання перинатальної допомоги. Основні діагнози, що стали показаннями для госпіталізації на ІІІ рівень надання допомоги: синдром дихальних розладів, респіраторний дистрес-синдром, асфіксія новонародженого, вроджена пневмонія. Ці патології є основними факторами, що призводять до ранньої неонатальної смертності та захворюваності, а також можуть вести в подальшому до формування у дітей неврологічної патології. У 2023 році з приводу дихальних розладів було доставлено 28 дітей (56%), а 7 (14%) – через асфіксію. У 2024 році ці показники становили 30 (47,6%) та 10 (16,6%)

новонароджених відповідно. У 2023 році у 12 дітей (22,6%) показанням стали вроджена пневмонія, вроджений менінгіт, вроджена вірусна хвороба, а у 2024 році у 6 новонароджених (10,7%) – вроджений менінгіт і сепсис.

Висновки. Вчасне транспортування вагітних із високим ризиком материнських та неонатальних ускладнень на III рівень перинатальної допомоги забезпечить максимальну ефективність надання новонародженим перинатальної допомоги.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АЗЕЛАЙНОВОЮ КИСЛОТОЮ ЛЕГКОЇ СТАДІЇ АКНЕ У ДОРОСЛИХ

*Фіяло К.М., Куліш А.С.*

Науковий керівник: доцент Васильєва К.

Кафедра шкірних та венеричних хвороб

Полтавський державний медичний університет

Акне являється поширеним захворюванням шкіри, що вражає до 60-80% білої популяції. Підліткове акне частіше зустрічається у чоловіків, в дорослому віці – у жінок. Вперше акне може проявити себе у дорослому віці. Захворювання ендогенне і мультифакторіальне. Є тенденція до спадковості, в більшості випадків на акне страждають близькі родичі.

Мета роботи. Оцінка ефективності комплексного доглядового лікування азелаїновою кислотою легка стадії акне у дорослих.

Матеріали та методи. Проведено клінічне обстеження 38 пацієнтів віком від 18-40 років з діагнозом Вугрова хвороба, які перебували на диспансерному обліку шкірно-венерологічного центру КП «Полтавської обласної клінічної лікарні імені М.В. Скліфосовського ПОР».

Критерії включення: наявність клінічних ознак акне першої стадії хронічний перебіг, обтяжений сімейний анамнез.

Пацієнти отримували такий план лікування.

Ранок:

- Вмивання гелем «Physiogel»
- Заспокійливий торік «La Roshe-Posey»
- Сонцезахист «Dr.ceutacle» з центолою

Вечір:

- Міцелярна вода «bioderma»
- Вмивання гелем «Physiogel»
- Заспокійливий торік «La Roshe-Posey»
- Гель «Azology 15%» на уражені ділянки через день (при нормальній

реакції шкіри кожен день)

- Крем «La Roshe-Posey Efaclar Н»

Результати. Клінічна динаміка: на 2,5 тижні зменшення висипань у 15 (39,5%) осіб, на 4 тижні зменшились висипання у 27 (71,1), а вже на 8 тижні зменшились висипання у 33(86,8%). З боку побічної дії відмічалась сухість шкіри та її чутливість до сонячного опромінення.

Висновки. Використання азелаїнової кислоти при легкій стадії акне дала покращення клінічної симптоматики. Лікування є безпечним що підтверджується побічними діями.

## АНАЛІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНО-АСОЦІЙОВАНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Фроленкова М., Мудра А., Антипова А., Самородова Є., Базілевич Я.*

Науковий керівник: доцент Пода О.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Метаболічно-асоційована жирова хвороба печінки (МАЖХП) на сучасному етапі визнана однією з найпоширеніших неінфекційних патологій печінки у дітей, що можна пояснити глобальним зростанням поширеності ожиріння в педіатричній популяції.

Метою дослідження стало виявлення вагомих предикторів розвитку метаболічно-асоційованої жирової хвороби печінки у дітей з ожирінням для своєчасної ідентифікації груп підвищеного ризику.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження включало аналіз клініко-лабораторних та інструментальних показників у дітей з діагностованою МАЖХП. Основні методи включали антропометрію, біохімічний аналіз крові, рівень глюкози, інсуліну, ліпідограму, ультразвукове дослідження печінки. Статистичний аналіз проводився з використанням критерію Ст'юдента та визначенням відношення шансів (ВШ) для ключових факторів ризику. Основну групу становили пацієнти з МАЖХП, групу порівняння – діти з діагностованим ожирінням без порушення функції печінки.

Основні результати. Одним з найбільш значущих маркерів розвитку метаболічно-асоційованої патології печінки є стан вуглеводного та ліпідного обмінів в організмі дитини з ожирінням. Так, згідно даних отриманих результатів дослідження діти з МАЖХП мали достовірно вищий рівень глікемії та інсуліну натще порівняно з дітьми з ожирінням ( $5,5 \pm 0,8$  проти  $4,9 \pm 0,5$  ммоль/л,  $p < 0,05$  та  $22,1$  проти  $11,4$  мк Од/мл,

$p < 0,001$ ). Відповідно вищим в основній групі виявився й індекс інсулінорезистентності НОМА-IR ( $4,2 \pm 1,1$  проти  $2,1 \pm 0,8$  Од,  $p < 0,01$ ). До ключових факторів, які також можуть служити предикторами розвитку МАЖХП у дітей згідно результатів нашого дослідження можна віднести також ІМТ понад 95-й перцентиль (ВШ=4,5; 95% ДІ: 2,8-7,2;  $p < 0,001$ ), наявність генетичної схильності у вигляді діагностованої жирової хвороби печінки у батьків (ВШ=3,2; 95% ДІ: 1,9-5,4;  $p < 0,01$ ), стан інсулінорезистентності (ВШ=2,4; 95% ДІ: 7,8-15,4;  $p < 0,01$ ) та підвищення рівня ТГ в ліпідному спектрі крові (ВШ=1,8; 95% ДІ: 4,2-8,5;  $p < 0,001$ ).

Висновок. Метаболічно-асоційована жирова хвороба печінки у дітей дуже часто має безсимптомний перебіг, але може прогресувати до розвитку стеатогепатиту, фіброзу та навіть цирозу печінки. Саме тому вчасне виявлення основних факторів ризику МАЖХП у дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням сприятиме проведенню ранньої діагностики, цілеспрямованої профілактики та індивідуалізованого лікування даної патології в педіатричній практиці.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОДНОБІЧНОЇ АГЕНЕЗІЇ НИРКИ У ПІДЛІТКА

*Христій М., Коптєва Н.*

Науковий керівник: професор Сенаторова Г.

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Однобічна ниркова агенезія вражає приблизно 1 з 500-1000 новонароджених, тоді як двобічна агенезія зустрічається рідше, вражаючи приблизно 1 з 3000-4000 новонароджених.

Мета роботи полягала в спостереженні за дитиною з однобічною нирковою агенезією та визначення особливостей перебігу захворювання у пацієнта.

Методи дослідження. Обстежено пацієнта віком 13 років з єдиною ниркою згідно з протоколами діагностики та лікування дітей з хворобами нирок.

Основні результати. Пацієнт Є., 13 років. Надійшов до відділення зі скаргами на зміни УЗД органів черевної порожнини (ОЧП). Анамнез хвороби: влітку 2019 року після травми живота зроблено УЗД ОЧП, де виявлена єдина права нирка. Надходить до КНП ХОР «Обласна дитяча клінічна лікарня» для уточнення діагнозу. Анамнез життя: розвивався згідно вікових норм.

Об'єктивний стан: зріст – 173 см, вага – 60 кг, Т – 36,6°C, ЧД – 22/хв,

ЧСС – 85/хв. АТ – 120/60 мм рт. ст. Явних набряків немає. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання не порушено.

Лабораторна діагностика. Аналіз крові клінічний: незначна тромбоцитопенія, помірний моноцитоз (11,3%). Біохімічне дослідження крові: креатинін – 68,1 мкмоль/л, сечовина – 3,8 ммоль/л, ШКФ – 123,7 мл/хв. Відношення альбумін/креатиніну сечі: 0,10 мг/моль. Аналіз сечі клінічний: питома вага – 1021, лейкоцити – 1-2 п/з, епітелій місцями, еритроцити – 0-1 в п/з. Солі – урати. Інструментальні дослідження. Ангіографія судин нирок: візуалізація лише правої нирки. Доплерографія судин нирок: ліва нирка не візуалізується в типовому місці.

Клінічний діагноз. Хронічне захворювання нирки. Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит єдиної вікарногіпертрофованої правої нирки, період ремісії, без порушення функції нирки. Вроджена аномалія органів сечовивідної системи (агенезія лівої нирки). Дизметаболічна нефропатія.

Висновки. Даний клінічний випадок демонструє важливість динамічного спостереження за пацієнтами з даною патологією, адже слід пам'ятати про важливість регулярного визначення рівню ШКФ та/або співвідношення альбуміну до креатиніну сечі (як менш інвазивного методу), для оцінки порушення функціонування органу та прогресування ниркової патології, щоб запобігти ускладнень.

## ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ БІОПСІЇ ПЕРИФЕРИЧНИХ НОВОУТВОРІВ ЛЕГЕНЬ

*Черба О., Ольховський С., Сердюк К.*

Науковий керівник: доцент Спужак Р.

Кафедра радіології та радіаційної медицини

Харківський національний медичний університет

Актуальність. Променеві методи дослідження є провідними в виявленні периферичних утворів легень, насамперед раку легень, який посідає одне з перших місць в структурі захворюваності та смертності серед пухлин інших локалізацій. Знання точної морфологічної форми новоутвору легені зумовлює вибір адекватного методу лікування та, відповідно, більш сприятливий перебіг захворювання. Вирішальне значення у встановленні морфологічного діагнозу має біопсія новоутвору, що може виконуватися під контролем того чи іншого методу візуалізації. Тому метою роботи було оцінити можливості різних променевих

методів в отриманні матеріалу з периферичних новоутворів легень.

Матеріал та методи. Комплексне обстеження проведено 179 пацієнтам у віці від 44 до 75 років з периферичними новоутворами легень. Усім хворим виконано стандартне рентгенологічне дослідження, яке доповнювалося комп'ютерною томографією (КТ). Матеріал для верифікації отримували шляхом трансбронхіальної біопсії (ТББ) при бронхоскопії під флюороскопічним контролем, трансторакальної біопсії (ТТБ) під КТ-наведенням та ТТБ під ультразвуковим контролем (УЗД-наведенням). Вибір методу візуалізації для отримання морфологічного матеріалу залежав від локалізації, розмірів та щільності новоутвору, які обумовлювали найбільш зручний доступ для виконання біопсії. У частини пацієнтів (45%) крім гістологічного дослідження, проведено цитологічне дослідження матеріалу. Аналіз препаратів при цитологічному та гістологічному дослідження проводився двома незалежними спеціалістами.

Результати. ТББ під рентген контролем виконано 68 пацієнтам, ТТБ під КТ-наведенням – 66 пацієнтам та 45 пацієнтам – ТТБ під УЗД-наведенням. За даними комплексного променевого та морфологічного дослідження вогнищ ураження, рак легені встановлено у 68%, метастатичне ураження – у 18,3%, туберкулому – у 5,0%, гамартому – у 5,4%, карциноїд легені – у 2,2%, аспергілому – у 1,1% пацієнтів. При субплевральній локалізації новоутворів виконували ТТБ під УЗД-наведенням, основна умова виконання – наявність УЗ-вікна. При інших локалізаціях виконували ТТБ під КТ-наведенням, враховуючи при цьому товщину паренхіми від грудної стінки до утвору (глибину біопсійного каналу) для прогнозування та попередження імовірного пневмотораксу. При перешкодах для ТТБ з боку кісткового каркасу грудної клітки виконували ТББ новоутвору, що давало змогу не тільки отримати матеріал, а й оцінити стан трахеобронхіального дерева. Інформативність ТББ и ТТБ склала 94,3% та 98,5% відповідно. Основними умовними ускладненнями, що усувалися під час процедури, були незначне кровохаркання (4,4% та 21,6% відповідно) та мінімальний пневмоторакс (1,8%), який спостерігався лише при ТТБ під КТ-наведенням.

Висновки. Застосування методів візуалізації для виконання біопсії периферичних утворів легень дає змогу провести їх диференційну діагностику та встановити морфологічний діагноз, що сприятиме призначенню відповідного лікування.

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГКС НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У КНП «ЧЕРНІГІВСЬКИЙ ОЦЕМД ТА МК» ЗА 2022-2024 РР.

*Шевченко І., Коломійчук О., Мамасуєв В.*

Науковий керівник: асистент Глоба В.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Своєчасна діагностика гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією сегмента ST (STEMI) та без елевації сегмента ST (NSTEMI) на догоспітальному етапі та вчасна госпіталізація хворих для стаціонарного лікування знижують летальність на догоспітальному етапі.

Мета. Проаналізувати результати надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) на догоспітальному етапі хворим з ГКС бригадами КНП «Чернігівський ОЦЕМД та МК» за 2022-2024 роки.

Методи дослідження. Проведено аналіз 1844 карт виїзду бригад ЕМД та супровідних листів пацієнтів з ГКС за 2022-2024 рр. При статистичному аналізі надання допомоги хворим з ГКС на догоспітальному етапі нами використані показники успішних реанімацій, ускладнень, смертей у присутності бригади ЕМД за відповідний період.

Основні результати. За 2022-2024 рр. надана ЕМД 1844 пацієнтам з ГКС віком від 17 до 98 років (середній вік склав  $62,3 \pm 2,1$  р), з них 1107 (63%) чоловіків та 737 (37%) жінок. Аналіз медичної документації показав, що у 703 (38%) пацієнтів встановлено діагноз STEMI та у 1141 (62%) пацієнтів – NSTEMI. Всім хворим із ГКС на догоспітальному етапі надавалась допомога згідно уніфікованих клінічних протоколів надання екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST» (наказ №1936 від 14.09.2021 р.) та «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST» (наказ №1957 від 15.09.2021 р.).

Проведений статистичний аналіз свідчить що кількість викликів на ГКС зростає за перераховані роки переважно за рахунок NSTEMI (у 2022 р. – 370 випадків, у 2023 р. – 380, у 2024 р. – 391) в порівнянні зі STEMI (у 2022 р. – 213 випадків, у 2023 р. – 214, у 2024 р. – 276), ( $p < 0,05$ ).

Також спостерігається тенденція до зростання кількості ускладнених випадків ГКС, особливо у хворих зі STEMI (у 2022 р. – 8 випадків, у 2023 р. – 12, у 2024 р. – 45), ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з NSTEMI (у 2022 р. – 8 випадків, у 2023 р. – 10, у 2024 р. – 12), ( $p > 0,05$ ).

Аналіз статистичних показників свідчить і про збільшення кількості

успішних реанімацій на догоспітальному етапі (у 2022 р. – 8 випадків, у 2023 р. – 6, у 2024 р. – 15) за рахунок своєчасної діагностики.

Висновки. Протягом 2022-2024 років покращилась ефективність надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі хворим з ГКС (STEMI та NSTEMI), що сприяє зниженню летальності на догоспітальному етапі.

## ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ У ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Швед М., Гуз Р., Осінова К.*

Науковий керівник: асистент Лебідь В.

Кафедра сімейної медицини терапії

Полтавський державний медичний університет

Подагра – хронічне захворювання, яке характеризуються підвищенням рівнем сечової кислоти в крові та відкладенням уратів в тканинах. Подагра може ускладнюватися розвитком коморбідної патології: серцево-судинних захворювань, артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, хронічних захворювань нирок. Коморбідна патологія ускладнює перебіг подагри та знижує ефективність лікування. Тому розробка ефективних методів комплексного лікування подагри є актуальною проблемою сучасної медицини.

Мета дослідження: вивчити особливості комплексного лікування хворих на подагру в поєднанні з коморбідною патологією (артеріальною гіпертензією).

Нами проведено власне клінічне дослідження, метою якого було вивчення ефективності комплексного лікування у пацієнтів з подагричним артритом в поєднанні з артеріальною гіпертензією. У дослідження було включено 40 хворих на подагричний артрит з ураженням суглобів Ro стадія II-III по Келлгрєну-Лоурєнсу та з артеріальною гіпертензією, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

І групу становили 20 хворих на подагричний артрит та артеріальну гіпертензію, серед них 11 жінок і 9 чоловіків, вік  $57,4 \pm 3,18$  року, індекс маси тіла (ІМТ) –  $25,81 \pm 2,13$  кг/м<sup>2</sup>, які отримували стандартну терапію фебуксостат 80 мг перорально, при загостренні колхіцин 0,5 мг по 0,5 мг 2 рази на добу (5 днів) перорально, ревмоксиам 15 мг перорально, хондроїтин сульфат по 1 капс. 2 рази на добу перорально (3 міс.),

лізіноприл 10 мг перорально.

До II групи увійшли 20 хворих на подагричний артрит та артеріальну гіпертензію (8 жінок і 12 чоловіків) віком  $56,3 \pm 3,15$  року, з ІМТ  $27,12 \pm 1,02$  кг/м<sup>2</sup>, які отримували терапію: фебуксостат 80 мг, при загостренні колхіцин 0,5 мг по 0,5 мг 2 рази на добу (5 днів) перорально, ревмоксикам 15 мг перорально, хондроїтин сульфат по 1 капс. 2 рази на добу (3 міс.) перорально, лозартан 100 мг перорально.

Тяжкість ураження суглобів оцінювали за альгофункціональним індексом Лекена. Силу больового синдрому вивчали за допомогою візуальної аналогової шкали Хаскінсона (Huskisson), ранкову та денну скутість – за шкалою WOMAK. Вираженість больового синдрому, індекси Лекена, переносимість та ефективність терапії оцінювали на початку дослідження та через 3 і 6 тижнів.

На 6-му тижні лікування у II групі виявлено вірогідне зниження усіх показників: наявність болю на 68%, максимальна відстань пересування 57%, труднощі у підйомі та спуску по сходах 50%, рівня сечової кислоти в крові на 38%, зменшення кількості нападів подагри на 56%, поліпшення функції нирок на 44%, зменшення термінів стаціонарного лікування на 3-4 дні.

Отже, згідно отриманих результатів комплексне лікування з використанням лозартану є ефективним методом лікування хворих на подагру в поєднанні з артеріальною гіпертензією, сприяє поліпшенню стану пацієнтів, знижує ризик розвитку ускладнень та покращує якість їхнього життя.

## ОЦІНКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ

*Шклярук М., Левочко А., Бутенко А., Діденко Р., Діхтенко Д.*

Науковий керівник: доцент Ткаченко М.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Інсулінорезистентність (ІР) розглядається як рання та потенційно зворотна стадія порушення метаболізму вуглеводів, що відіграє ключову роль у формуванні не лише цукрового діабету 2-го типу, але й серцево-судинних захворювань. Незважаючи на значущість проблеми, ІР у пацієнтів з ревматичними патологіями, зокрема при системному червоному вовчаку (СЧВ), досліджена недостатньо. Механізми розвитку інсулінорезистентності при цих станах залишаються до кінця не

з'ясованими. Серед потенційних чинників розглядаються як класичні метаболічні ризики, так і специфічні особливості перебігу СЧВ, включно з впливом призначеної терапії.

Мета роботи. З'ясувати, наскільки часто зустрічається інсулінорезистентність (ІР) у пацієнтів із системним червоним вовчаком (СЧВ), виявити традиційні та пов'язані з аутоімунним процесом чинники ризику її розвитку, а також перевірити доцільність застосування опитувальника FINDRISC (Finnish Type 2 Diabetes Risk Assessment Form) для скринінгу ІР.

Матеріали та методи. У період 2022-2024 рр. було проведено поперечне дослідження, до якого увійшли 57 пацієнтів із СЧВ (серед них – 50 жінки та 7 чоловіків), які не мали діагнозу цукрового діабету або епізодів гіперглікемії. Усі учасники лікувались стаціонарно в КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» та надали письмову згоду на участь. Середній вік пацієнтів становив 39 років, а середня тривалість хвороби – 5,0 роки. З призначеного лікування 80% пацієнтів приймали глюкокортикоїди, 32% – гідроксихлорохін, 43% – імуносупресивні препарати, і лише 2% – біологічну терапію.

У всіх обстежених визначали концентрацію глюкози та інсуліну натще, а також розраховували індекс НОМА-ІР (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance). Порогове значення НОМА-ІР  $\geq 2,77$  вважалось діагностичним для ІР. Для оцінки ризику виникнення цукрового діабету 2 типу у наступне десятиліття використовували опитувальник FINDRISC.

Результати. Ознаки ІР були виявлені у 13 з 57 обстежених пацієнтів (24%). Середнє значення НОМА-ІР склало 1,9. Порівняння груп з ІР та без неї не виявило суттєвих відмінностей за віком, статтю, тривалістю хвороби, активністю СЧВ, поточним лікуванням чи традиційними чинниками ризику ЦД 2 типу. Проте у пацієнтів із ІР були статистично значуще вищі показники ІМТ, окружності талії та рівня інсуліну. Індекс НОМА-ІР мав достовірні кореляції з ІМТ ( $r=0,8$ ;  $p<0,001$ ), ОТ ( $r=0,7$ ;  $p<0,001$ ), категоріями ризику ЦД 2 типу за FINDRISC ( $r=0,3$ ;  $p=0,02$ ), індексом активності SLEDAI-2K ( $r=-0,2$ ;  $p<0,03$ ), рівнем С3-компоненту комплементу в сироватці крові ( $r=0,3$ ;  $p=0,035$ ) та тривалістю лікування ГК ( $r=0,3$ ;  $p=0,03$ ).

Висновки. У кожного четвертого пацієнта із СЧВ, який не мав в анамнезі цукрового діабету та мав нормальний рівень глюкози натще, була виявлена інсулінорезистентність. Зростання індексу НОМА-ІР асоціювалось зі зниженням активності СЧВ та більш тривалим

застосуванням глюкокортикоїдів, однак статистично значущими залишались лише асоціації з підвищеними ІМТ та окружністю талії. Опитувальник FINDRISC, що використовується в загальній популяції для оцінки ризику діабету, виявився малоефективним для скринінгу ІР у пацієнтів із СЧВ.

## ПОРІВНЯННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТА ЛАПАРАСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

*Шукалов А.*

Науковий керівник: асистент Шевчук М.

Кафедра хірургії №1

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Комбінація холелітіазу та холедохолітіазу – поширений стан, імовірність якого зростає з віком і може мати серйозні ускладнення, такі як панкреатит, холангіт та абсцеси печінки. Проте вибір лікування є суперечливим, оскільки існують різні мінімально інвазивні методи: лапароскопічні та ендоскопічні. Чіткого консенсусу щодо найкращого підходу немає.

Мета. Порівняти ефективність лікування холелітіазу та холедохолітіазу за допомогою лапароскопічної холецистектомії з лапароскопічною ревізією загальної жовчної протоки та ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії з лапароскопічною холецистектомією.

Матеріали та методи. Нами було оцінено результат лікування 30 пацієнтів із холедохолітіазом, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КП «2-а міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» у 2024-2025 роках. Пацієнтів було розділено на три групи. І група – 11 пацієнтів, яким було проведено лапароскопічну холецистектомію (ЛХ) та інтраопераційну холангіографію (ІХГ) для підтвердження холедохолітіазу, а наступним етапом ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ). ІІ група – 9 пацієнтів, яким першим етапом було проведено ЕРХПГ, з подальшою ЛХ під час тієї ж госпіталізації. ІІІ група – 10 пацієнтів, яким було проведено ЛХ після чого виконано ІХГ для підтвердження холедохолітіазу, у поєднанні з лапароскопічною ревізією загальної жовчної протоки та літоекстракцією.

Результати. Рівень успішності видалення каменів у І групі (90,9%) був вищим, ніж у ІІ групі (88,8%), і подібним до ІІІ групи (90%). Істотних відмінностей між групами не було. Післяопераційні

ускладнення виникли у 2 пацієнтів (22,2%) з II групи – панкреатит, спричинений ЕРХПГ. У III групі ускладнення виникли у 1 пацієнта (10%), у нього спостерігалось підтікання жовчі через холедохотомну рану – лікування проводилось консервативно, антибактеріальними препаратами широкого спектру дії. У I групі післяопераційних ускладнень не виявлено.

Висновки. Аналіз різних способів оперативного лікування холедохолітіазу показує, що ЕРХПГ виконана другим етапом після ЛХ має вищий рівень лікувального ефекту при холедохолітіазі та нижчу імовірність післяопераційних ускладнень, проте необхідні подальші дослідження для визначення додаткових переваг процедури з більшою вибіркою пацієнтів.

## КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ РЕАКТИВНОГО ПОСТКОВІДНОГО АРТРИТУ

*Щочка Н., Недождой В., Пилявський І.*

Науковий керівник: доцент Волченко Г.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Імуноопосередковані стани, пов'язані з коронавірусною хворобою, включають васкуліти, синдром антифосфоліпідних антитіл, запальну міопатію та навіть системний червоний вовчак. Також існує висока ймовірність розвитку реактивного артриту у пацієнтів, раніше інфікованих COVID-19.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей виникнення, клінічного перебігу, а також ефективності лікування реактивного постковідного артриту (ПКА).

Для вирішення поставлених завдань здійснено аналіз даних 23 амбулаторних пацієнтів із діагнозом ПКА, які були консультовані під час пандемії COVID-19 за умови відсутності в анамнезі ревматичних захворювань або синдромів. Середній вік становив  $50,1 \pm 16,3$  роки, переважно чоловіки (76%). Ми оцінювали час, що минув між інфекцією та появою ПКА, фармакотерапію, кількість уражених суглобів та симетричність, позасуглобові прояви, наявність теносиновіту або ентезиту, результати рентгенографії та сонографії суглобів, а також лабораторні дані.

Перебіг COVID-19 серед пацієнтів був неоднорідним. Більшість перенесли хворобу у відносно легкій формі та не потребували госпіталізації. Середній проміжок часу між інфікуванням і виникненням ПКА становив  $30,7 \pm 12,2$  доби.

При рентгенографії не було виявлено ураження кісток, окрім пацієнтів після 45 років із ознаками I-II стадії остеоартриту. Синовіт і суглобовий випіт при сонографії виявлено у 55% пацієнтів. У п'ятьох задокументовано ураження навколишніх сухожиль. У всіх пацієнтів із ПКА гомілковоступневого суглоба виявлено ентезит ахіллового сухожилля.

Колінний та гомілковоступневий суглоби (як моноартрит, так і симетричний чи асиметричний олігоартрит) були найчастішою причиною звернення. Більшість мали олігоартрит (80%), рідше – моноартикулярне ураження. При фізикальному обстеженні характерними були підвищення локальної температури, відсутність почервоніння, набряк, дефігурація та обмеження рухомості. Асоційованих із ПКА позасуглобових проявів не спостерігалось.

Лише у 10 пацієнтів із високим ступенем активності артрити рівень С-реактивного білка був помірно підвищений (не більше ніж у 5 разів вище норми).

Фармакотерапія тривала від 3 до 28 тижнів і базувалася переважно на комбінації нестероїдних протизапальних засобів у терапевтичних дозах та глюкокортикоїдів (у перерахунку на преднізолон – від 5 до 20 мг на добу). У всіх пацієнтів таке поєднання було ефективним.

Таким чином, постінфекційна стадія коронавірусної хвороби з високою ймовірністю може ускладнюватися ПКА з лабораторними маркерами запального процесу, перебіг якого в цілому сприятливий, чутливий до протизапальних засобів і за характером суглобового синдрому характеризується як асиметричний олігоартрит із ураженням великих суглобів.

## МЕНЕДЖМЕНТ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ

*Ярмолін О.*

Науковий керівник: доцент Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Адекватне знеболення після оперативного втручання є критично важливим компонентом післяопераційного догляду. Воно сприяє швидшому відновленню пацієнта, зменшує ризик ускладнень та покращує загальний прогноз. Вибір стратегії анальгезії базується на характері операції, загальному стані хворого та можливих побічних ефектах.

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз ефективності,

безпеки використання основних методів післяопераційного знеболення.

Методи дослідження. Дослідження проведено на базі відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» в період з 01.02.2025 р. по 31.03.2025 р. 40 пацієнтів були розподілені на 4 групи по 10 чоловік. Проводився порівняльний аналіз чотирьох основних підходів до післяопераційного знеболення: опіоїдна анальгезія, неопіоїдні анальгетики, регіонарні методи та мультимодальна анальгезія. Оцінювались ефективність у контролі болю, частота побічних ефектів, тривалість дії та вплив на тривалість госпіталізації. I група пацієнтів отримувала післяопераційне знеболення опіоїдними анальгетиками: морфін 4 мг внутрішньом'язово кожні 6 год. II група пацієнтів отримувала післяопераційне знеболення неопіоїдними анальгетиками: декскетпрофен 50 мг кожні 8 год внутрішньовенно, парацетамол 1000 мг кожні 8 год внутрішньовенно. III група пацієнтів отримувала післяопераційне знеболення за допомогою знеболення регіонарними методами знеболення (епідуральна анестезія, провідникова блокада нервових сплетень). IV група пацієнтів отримувала знеболення за допомогою мультимодального методу знеболення: декскетпрофен мг внутрішньовенно кожні 8 год, парацетамол 1000 мг кожні 8 год внутрішньовенно, габапентин 300 мг на ніч, дексаметазон 8 мг внутрішньовенно одноразово та регіонарні методи знеболення. У всіх пацієнтів проводилась оцінка болю за шкалою VAS/NRS кожні 4-6 годин.

Результати дослідження. Найбільшу ефективність у контролі болю продемонстрували опіоїди та мультимодальна анальгезія. Однак опіоїдна анальгезія супроводжувалась значною частотою побічних ефектів (нудота, пригнічення дихання, залежність) та подовжувала термін госпіталізації. Регіонарні методи знеболення, зокрема периферичні нервові блокади, забезпечували ефективне знеболення з низьким рівнем побічних ефектів і скорочували тривалість перебування у стаціонарі. Неопіоїдні анальгетики є менш ефективними, але мають кращий профіль безпеки.

Висновки. Найкращі результати післяопераційного знеболення продемонстрували регіонарні методи анестезії та мультимодальна стратегія. Сучасний менеджмент післяопераційного болю повинен базуватися на принципах мультимодальної анальгезії, що досягається поєднанням препаратів і методик різних груп для досягнення максимальної ефективності при мінімальному ризику.

## Секція «СТОМАТОЛОГІЯ»

ВОЛОДИТИ ТА КЕРУВАТИ СВОЇМИ КОМПЕТЕНТНОСТЯМИ –  
ПЕРШЕ ЗАВДАННЯ НА САМОСТІЙНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ  
ШЛЯХУ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

*Безручко А., Устименко О.*

Науковий керівник: доцент Приходченко С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Випускники медичних університетів на потреби сучасного навколишнього середовища повинні постійно цікавитись не тільки щодо новин у спеціальності, а і до постійного саморозвитку, яке зумовлює професійне зростання у межах обраної професії.

Мета. Поширення розуміння питань компетентнісного підходу у професії для лікарів-інтернів на порозі самостійної праці.

Реалізація мети дослідження: поглиблений аналіз сучасних поглядів на складові компетентностей лікарів-стоматологів.

Поняття *soft skills* і *hard skills* запровадив американський професор Пол Уїтмор у 1972 році. Уїтмор уточнював, що *soft skills* не піддаються опису та виміру. Наприклад, неможливо виміряти рівень емоційної стабільності або градус прихильності. А якщо навички можна виміряти, значить, це професійні навички – *hard skills*. З 2000 року дана термінологія масово почала використовуватися в рамках компетентнісного підходу підготовки фахівців.

*Soft skills* (з англ. "м'які/гнучкі навички") – це непрофесійні навички, які мають суворо індивідуальний "набір", пов'язані з характеристиками особистості, але не є рисами характеру. З їхньою допомогою лікар здійснює дії: уважно слухає, уважно збирає анамнез, а не просто уважний і ввічливий.

На сьогодні виділяють 5 основних *soft skills*, яких потребує кожен професіонал: вміння комунікувати, критичне мислення, емоційний інтелект, командна робота та адаптивність. Для лікарів-стоматологів необхідні також ще: критичне мислення, вміння викликати довіру та стресостійкість.

Інтерни на заняттях оцінювали гнучкі навички самостійно за

моделлю братів Дрейфус (ця модель передбачає, що людина в роботі проходить через шість етапів: новачок, просунутий початківець, компетентний, досвідчений, експерт, майстер; особистості необхідно розуміти кожен етап і аналізувати, на якому вона перебуває зараз) та за п'яти факторного опитувальника особистості 5 PFQ (розроблений японським дослідником Хійджіро Тсуїї, вимірює екстраверсію та інтроверсію, прихильність та відокремленість, самоконтроль та імпульсивність, емоційну стійкість, ступінь експресивності та практичності).

Лікарі-інтерни після самостійної обробки та аналізу своїх soft skills, результатів опитування за круглим столом детально обговорювали свої кейси та дійшли висновку, що їм необхідно у позаробочий час поглиблювати свої знання в інтегральних компетентностях, а не лише hard skills.

Soft skills допомагають розширювати загальний компетентнісний рівень лікаря-стоматолога та освоювати нові тенденції розвитку у професії.

## УДОСКОНАЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ

*Вовк Я.*

Науковий керівник: професор Силенко Ю.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Підвищення вимог пацієнтів до стандартів якості стоматологічного лікування вимагає постійного впровадження цифрових технологій лікування і виробництва зубних протезів. Зараз це можливо шляхом 3D-візуалізації, цифрового запису артикуляційних рухів нижньої щелепи, віртуальної симуляції жувальних рухів, CAD-планування імплантації, зубного протезування, а також САМ-виробництва терапевтичних пристосувань, тимчасових і постійних зубних протезів.

Метою нашої роботи стало вдосконалення стоматологічної ортопедичної допомоги населенню шляхом поглиблення знань в області цифрових технологій. У роботі був використаний аналіз літератури по даній темі.

CAD/CAM – це унікальна технологія виготовлення зубних протезів за допомогою 3D-комп'ютерного моделювання та виробництва на фрезерній установці. Вона принципово відрізняється від застарілої методики ручного лиття точністю, швидкістю і зручністю.

Технологія CAD/CAM передбачає 3 етапи: перший – збір даних,

другий – комп'ютерне проектування, третій – виготовлення і установка зубного протеза. Тільки з застосуванням технології CAD/CAM можлива обробка таких високоміцних матеріалів, як оксид і діоксид цирконію, з яких виготовляються естетичні, довговічні безметалеві коронки.

Digital Smile Design – комп'ютерна програма, за допомогою якої проводиться планування остаточного результату ортопедичного лікування пацієнта. За допомогою програми можна отримати декілька варіантів кінцевого результату з врахуванням індивідуальних параметрів пацієнтів, які детально аналізуються при прийнятті остаточного рішення по вибору конструктивних особливостей, матеріалу з якого буде виготовлена конструкція, клінічних та лабораторних етапів.

Застосування 3D принтерів в стоматології. Переваги використання 3D принтерів в стоматології і протезуванні: можливість зберігання всіх анатомічних даних пацієнтів в цифровому вигляді, замість відтисків і моделей; значне прискорення виготовлення необхідних прототипів і моделей; повністю автоматичний процес друку, який виключає можливі помилки і невідповідності; збільшення обсягів виробництва без збільшення персоналу; висока точність виготовлення, що виключає можливість помилок.

За допомогою 3D друку можна отримати: коронки та мостоподібні протези з полімеру та металу, базиси знімних протезів, капи, хірургічні шаблони, литкові моделі, робочі моделі, індивідуальні ложки.

Висновок. Цифрові технології стають невід'ятною частиною нашої практики. Успішному лікарю-стоматологу в сучасних умовах необхідно не тільки постійно вдосконалювати свої практичні навички, а й знати нові тенденції в стоматології, впроваджувати інновації, технології та матеріали.

## ТРАНСІЛЮМІНАЦІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ: ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ

*Волинець Я.*

Науковий керівник: асистент Лазарєва К.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Своєчасне виявлення каріозних уражень, мікротріщин емалі, прихованого вторинного карієсу та інших дефектів твердих тканин зуба є надзвичайно важливим складником діагностики в стоматологічній практиці. Чим раніше виявлено патологічний процес, тим вищі шанси на його ефективне та мінімально інвазивне лікування. Однак традиційні

діагностичні методи, такі як візуальний огляд, зондування та рентгенологічне дослідження, фотопротоколювання, мають певні обмеження та помилки інтерпретації даних. Зокрема, рентгенографія супроводжується іонізуючим випромінюванням, обмежена наявністю технічного забезпечення, а її інформативність щодо ранніх уражень, особливо у ділянці апроксимальних поверхонь, часто потребує візуального підкріплення для запобігання помилок в діагностиці. У цьому контексті метод транслюмінації, що базується на проходженні світлового променя крізь зубні тканини, привертає все більше уваги як сучасна, неінвазивна, безпечна та доступна технологія візуалізації. Завдяки своїй здатності виявляти дефекти, які не завжди помітні при традиційному огляді, транслюмінація має значний потенціал для використання у повсякденній клінічній практиці і не є високовартісною.

Мета дослідження. Оцінити ефективність транслюмінації як методу діагностики патологій твердих тканин зуба у порівнянні з традиційними методами, а також визначити можливості її широкого впровадження у стоматологічну практику.

У дослідженні взяли участь 10 пацієнтів віком від 18 до 55 років. Усі учасники проходили комплексне обстеження, що включало візуальний огляд, рентгенографію, фотопротоколювання та дослідження методом транслюмінації з використанням Smart Lite Pro з насадкою Illuminate. Результати, отримані за допомогою кожного методу, були порівняні між собою для визначення діагностичної точності, чутливості та специфічності транслюмінації.

Застосування транслюмінації дозволило виявити початкові форми карієсу на апроксимальних поверхнях із точністю до 92%, що суттєво перевищує інформативність традиційних візуального огляду та фотопротоколювання в цих ділянках. А в сукупності з аналізом прикусних рентгенографій точність діагностики складала 98%. У 67% зубів, в яких виконувалася транслюмінація, було виявлено мікротріщини емалі та ознаки порушення краєвого прилягання пломб, ортопедичних конструкцій, які не були чітко візуалізовані іншими методами. Усі результати фотопротоколювалися для візуалізації та документації.

Метод транслюмінації є перспективним додатковим інструментом у діагностиці патологій твердих тканин зуба. Його висока інформативність, простота використання, безпечність та позитивне сприйняття пацієнтами свідчать про доцільність його впровадження у рутинну клінічну практику.

## ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

*Волошко С.*

Науковий керівник: доцент Хміль Т.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальна проблема сучасної стоматології – комплексне лікування пародонтиту, оскільки значні труднощі обумовлюються полівалентністю етіологічних чинників, тяжким перебігом патологічного процесу у тканинах пародонту, негативним його впливом на організм в цілому, іноді неефективністю лікування.

Арсенал засобів для комплексної терапії хворих на хронічний генералізований пародонтит великий, містить у собі майже всі групи лікарських препаратів із різними механізмами дії, на чому і ґрунтується тактика їх використання. Враховуючи сучасний ступінь алергізації населення, провідне місце у боротьбі з інфекцією необхідно віддавати макроорганізму з врахуванням стану специфічних і неспецифічних факторів захисту. Тому важливе питання – зниження медикаментозного навантаження хворих. Альтернативою та ефективним методом у цьому плані є застосування в лікуванні пародонтиту антигомотоксичних препаратів.

Мета роботи. Вивчити досвід 20-річної роботи застосування антигомотоксичних препаратів у комплексній терапії хронічного генералізованого пародонтиту на кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів шляхом вивчення даних літератури та амбулаторних карт хворих.

З 2003 р. співробітниками кафедри запропоновані 2 методики застосування Traumeel S: перша – ін'єкційна (2,2 мл по перехідній складці 3 рази на тиждень), друга – таблетована (по 1 табл. 3 рази в день протягом 10 днів), місцево – обов'язково пародонтальні пов'язки на основі препарату. Надалі у 2015 р. розроблений Патент №103560 «Спосіб лікування генералізованого пародонтиту I та II ступенів тяжкості». У його основі – на фоні вище наведених методик проводиться відсвічування тканин пародонта одноканальним лазером "МИТ-1" та полоскання озонованою водою. Дана методика дозволяє створити депо препарату Traumeel S безпосередньо в осередку запального процесу, підвищити ефективність лікування, лазер стимулює трофічно-регенераторну дію шляхом покращення мікроциркуляції,

скорочує кількість відвідувань до 5.

За результатами спостережень, встановлено, що ефективність лікування з застосуванням препарату Traumeel S настає уже через 3-4 відвідування. Автори не відмічають різниці дії Traumeel S від метода введення препарату. У динаміці рентгенологічна стабілізація. Спостереження за хворими показує стійку ремісію хронічного генералізованого пародонтиту у 86% випадків після лікування препаратом Traumeel S проти 64% з використанням традиційних методик.

Аналізуючи дані, встановлено, що антигомотоксичний препарат Traumeel S має показання до використання в пародонтології, добру переносність і віддалені результати, що свідчить про його високу клінічну ефективність, перспективність застосування.

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ БЕЗМЕТАЛЕВИХ КОРОНОК У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПАЦІЄНТА З ПІДВИЩЕНИМИ ЕСТЕТИЧНИМИ ВИМОГАМИ

*Гоголь Я., Кравченко Я.*

Наукові керівники: доцент Давиденко В., доцент Хілініч Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Сучасні тенденції в ортопедичній стоматології спрямовані на відновлення естетики та функції зубощелепної системи з мінімальним втручанням у тверді тканини зубів. У фронтальній ділянці особливого значення набуває використання безметалевих конструкцій, які забезпечують природну транслюценцію та біосумісність. Вибір ортопедичної конструкції повинен ґрунтуватися не лише на функціональних, а й естетичних потребах пацієнта.

Мета. Демонстрація можливостей клінічного застосування безметалевих коронок із діоксиду цирконію у фронтальній ділянці верхньої щелепи з урахуванням естетичних вимог пацієнта та клінічної ситуації.

Матеріали та методи дослідження. Пацієнтка, 34 роки, звернулась зі скаргами на незадовільний естетичний вигляд передніх зубів верхньої щелепи внаслідок вторинного карієсу під старими металокерамічними коронками 11, 12, 21. Проведено клінічне обстеження, інтраоральне сканування, ортопантомографію. Після зняття старих коронок та санації твердих тканин виконано прецизійну препаровку з етапним виготовленням цирконієвих коронок за CAD/CAM-технологією. Фіксація проведена на адгезивний композитний цемент.

Основні результати. Отримано високі функціональні та естетичні результати: відтворено колір, форму та прозорість природних зубів, забезпечено надійну фіксацію конструкцій. Пацієнтка відзначала задоволення результатом лікування та відсутність дискомфорту в післяопераційному періоді. Безметалеві конструкції з діоксиду цирконію виявилися ефективними для реставрації фронтальної ділянки при високих естетичних запитах. Особливо відзначено позитивну реакцію слизової оболонки ясен у зоні крайового прилягання коронок..

Висновки. Безметалеві коронки з діоксиду цирконію є ефективним методом відновлення естетики та функції фронтальної ділянки верхньої щелепи. Вони забезпечують високу біосумісність, точність прилягання та естетичні характеристики, що дозволяє рекомендувати їх до широкого клінічного застосування в умовах зростаючих естетичних очікувань пацієнтів.

## МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

*Гребеник А.*

Науковий керівник: доцент Казакова К.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Зростаюча частота лікарських алергій, велика кількість протипоказань та побічних ефектів при призначенні сильнодіючих препаратів, резистентність мікроорганізмів до антибіотиків – все це змушує шукати альтернативні, немедикаментозні методи лікування. Сучасна стоматологія крім консервативних лікувальних або хірургічних методів широко застосовує немедикаментозні методи. Однією з таких є застосування озону в медичній практиці. Ефективність озонотерапії обумовлена властивостями іонізованого кисню виводити енергетичний обмін у тканинах на якісно новий рівень. Нормалізується мікроциркуляція, активізується клітинна та гуморальна ланки імунітету за рахунок збільшення синтезу інтерлейкінів та простагландинів. Антимікробний вплив озону характеризується здатністю озону до окиснювального руйнування оболонок патогенів і є неспецифічним. Такі властивості озону роблять його застосування в стоматології досить актуальним.

Мета. Проаналізувати можливість використання озонотерапії в практиці лікаря стоматолога на дитячому прийомі.

Матеріали і методи. Озонотерапія значно підсилює дію лікувальних

заходів при різноманітних захворюваннях і станах органів ротової порожнини: карієсі, гінгівіті; стоматитах бактеріальної, вірусної або грибкової етіології; пародонтиті; запальних процесах щелепно-лицьової ділянки; періоститах та остеомієлітах. Дослідження вказують на різний вплив газу на грам-позитивні та грам-негативні бактерії. Встановлена висока чутливість до озону стрептококів, стафілококів, кишкової палички, протея та ентерококів. При концентрації 1-5 мг/л він викликає загибель 99,9% *E. Coli*, *Str.Faecalis*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cryptosporidium parvum* і інших протягом 4-20 хвилин.

Представляємо клінічний випадок ендодонтичного лікування пацієнта з обтяженим алергологічним анамнезом. Метод дезінфекції корневих каналів постійного зуба включає введення у кореневий канал озонованого 0.9% водного розчину хлориду натрію з концентрацією озону 5 мг/л. Розчин отримували методом барбатування 0.9 хлориду натрію протягом 10 хв. Концентрація озону складала 5 мг/л, потік газу 0.5 за хв. Готовий розчин вводили в кореневий канал при ендодонтичному лікуванні. Медикаментозна обробка корневих каналів дала позитивний результат. Ендодонтичне лікування проведене в одне відвідування без ускладнень. Озон заданої концентрації отримували на озонаторі УМ-80.

Висновки. Даний метод дезінфекції корневих каналів не має подразнюючого впливу на тканини пародонту, не змінює колір коронки зуба і дає можливість стерилізувати кореневі канали у пацієнтів з алергічними реакціями на стандартні антибактеріальні препарати на основі хлору.

## ОПОСЕРЕДКОВАНИЙ МАКРОФАГАМИ ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТУ

*Грицаєнко Д.*

Науковий керівник: доцент Шинкевич В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Пародонтит є довгостроковим захворюванням, яке вражає до половини населення в усьому світі та спричиняє значний вплив на якість життя. Успішне лікування залежить контролювання стану пацієнта протягом всього життя. Існує велика кількість досліджень, які дають інформацію про варіанти управління цим захворюванням. Макрофаги відіграють ключову роль у розвитку та прогресуванні пародонтиту, і була встановлена доцільність терапевтичного впливу на них. Постійно розробляється

широкий спектр ліків з доставляння, спрямованого на макрофаги, саме для їх врегулювання, з метою лікування та/або контролю пародонтиту.

Метою нашої роботи було поглиблення знань щодо перспектив лікування з впливом на макрофаги при пародонтиті на основі тематичного скринінгового огляду наукової літератури бази даних PubMed.

Перехід від прозапальних M1 до протизапальних M2 макрофагів необхідний для лікування пародонтиту. Мелатоніну належить антиоксидантна дія та прямий стимулювальний ефект на диференціювання та проліферацію остеобластів. І хоча курс полоскань розчином мелатоніну (5 мг/мл) двічі на день протягом 14 днів не показав клінічних переваг, сконструйовані екзосоми, навантажені мелатоніном, розроблені для доставки і перепрограмування макрофагів, перепрограмували тип M1 на тип M2 в експерименті на культурі клітин. Ресвератрол, нефлавоноїдний поліфенол, відомий своєю протизапальною та імунотулюювальною дією, у вигляді включення в розроблену ліпосомальну систему, міг перенаправляти запальні макрофаги M1- до M2-подібного фенотипу шляхом активації p-STAT3 і зниження регуляції p-STAT1, і може бути потенційною терапевтичною системою для лікування пародонтиту навіть заміняючи використання антибіотиків. Антибіотик азитроміцин також володіє здатністю сприяти M2-поляризації макрофагів у запалених тканинах при пародонтиті. Куркумін у вигляді гідрогелю і полоскань можуть слугувати альтернативою хлоргексидину при лікуванні пародонтиту і відомі своїм впливом на макрофаги. Гіалуронова кислота, яка використовується для доставляння ліків, як каркаси тканинної інженерії, для зменшення бактеріальної адгезії й біоплівки у лікуванні пародонтиту, як передбачається, сприяє підтриманню M2 макрофагів. Серед інших відомих досліджених біоматеріалів для регуляції макрофагів: біокераміка, полімери й наночастинки. Ці препарати складають новий напрямок у лікуванні пародонтиту – імунотерапію, опосередковану біоматеріалами, направлену на макрофаги.

Розуміння концепцій місцевого впливу допомагає орієнтуватись в індивідуальній траєкторії застосування засобів терапії при пародонтиті.

## ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК У ДІТЕЙ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА

*Дердієвська В., Титаренко І.*

Науковий керівник: доцент Поліщук Т.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** За літературними даними іноземних та вітчизняних науковців відмічається зростання поширеності хронічних хвороб нирок в усьому світі. На сьогоднішній день інформація про епідеміологію хвороб нирок у дитячому віці обмежена. Оскільки ця хвороба часто має безсимптомний перебіг на ранніх стадіях, вона недостатньо діагностується. Нирка є одним із важливих органів, який відіграє основну роль у гомеостазі крові, регуляції артеріального тиску, кислотно-лужному балансі та цілісності кісток. Доказано, що хвороби нирок порушують взаємозв'язок між енергетичним балансом, нейроендокринною системою та вродженим імунітетом, що в подальшому призводить до запалення, зміни функції вегетативної та центральної нервової систем, до серцево-легеневих та кісткових захворювань. Хвороби нирок вражають багато інших органів, у тому числі м'які і тверді тканини ротової порожнини.

**Мета дослідження.** Проаналізувати дані літературних джерел для узагальнення знань про вплив захворювань нирок у дітей на стоматологічне здоров'я порожнини рота та ознайомити дитячого стоматолога із їх проявами при лікуванні.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано літературні джерела за останні 15 років (клінічні випробування, мета-аналізи та систематичні огляди). Застосовано комплексну пошукову стратегію з використанням баз даних PubMed, Scopus, Web of Science та Google Scholar з метою виявлення релевантних публікацій про оральні прояви у дітей з хронічною хворобою нирок, включно з пацієнтами на гемодіалізі або після трансплантації нирки.

**Результати та їх обговорення.** Більшість дослідників зазначають у своїх наукових працях, що у дітей спостерігається низька частота карієсу тимчасових та постійних зубів у дітей з хронічною нирковою недостатністю, що зумовлено високо буферизованою та лужною слиною, котра формується внаслідок збільшення концентрації сечовини і фосфату. З іншого боку, у пацієнтів із захворюваннями нирок на нирки спостерігається зменшення кількості та швидкості слиновиділення, сухість у роті, що робить емаль тимчасових та постійних зубів

вразливішою до карієсу. Також відмічається запалення ясен, що з'являється через нагромадження зубного нальоту та каменю через неналежну гігієну рота при тривалій госпіталізації, пересадженні нирки або медикаментозному лікуванні. Одним з ускладнень ниркових хвороб є уремічний стоматит, що зумовлений уремією та виникає при прогресуючій нирковій недостатності. Також спостерігається зміна смакових відчуттів, їх спотворення, бактеріальні та кандидозні інфекції. У дітей з хворобами нирок часто спостерігається некаріозне ураження зубів – гіпоплазія емалі через розлади обміну кальцію та фосфатів. У дітей з хронічною хворобою нирок виникають порушення розвитку черепа та обличчя, що викликано недостатнім надходженням білка, дефіцитом гормону росту, нирковою остеодистрофією, анемією, метаболічним ацидозом та їх поєднаннями.

**Висновок.** Наведено інформацію для кращого розуміння системних і оральних відхилень у дітей з хворобами нирок. Ці відомості допоможуть дитячим стоматологам під час лікування надавати ефективний догляд за ротовою порожниною та планувати профілактику, враховуючи індивідуальні потреби кожного маленького пацієнта.

## ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРІОДОНТИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Дердієвська В., Калюга О., Ламазян М., Озеров С.*

Науковий керівник: доцент Писаренко О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Одонтогенний гайморит (ОГ) – це багатофакторне захворювання, яке може бути ускладненням різних стоматологічних маніпуляцій, наявності сторонніх тіл, механічного пошкодження слизової оболонки пазухи під час лікування кореневих каналів, переповнення кореневих каналів ендодонтичним матеріалом та одонтогенної інфекції, травми зубів.

Метою даної роботи є оцінка результатів консервативного лікування одонтогенного гаймориту на прикладі клінічного випадку.

До клініки кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів Полтавського державного медичного університету звернулася пацієнтка 38 років якій було поставлено діагноз ОГ у отоларингологічному відділенні КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у січні 2025 року. Діагностика ОГ ґрунтувалась на даних комп'ютерної томографії навколоносових пазух (рівень затемнення в

правій гайморовій пазусі 18,6 мм), стоматологічному (симптоматиці, наявності стоматологічного лікування в минулому, рентгенологічних даних-система каналів зуба обтурована нерівномірно, на  $\frac{3}{4}$  довжини кореневих каналів) та медичному обстеженні, при цьому для остаточного встановлення діагнозу необхідне додаткове спостереження за запаленням слизової оболонки.

Нами діагностовано у пацієнтки хронічний гранулематозний періодонтит зуба 27 (за даними КТ-розміри ділянки рентген прозорості з чіткими контурами у верхівок системи коренів зуба 2.7-9 x 4,5 мм). На фоні проведення симптоматичної терапії призначено отоларингологом (антибіотикотерапія, іригації фізрозчином, місцеві деконгестанти) за наполяганням пацієнтки проведено повторне ендодонтичне лікування системи кореневих каналів зуба 2.7.

Отримані позитивні результати: зникнення стоматологічної та лор-симптоматики, добра динаміка при проведенні КТ через тиждень та через місяць після лікування (відновлення пневматизації правої верхньощелепної пазухи, потовщення слизової синусу – 6,78 мм, зменшення розмірів ділянки рентген прозорості до 6 x 3 мм в ділянці верхівок коренів зуба 2.7).

За даними літератури вибір стратегії лікування є однією з найбільш суперечливою задачею у лікуванні ОГ, спричиненого періодонтитами. Методами вибору лікування є первинне або вторинне ендодонтичне лікування або видалення зубів. У нашому клінічному випадку необхідно клінічне динамічне спостереження в отоларинголога та стоматолога з проведенням КПКТ в терміни 3, 6 місяців.

Отже, для запобігання ускладнень з боку верхньощелепного синусу, необхідно врахування його анатомічних та фізіологічних особливостей та використання безпечних та точних підходів лікування.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ СКЕЛЕТНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

*Долженко А., Михайлов А.*

Наукові керівники: асистент Гутовська І., доцент Виженко Є.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-ортодонтів

Полтавський державний медичний університет

Звуження верхньої щелепи (ВЩ) є поширеною патологією у ортодонтичних пацієнтів. Ця розбіжність призводить до одно- або двостороннього заднього перехресного прикусу. Рішення даної проблеми полягає в розширенні ВЩ, яке можливо досягнути за

допомогою різних ортодонтичних апаратів.

**Мета.** Провести аналіз сучасної наукової літератури щодо сучасних методів розширення ВЩ.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставленої мети нами було проведено систематичний електронний пошук наукової літератури за останні 5 років в семи електронних базах: Google Scholar, PubMed, Medline, Embase, Web of Science, Wiley та Scopus. За результатами первинного пошуку було проаналізовано більше 50 статей, з яких по темі літературного огляду було відібрано 30 наукових праць.

**Результати.** У залежності від методу та ортодонтичного апарату всі наукові публікації були розподілені на три групи:

1. Апарат для швидкого піднебінного розширення або Rapid Palatal Expansion (RPE) як самостійний апарат.

2. RPE+Surgically Assisted Rapid Palatal Expansion – поєднання апарату RPE з хірургічно асистованим швидким піднебінним розширенням (RPE+SARPE). Використовують гібридний апарат Harex з хірургічною корекцією ВЩ.

3. Швидке піднебінне розширення за допомогою міні-гвинтів, або Miniscrew-Assisted Rapid Palatal Expansion (MARPE).

У першій групі статей було розглянуто використання апарату RPE з фіксацією на зубах. При використанні апарату RPE можна досягти задовільного результату в осіб до 18 років. У дорослому віці розширення зубної дуги досягається за рахунок нахилу бічної групи зубів. Однак без хірургічного втручання досягнення стабільного результату виявляється неможливим, оскільки спостерігається високий рівень рецидивів.

Комбінований метод лікування RPE+SARPE ефективно сприяє розширенню верхньої щелепи у дорослих пацієнтів, зокрема в ділянці середньопіднебінного шва. В рамках даної процедури застосовуються лише бічні верхньощелепні кортикотомії та апарат Нуах. Успішність цієї методики була підтверджена численними публікаціями.

Нехірургічне швидке розширення ВЩ за допомогою міні-гвинтів продемонструвало стабільність результатів при лікуванні молодих пацієнтів з поперечним дефіцитом ВЩ, з мінімальними рецидивами після завершення лікування.

**Висновок.** MARPE забезпечує більш передбачуване та прогнозоване скелетне розширення ВЩ, а також менше буккальне відхилення зубів та втрату висоти альвеолярної кістки опорних зубів. Таким чином, MARPE є кращою альтернативою для пацієнтів із скелетно-щелепною недостатністю під час постпубертатної стадії розвитку організму.

## ВИКОРИСТАННЯ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ХІРУРГІЧНОМУ ПРИЙОМІ ПРИ ЛІКУВАННІ МУКОЗИТІВ, ПЕРІІМПЛАНТИТІВ

*Іваник А.*

Науковий керівник: асистент Мельник В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

У останні роки широкого застосування набув метод фотодинамічної терапії (ФДТ) та її різновиду – антимікробна фотодинамічна терапія. Процедура фотодинамічної терапії дає можливість уникнути додаткового призначення антибіотиків та антисептиків і не викликає побічних реакцій. Завдяки їй вдається уникнути хірургічних маніпуляцій, зменшити їх обсяг, скоротити терміни лікування. У хірургічній практиці метод фотодинамічної терапії використовується у комплексному лікуванні мукозиту, періімплантиту.

Фотодинамічна терапія використовує світлочутливі сполуки (фотосенсибілізатори), які вводяться ін'єкційними або аплікаційними методами. Лише поєднане застосування двох компонентів фотодинамічної терапії, – фотосенсибілізатора з активацією світлом певної довжини хвилі (лазерне випромінювання) буде ефективним. На стоматологічному ринку представлено багато патентованих поєднань фотосенсибілізаторів і лазерних приладів для їх активації. На хірургічному прийомі при проведенні ФДТ ми використовували поєднання фотосенсибілізатора "фотодитазин" і активатора з світловим спектром "R" приладу Lux Dert «UFL-122». Методика використання, запатентована співробітниками кафедри, включає введення фотосенсибілізатора між краєм ясен і пришийковою частиною зуба (імплантата) експозицією 10 хв з подальшою його активацією двохвилинним опроміненням ділянок ясен червоним спектром світла.

Мета дослідження: перевірити ефективність застосування фотодинамічної терапії в комплексному лікуванні пацієнтів з мукозитом і періімплантитом.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів проведено діагностику і фотодинамічну терапію у 10 пацієнтів віком від 30 до 70 років, із них жінок – 6, чоловіків – 4. Усі пацієнти проходили курс світлолікування згідно з авторською методикою (патент №141478 від 10.04.2020 р.). Методом ФДТ проліковано 4 пацієнти з мукозитом (І група); 6 пацієнтів з періімплантитом (ІІ група).

У пацієнтів І групи успішна регенерація та загоювання спостерігались

на 12-14 день. У пацієнтів II групи загоювання та регенерація кісткових тканин навколо ендосальних титанових імплантів спостерігалось з 18-22 дня лікування. Після курсу світлолікування в 82% пацієнтів запалення призупинялося, визначався процес загоювання і зменшення глибини зубоясеневих кишень.

Висновок. Ефективність застосування фотодинамічної терапії як монометоду лікування, становить більш як 80% позитивних клінічних результатів. Фотодинамічна терапія демонструє значно вищу здатність до знищення патогенної мікрофлори, дозволяє уникнути використання антимікробних засобів та запобігати виникненню антибіотикорезистентності при лікуванні запальних хвороб щелепно-лицевої ділянки.

## СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ВИСОТИ ПРИКУСУ ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

*Іваник А., Константинова А.*

Наукові керівники: доцент Давиденко В., доцент Соколовська В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів стоматологів-ортопедів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. На сучасному етапі діагностики та лікування стоматологічних захворювань все частіше зустрічаються морфофункціональні порушення зубощелепної системи, що пов'язані із зниженням висоти оклюзії. У науковій літературі цей патологічний стан описують під назвою «прикус, що знижується». До причин, що його викликають, слід віднести часткову або повну втрату зубів, нерациональне протезування і невчасне відновлення дефектів зубних рядів, помилки лікарів у перебудові жувального апарату, генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів.

Мета. Демонстрація способу лікування патологічного стирання твердих тканин зубів зі зниженням висоти прикусу, ускладненого дефектами зубних рядів.

Матеріали та методи дослідження. Пацієнт, 63 років звернувся зі скаргами на значне стирання зубів на верхній та нижній щелепах, підвищену чутливість до різних видів подразників, часткову відсутність зубів, порушення функції жування, періодичне клацання у скронево-нижньощелепному суглобі, естетичний та фонетичний дефекти. Пацієнту було проведено клінічне та додаткові методи обстеження. У клініці було зібрано анамнез захворювання та проведено об'єктивне обстеження пацієнта. Для постановки остаточного діагнозу були

використані додаткові методи обстеження: 3D-діагностика, тест Шиллера-Писарева, оклюзограма.

Основні результати. Після проведення обстеження та додаткових методів діагностики встановлено наступний діагноз: генералізована форма патологічного стирання твердих тканин зубів, субкомпенсована форма зниження висоти прикусу, ускладнені дефектами зубних рядів верхньої щелепи – I клас за класифікацією Кенеді, нижньої щелепи – III клас за класифікацією Кенеді. Втрата жувальної ефективності за Агаповим – 72%. Пацієнту було запропоновано двохетапне ортопедичне лікування, яке передбачало попереднє роз'єднання прикусу за допомогою індивідуальних вінілових кап, які мають наростаючу товщину в 2, 4 та 6 мм, виготовлених на нижню щелепу. Зуби 15,14,13,12,11,21,22,23,24 були відновлені суцільнолитими металевими коронками із керамічним облицюванням, а кінцеві дефекти у бокових ділянках – бюгельним протезом із замковою системою фіксації.

Включений дефект бічної ділянки нижньої щелепи відновили металокерамічним мостоподібним протезом з опорою на 47, 45, 44, а стерті тверді тканини зубів тотально реставрували фотополімерним матеріалом.

Висновки. Пацієнтам зі зниженням висоти прикусу більше ніж на 2 мм, лікування необхідно проводити щонайменше в два етапи. На першому етапі нормалізуємо оклюзійну висоту та виконуємо функціональну перебудову жувальних м'язів. На другому – проводимо раціональне протезування.

## ЗАСТОСУВАННЯ БІОСКЛА ПРИ ЛІКУВАННІ ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДЕНТИНУ

*Казарян Є., Безручко А.*

Науковий керівник: доцент Кулай О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Поширеність гіперчутливості дентину зубів має високу розповсюдженість серед населення світу. Згідно з літературними даними, вражає більше жінок, ніж чоловіків, серед них частіше патологія зустрічається у молодих, ніж у людей похилого віку. Обмеження, що виникають при цьому, мають важливий вплив на якість

життя пацієнта. Основним фактором виникнення болю при гіперчутливості дентину зубів є рух рідини у дентинних каналцях. Зараз вважається, що всі подразники, що викликають біль, такі як тепло, холод, потоки повітря мають загальний механізм дії – стимулюють рух рідини в трубочках дентину.

Ці уявлення отримали назву гідродинамічного механізму чутливості. Механізм запобігання гіперчутливості дентину має ремінералізуючий механізм дії. А саме здійснюється шляхом закорковування дентинних каналців шляхом надання іонів кремнію, кальцію, фосфору та натрію в структуру зуба. При цьому відбувається локалізоване тимчасове підвищення рН. Воно допомагає кальцію і фосфату, які містяться в слині, утворювати частинки з засобами, які використовуються для терапії гіперчутливості, що приводить до утворення шару фосфату кальцію. У міру відкладення комплексу цей шар кристалізується в гідроксикарбонатапатит. Найбільш відомий та ефективний компонент, якій входить до складу зубних паст, що застосовуються при гіперчутливості дентину – NovaMin. Він складається з частинок біоактивного скла із середнім розміром менше 20 мікрон.

Метою нашої роботи є застосування препаратів, що містять біоскло в комплексному лікуванню гіперчутливості дентину.

Матеріали і методи. Досліджували ефективність зубної пасти Sensodyne Відновлення та Захист. Оцінювали інтенсивність болю при локальній гіперестезії у 15 хворих віком 40-55 років. Активні компоненти пасти – 5% NovaMin з фторидом натрію (1450 ppm фториду). Інтенсивність болю визначали за допомогою цифрової рейтингової шкали Numerical Rating Scale (NRS), яка дозволяє вказати суб'єктивні відчуття хворого в умовних одиницях.

Цифрова рейтингова шкала застосовувалася для оцінки болю відразу після проведення професійної гігієни й через тиждень та через місяць постійного використання. Для врахування кількості зубів із гіперчутливістю використовували індекс розповсюдженості гіперчутливості дентину зубів.

Висновки. Призначення зубної пасти, що містить біоскло може значно зменшити біль та чутливість до подразників при її тривалому щоденному використанні. Що, безумовно, покращує якість життя пацієнтів, які мають гіперчутливість дентину.

## ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

*Константінова А.*

Науковий керівник: асистент Шевченко В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Основне завдання сучасної стоматології – швидке, якісне та малоінвазивне лікування стоматологічних захворювань. Одним із таких напрямків є метод фотодинамічної терапії (ФДТ), який зараз стає все більш популярним та ефективним. Цим методом лікують широкий спектр захворювань в стоматології, завдяки чому підвищується ефективність традиційних методів та скорочуються терміни лікування. Фотодинамічна терапія використовує світлочутливі сполуки (фотосенсибілізатори), які вводяться ін'єкційними або аплікаційними методами з активацією світлом певної довжини хвилі. Механізм дії фотосенсибілізаторів на мікрофлору та атипові клітини: поглинаючи квант світла, фотосенсибілізатори переходять в збуджений стан і взаємодіють з молекулярним киснем, утворюючи його активний (синглетний) стан. Для проведення ФДТ необхідне джерело квазімонохроматичного світла з певною спектральною характеристикою.

Метою роботи стало застосування фотодинамічної терапії для лікування захворювань тканин пародонту.

У практиці кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ПДМУ ми використовуємо багатофункціональний прилад вітчизняного виробника Lux Dent «UFL-122» (м. Київ), методика використання якого запатентована співробітниками кафедри. Процедура фотодинамічної терапії в стоматологічній практиці проходить у декілька етапів. Після професійної гігієни порожнини рота на проблемні ділянки наноситься фотосенсибілізаційний гель "Фотодитазин" з експозицією 10 хв, який проникає в тканини та взаємодіє з патогенними мікроорганізмами. Надалі вказані ділянки ясен опромінювались впродовж 2 хв на одне поле світлом в режимі "R" (620-740 нм) приладу Lux Dent «UFL-122», який активує фотосенсибілізатор лише в уражених тканинах, не пошкоджуючи здорові клітини. Виділяється синглетний кисень, запускається процес знищення бактерій.

За даною методикою проведено лікування 11 пацієнтів з гіпертрофічним гінгівітом (І група); 8 пацієнтів з генералізованим пародонтитом І-ІІ ступеню (ІІ група).

У пацієнтів першої та другої груп запалення призупинилося, визначалося стимулювання загоювання та зменшення глибини пародонтальних

кишень вже на 6-8 день лікування. Побічні ефекти не відмічались.

ФДТ це інноваційний, безконтактний, і безболісний метод лікування, успішно застосовуваний у стоматології. Цей метод дозволяє надавати ефективну допомогу всім категоріям пацієнтів, включаючи дітей, вагітних жінок та алергіків. Процедура ФДТ не інвазивна, дає можливість уникнути додаткового призначення антибіотиків та антисептиків і не викликає побічних реакцій.

## НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СТАН ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

*Костюченко А., Кубряк М., Полякова М., Цюпа А., Чирков М.*

Науковий керівник: доцент Максименко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Проблема надлишкової ваги та ожиріння є актуальною медичною та соціально-психологічною проблемою. Слід зазначити, що психологічні проблеми у дітей з ожирінням є досить значущими. Це, насамперед, виникнення комплексів, цькування однолітками, що ще більше погіршує психічний стан дитини. Ожиріння – це захворювання, яке не можна ігнорувати, а необхідно лікувати. Наукові дослідження доводять, що дитяче ожиріння є причиною багатьох захворювань, у тому числі й стоматологічних. Зв'язок між ожирінням та ураженням твердих тканин зуба і пародонту підтверджено низкою наукових робіт, результати яких ми розглянемо нижче.

Мета роботи. Проаналізувати та узагальнити літературні відомості щодо змін у ротовій порожнині дітей та підлітків при надлишковій вазі та ожирінні. Виявити взаємозв'язок між зайвою вагою та показниками стоматологічного здоров'я.

У результаті аналізу численних наукових робіт на тему впливу ожиріння та зайвої ваги на стан органів порожнини рота у дитячому віці було виявлено пряму закономірність між ожирінням і надлишковою вагою та виникненням стоматологічних захворювань. Звісно ж, в основі виникнення, як ожиріння так і карієсу, лежить, передусім, неправильне харчування. Встановлено, що більшість підлітків з зайвою вагою, які полюбляють солодкі газовані напої, бургери, піцу та булочки мають високий рівень інтенсивності каріозного процесу. На фоні ожиріння зміни в організмі дитини відбуваються, як на біохімічному, так і на молекулярному рівнях: змінюються якісні властивості слини,

утворюється зубний камінь, пошкоджуються структурні елементи тканин органів ротової порожнини, що веде до виникнення захворювань пародонту. Доведено, що гінгівіти легкого ступеня тяжкості у дітей з надмірною вагою та ожирінням з віком досить часто переходять у більш тяжкі форми та, навіть, пародонтит. Клінічні спостереження показують, що підлітки, які страждають на ожиріння також мають остеопороз, ступінь тяжкості якого залежить від кількості надлишкової жирової тканини.

Отже, на сьогодні, ожиріння та надлишкова вага у дітей та підлітків є розповсюдженою проблемою, яка тягне за собою велику кількість ускладнень та негативно впливає на стан органів ротової порожнини. Саме ожиріння та надлишкова вага може стати однією з причин виникнення у дітей каріозного процесу та захворювань пародонту. Виходячи з цього, ожиріння та надлишкова вага, як і будь-яка інша хвороба, потребує особливої уваги, як зі сторони батьків, так і зі сторони лікарів (педіатрів, ендокринологів, лікарів-стоматологів дитячих).

## ОДОНТОГЕННА ПІДШКІРНА ГРАНУЛЬОМА ОБЛИЧЧЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Костюченко А., Кубряк М., Полякова М., Цюпа А.*

Науковий керівник: доцент Коломієць С.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Всі казуїстичні випадки, які спостерігаються під час амбулаторного стоматологічного прийому представляють собою цікаву тему для спостереження. Проблема складається в тому, що при проведенні диференційної діагностики, виявленні причини проявлення симптомів хвороби, виникає необхідність залучати фахівців різних спеціальностей. До таких захворювань відноситься одонтогенна підшкірна гранульома обличчя. Це рідкісна форма грануляційного запалення, яка відрізняється від звичайної гранульоми зуба своєю локалізацією та клінічними проявами.

Клінічний випадок. На клінічну базу кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів звернувся пацієнт Н., 56 років зі скаргами на наявність жмуга волосся в роті. При обстеженні пацієнта було визначено, що на шкірі лівої щоки наявний дефект у вигляді воронкоподібного втягнення, діаметром до 1 см, виповненого пучком волосся, що заповнює весь об'єм дефекту. Шкіра навколо дефекту в

кольорі не змінена, еластична, пальпація безболісна, наявна незначна спаяність шкіри в ділянці дефекту та прилеглими тканинами. Регіонарні підщелепні лімфатичні вузли до 0,3 мм в діаметрі, еластичні, рухливі, безболісні, не спаяні з оточуючими тканинами.

У порожнині рота спостерігається кінцевий дефект зубного ряду на нижній щелепі зліва від 35 зуба.

У лунці відсутнього 36 зуба розташований жмут волосся, який заповнює лунку і виступає над рівнем ясен на 1 см. Слизова оболонка блідо-рожевого кольору, пальпація в ділянці жмута волосся безболісна, від лунки видаленого зуба до щоки пальпується щільний, рухомий тяж. При посмикуванні за жмут волосся, відбувається збільшення ділянки втягіння на шкірі вздовж тяжа, який їх поєднує.

Попередній діагноз: одонтогенна підшкірна гранульома обличчя, хронічний гранулюючий періодонтит зуба 36. Проведено диференційну діагностику з такими захворюваннями, як актиномікоз, хронічний одонтогенний остеомієліт, бічна нориця шиї, поверхневий лімфаденіт, атерома щічної ділянки.

Профілактика даного захворювання полягає у своєчасному лікуванні каріозних уражень зубів і їх ускладнень.

Висновок. Клінічний випадок, описаний вище, схожий на щось фантастичне, нереальне та дивне. Пацієнту після ретельного обстеження був встановлений діагноз: одонтогенна підшкірна гранульома обличчя, хронічний гранулюючий періодонтит зуба 36. Хворий був направлений в щелепно-лицевий стаціонар, де отримав відповідне лікування, яке виявилось успішним.

## ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕЛЮ PERIO-AIDS<sup>®</sup> PROTECT ПРИ ЛІКУВАННІ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СОПР ДЛЯ ПРИСКОРЕННЯ ЗАЖИВЛЕННЯ

*Лісовенко П., Рибка А.*

Науковий керівник: асистент Хавалкіна Л.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Слизова оболонка порожнини рота (СОПР) постійно контактує із зовнішнім і внутрішнім середовищами, підлягає дії різноманітних механічних, термічних, хімічних та фізичних чинників. Якщо подразники невеликі по силі дії та не перевищують поріг подразнення,

то СОПР не змінюється. При більш сильній їх дії можуть виникати патологічні зміни слизової оболонки (СО).

Знання етіології, механізмів розвитку та клінічних проявів травм СОПР буде сприяти підвищенню якості діагностики, лікування та профілактики травматичних стоматитів.

Мета: дослідити дію гелю Perio-Aids<sup>R</sup> Protect на уражену СО травматичними чинниками та після хірургічних втручань (видалення папілом, фібром тощо) для прискорення термінів загоювання.

За результатами дослідження, групу первинних стоматитів склали травматичні стоматити (механічна, хімічна, електрична, термічна травма). Окремо виділений гальваноз. До первинних стоматитів також належать аутоінфекційні, виразково-некротичні. У цій групі було 18 осіб. Найчастіше пацієнти зверталися з механічною травмою – 11 (61,1%).

Травматичні чинники поділяють на: механічні (гострі, хронічні); хімічні (дія луг та кислот); термічні (вплив високих та низьких температур), електричні, променеві (при терапії новоутворень щелепно-лицевої ділянки).

Обстеження таких пацієнтів не утруднене внаслідок виявлення етіологічних факторів, що викликали захворювання.

Алгоритм лікування охоплює усунення травмуючого фактора, знеболювання, антисептичну обробку; при легких ураженнях – використання кератопластичних препаратів, при більш глибоких – протизапальних гелів і мазей. Для профілактики вторинного інфікування елементів ураження застосовують ротові ванночки з антимікробними засобами.

Враховуючи властивості перелічених препаратів, ми використовували гель для лікування різних видів травм із вмістом хлоргексидину (0.20%), гіалуронової кислоти та пантенолу. Це гель для порожнини рота з антисептичними властивостями, допомагає у відновленні та регенерації тканин ротової порожнини, рекомендується після пародонтального та хірургічного лікування, який завдяки своїй біоприроді сприяє відновленню м'яких тканин ротової порожнини застосовуючи його аплікаційним методом по 20 хвилин 2-3 рази на день. Алергічних та інших патологічних змін не виявлено.

## АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЦИФРОВИХ КОМПОНЕНТІВ

*Мельник В.*

Науковий керівник: асистент Дубина В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Цифровізація активно впроваджується у всі сфери життя сучасної людини. Цифрова трансформація освітнього процесу стала можлива завдяки впровадженню зокрема таких технологій, як Інтернет, дистанційний контроль, штучний інтелект, розумні переносні пристрої. Ці технології дозволяють здійснювати обмін та зберігання даних, сприяють віддаленому збору результатів, їх аналізу. Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів вже не перший рік проваджує у свою роботу елементи цифровізації під час проведення навчання лікарів-інтернів.

Мета дослідження. Отримання підтримуючого та спрямовуючого зворотного зв'язку від використання впроваджених елементів цифровізації під час проходження очної частини навчання на післядипломному етапі освіти.

Серед лікарів-інтернів було проведено опитування, чи зручно їм користуватися цифровими розробками кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів, а саме розробленою та створеною кафедрою післядипломної освіти лікарів-стоматологів освітньою платформою.

В особистому кабінеті освітньої платформи лікарі-інтерни проходили підготовку до ліцензійного іспиту «Крок 3. Стоматологія», а з вересня 2024 року тестується перенесення у цифрове середовище щоденника лікаря-інтерна та карти практичних навичок; також використовували створені викладачами кафедри інші види тестування, які не пов'язані з підготовкою до ліцензійного іспиту «Крок 3». Лікарі-інтерни постійно користувалися даною освітньою платформою в аудиторний та поза аудиторний час. Така робота дала можливість працювати у режимі, який мінімізував системні бар'єри, наприклад, часові обмеження та зручніше, ніж паперовий варіант ведення даного виду роботи. На думку більшості інтернів, розроблена платформа навчання оптимізує освітній процес (особливо карта практичних навичок) та більш готує до самостійної праці, де цифрові навички лікарів потрібні так само як, і професійні.

Висновки. Аналізуючи отримані дані від лікарів-інтернів доведено, що вони дуже позитивно сприймають цифрову освіту, особливо використання у своїй роботі зручних мобільних інструментів та елементів

навчання, що розроблені на кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів. Також отримані на очній частині цифрові професійні навички необхідні при проходженні інтернатури на базах стажування.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЛЕПТОТРИХОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Ордюнова С., Яцеленко К.*

Науковий керівник: асистент Тимошенко Ю.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ротова порожнина являє собою біологічну систему, де в динамічній рівновазі існує різноманітна мікрофлора. У здоровому організмі вона служить біологічним бар'єром, що перешкоджає розмноження патогенних мікроорганізмів. Однак, при порушенні гомеостазу за рахунок зовнішніх та внутрішніх факторів, виникає зміна балансу, складу і властивості мікробіоти, що приводить до патологічних змін в порожнині рота. Серед флори ротової порожнини грибового походження найвищу патогенність має *Candida albicans*, що спричиняє до 82% від загальної патології кандидозу порожнини рота. У соматологічній практиці зустрічаються випадки захворювання, які мають схожість скарг, виражену клінічну картину кандидозу (СОПР), але не є кандидозними ураженнями. Таким проявам характеризується лептотрихоз СОПР. *Leptothrix buccalis* – цей мікроорганізм є мікобактерією й у нормі є сапрофітом у ротовій порожнині. Але за умови порушення балансу, може спричиняти розвиток захворювання.

Метою нашої роботи було висвітлення тактики лікаря-стоматолога в діагностиці та лікування клінічного випадку захворювання.

До обласного науково-практичного центру захворювань СОПР звернулась пацієнтка 1995 року народження. Її турбувало відчуття печії після приймання їжі, білий наліт на язиці, сухість порожнини рота. З анамнезу життя – має перенесену пневмонію місяць тому. Після консультації сімейного лікаря та гастроентеролога мала обстеження: ФГДС – без патологічних змін (*Helicobacter pylori* не виявлено); цукор крові – 4,5 ммоль/л, бактеріологічне дослідження на кандидоз – *Candida spp* – не виявлено (до  $10^4$  КУО/мл); у загальному аналізі крові – збільшення кількості тромбоцитів (PLT – 366 109/л), лімфоцитів до 47%, незначне зниження гемоглобіну (HGB-119 г/л), решта показників крові в нормі. При об'єктивному дослідженні виявлені: зроговілий

епітелій ниткоподібних сосочків язика, що мають вигляд наростів сіро-жовтого кольору, якій щільно прилягає до тканини та важко знімається. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Для уточнення діагнозу було прийнято рішення про необхідність додаткового обстеження – мікроскопія зішкребу з язика. За результатами якого отримані дані: флора коко-бацилярна значна, лейкоцити поодинокі 0-1 в полі зору, є бактерії *Leptothrix*. Встановлений діагноз – лептотрихоз слизової оболонки порожнини рота, гіперпластична форма, легкий ступінь тяжкості. Після проведеного лікування, яке включало професійну гігієну порожнини рота, антигістамінні препарати, антибактеріальну та фунгіцидну терапію у пацієнтки наступила ремісія.

Отже, однакові клінічні прояви захворювання можуть бути спричинені різними етіологічними чинниками, але диференційна та лабораторна діагностика дає змогу призначення патогенетичного лікування, яке приводить до одужання та має профілактичне значення для подальшого прогнозу захворювання.

## ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Палієнко В., Пряхіна А.*

Наукові керівники: доцент Труфанова В., доктор філософії Бауман С.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

**Актуальність.** У дитячій стоматології гостре запалення розглядається як ургентний стан. Воно супроводжується болем, підняттям температури тіла, набряком та почервонінням певної щелепно-лицьової ділянки і, як наслідок, викликає тривогу та занепокоєння батьків. Ускладнений карієс посідає провідне місце серед причин гострих запальних процесів в щелепно-лицьовій ділянці. При залученні в запальний процес регіонарних лімфовузлів та м'яких тканин дитина потребує негайної допомоги в умовах стаціонару та призначення антибіотикотерапії.

**Мета.** Проаналізувати причини, які сприяють виникненню гострих запальних процесів ЦДЛ у дітей та ознайомити з алгоритмом надання невідкладної допомоги при гострих запальних процесах.

**Матеріали і методи.** Аналіз клінічного випадку гострого гнійного під нижньощелепного лімфоаденіту.

Так, 29 серпня 2023 року до нас направили батьків з дитиною 7 років зі скаргами на наявність нориці з гнійним виділенням в підщелепній

ділянці. Із анамнезу з'ясовано, що у березні лікували 36, 46 з приводу гострого глибокого карієсу.

У червні встановлено діагноз: хронічний фіброзний пульпіт 46. З подальшим тимчасовим пломбуванням кореневих каналів кальційумісними препаратами.

У серпні госпіталізована до стаціонарного відділення з діагнозом гострий гнійний під нижньощелепний лімфаденіт зліва. Проведено розтин абсцесу, отримано гнійний ексудат, рана промита і дренована з подальшим лікуванням за протоколом ведення гнійної рани. Рана загоїлась вторинним натягом, 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.

Після ендодонтичного лікування скарги відсутні, нориця закрилась.

Висновки. Аналізуючи клінічний випадок ми припустили, що в процесі лікування було допущено такі помилки: неправильно встановлений діагноз, не проведено рентген-діагностику, неправильно вибраний метод лікування.

Нажаль, батьки досить часто не розуміють необхідності санації порожнини рота у дітей, що в подальшому нерідко призводить до тяжких наслідків. Невилікуваний хронічний періодонтит часто стає джерелом хронічної інтоксикації дитячого організму, підтримує або викликає запальні процеси в інших органах і системах – ендокардити, ревматичні артрити, нефрити, тонзиліти тощо.

## ВЕРУКОЗНА ЛЕЙКОПЛАКІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЇЇ МАЛІГНІЗАЦІЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Панкратьєва В., Скачкова С.*

Науковий керівник: професор Скрипнікова Т.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Згідно з даними онкологічних досліджень при захворюваннях раком органів та тканин порожнини рота в 40-90% випадків їм передують передракові захворювання. Під впливом

різноманітних етіологічних факторів найбільшою частотою трансформації піддається ерозивна та верукозна лейкоплакія.

Мета дослідження. На прикладі розгляду клінічного випадку верукозної лейкоплакії з трансформацією в саркома, оцінити клінічні її прояви, алгоритм обстеження та особливості направлення на лікування.

Методи дослідження: проведення клінічних та лабораторних методів обстеження.

Пацієнтка 59 років звернулась 13.03.2025 р., зі скаргами на появу безболісного утворення на слизовій оболонці бокової поверхні язика праворуч. Перші прояви захворювання, зміну кольору, помітила близько 2-х років тому. Перенесенні та супутні захворювання: гіпертонічна хвороба 1-2 ступеню та захворювання шлунково-кишкового тракту.

Дані об'єктивного обстеження: шкіра обличчя природного кольору. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. При огляді порожнини рота виявлено: язик рухається вільно, на слизовій оболонці задньої третини бічної поверхні язика праворуч наявний пухлинний інфільтрат, поверхня якого розділена по кольору на дві рівні частини. Одна частина білувата, мутна, складається із бляшок верукозної лейкоплакії. Друга частина синюшного кольору, з різко вираженою судинною сіткою. Розмір близько 2,0×1,5 см, без порушення цілісності слизової. Пухлина при пальпації безболісна, еластична. Попередній діагноз: Са язика правої бічної поверхні язика, середня третина. З метою уточнення діагнозу проведено біопсію з пухлинного утворення бічної поверхні язика праворуч для патогістологічного дослідження.

У висновку біопсії знайдено комплекси плоскоклітинної карциноми з ороговінням (G1).

Остаточний діагноз: карцинома бічної поверхні язика праворуч. Призначення від 19.03.25: пацієнтка була направлена на спеціалізоване лікування в онкологічне відділення.

Висновок. Таким чином, на амбулаторному стоматологічному прийомі пацієнтів важливе значення має ретельне дотримання алгоритму обстеження з урахуванням різної анатомії органів і тканин порожнини рота.

Пацієнтам рекомендується проходити профілактичні огляди 1-2 рази на рік залежно від наявних захворювань зубів, пародонту, слизової оболонки порожнини рота.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО РАНЬОГО ДИТЯЧОГО КАРІЕСУ СЕРЕД ВАГІТНИХ ЖІНОК У ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЦЕНТРАХ

*Тертишина І., Шрамко Д., Фабрикова А., Федорчук О., Федосов В.*

Науковий керівник: асистент Мосієнко А.

Кафедра дитячої стоматології

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ранній дитячий карієс (РДК) є поширеним захворюванням, що вражає більше 50% дитячого населення у всьому світі. Його розвиток тісно пов'язаний із соціально-економічними умовами, харчовими звичками та рівнем обізнаності батьків. Несвочасне виявлення та лікування РДК може призвести до ускладнень, таких як біль, інфекції та порушення розвитку постійних зубів. Підвищення знань а саме – ефективності батьків є ключовим чинником у профілактиці РДК та формуванні здорової поведінки дітей щодо гігієни порожнини рота. Зниження поширеності РДК потребує міждисциплінарного підходу та активної участі як медичних працівників, так і батьків.

Метою дослідження було підвищити рівень обізнаності майбутніх матерів щодо профілактики РДК та оцінити ефективність профілактичних бесід.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 52 вагітні жінки, зареєстровані у перинатальному центрі КП “Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради”. Для оцінки рівня обізнаності щодо профілактики раннього дитячого карієсу проводилося анкетування до та через місяць після просвітницької роботи. Жінки відвідували профілактичні лекції-бесіди, які тривали 40 хвилин та отримували пам'ятки з основами профілактики РДК. Дані аналізували для визначення змін у рівні знань після втручання.

Результати та їх обговорення. Для підвищення ефективності засвоєння інформації було розроблено коротку лекцію тривалістю 20 хв, профілактичну пам'ятку з тезисно викладеним матеріалом та проведено бесіду у форматі обговорення (20 хвилин).

Також була створена анкета-опитувальник, що включала дані про вік вагітної, рівень освіти та запитання для оцінки знань щодо профілактики раннього дитячого карієсу. Анкетування проводилось двічі – до початку просвітницької роботи та через один місяць після її проведення. Середній вік вагітних склав  $27,58 \pm 0,8$  роки, вищу освіту мали – 33 жінки, середню – 13, професійно-технічну – 5. Кількість правильних відповідей до профілактичної бесіди – 64, через місяць після лекції – 250, що говорить

про високу ефективність профілактичної роботи, яка склала 334,61%.

Отримані результати дозволили оцінити динаміку змін у рівні обізнаності учасниць щодо основних принципів профілактики РДК.

Висновки. Проведене дослідження засвідчило високу ефективність освітніх заходів, спрямованих на підвищення рівня обізнаності вагітних жінок щодо профілактики раннього дитячого карієсу. Включення до програми перинатального супроводу коротких лекцій, бесід та розповсюдження інформаційних матеріалів сприяє кращому засвоєнню профілактичних знань і формуванню відповідального ставлення до стоматологічного здоров'я дитини з перших днів життя.

## ВПЛИВ КОФЕРДАМУ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ

*Флоріка-Пономаренко І.*

Науковий керівник: доцент Бережна О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

На сьогоднішній день застосування кофердаму у повсякденній роботі лікаря-стоматолога є невід'ємною складовою успішної практики. Кофердам (латексна завіса, рабердам) – це спеціальне еластичне полотно, яке встановлюють для ізоляції робочої зони (зубів, з яким працює лікар) від порожнини рота. Ізоляція робочого поля із застосуванням кофердаму забезпечує сухість та гарну візуалізацію робочого поля, швидкість, зручність, відсутність контакту з слизовою оболонкою порожнини рота, захист дихальних шляхів пацієнта та зменшення стресу у дитини, що є важливим аспектом в дитячій стоматології.

Метою даного дослідження стала оцінка різних методик накладання кофердаму (спліт-дам, без підв'язування, з частковим підв'язуванням, повне підв'язування, псевдоспліт), ізоляції робочого поля відносно зубного ряду (посегментна, подвійна посегментна, пощелепна, повна ізоляція) та її вплив на успіх лікування зубів у дітей.

До дослідження було включено 30 дітей молодшого шкільного віку від 6 до 10 років із різними видами карієсу та його ускладнень. Під час лікування найчастіше використовували метод посегментної ізоляції зубів технікою спліт-дам. Не вдалося провести ізоляцію зубів лише у однієї дитини за рахунок наявності у неї підвищеного блювотного рефлексу. За результатами спостережень доведено, що застосування кофердаму скорочує затрачений час на проведення лікування майже на

25% і підвищує успішність лікування за рахунок дотримання сухості робочого поля та всіх умов для відновлення зуба. Метод накладання кофердаму та спосіб ізоляції зубів, на нашу думку, тут відіграє другорядну роль – лікар використовує той метод, яким він краще володіє і який може використати в кожній конкретній ситуації у дитини.

У наказі МОЗ України від 14.03.2024 р. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Карієс тимчасових зубів» говориться про те, що «...Лікування карієсу тимчасових зубів із використанням композиційних пломбувальних матеріалів бажано проводити із застосуванням кофердама».

Отже, в сучасній дитячій стоматології використання кофердама – це не просто рекомендація, а стандарт, якого дотримуються всі європейські клініки. Це надійний спосіб захисту, який гарантує якісне лікування та комфорт для пацієнта (дитини), адже це є нашою основною задачею.

## РЕАЛІЗАЦІЯ ЦИФРОВОГО ПРОТОКОЛУ ПРИ ТОТАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТА З ПОВНОЮ ВТОРИННОЮ АДЕНТІСІЮ ВЕРХНЬОЇ ШЕЛЕПИ

*Чех Ю.*

Науковий керівник: доцент Смаглюк В.

Полтавський державний медичний університет

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Цифрові технології стрімко трансформують підходи до імплантаційного лікування, особливо при тотальній реабілітації. Використання цифрового протоколу дозволяє досягти високої точності, прогнозованості та скорочення термінів лікування. Це особливо важливо у випадках повної адентії верхньої щелепи, де точність позиціонування імплантатів та пасивність конструкції мають критичне значення. Застосування цифрових технологій скорочує час виготовлення тимчасових і постійних ортопедичних конструкцій і скорочує термін адаптації до протезів.

Мета дослідження – цінити ефективність цифрового протоколу при проведенні тотальної імплантаційної реабілітації верхньої щелепи з точки зору клінічної точності, зручності для пацієнта та якості кінцевої ортопедичної конструкції.

Застосовано цифровий протокол, що включав: конусно-променеву томографію (КПКТ). В даному клінічному випадку для планування імплантації ми отримували цифрові відбитки щелеп за допомогою

інтраорального сканера «Medit I500». Для цього проведено інтраоральне сканування верхньої щелепи пацієнта згідно протоколу виробника.

Планування положення імплантантів та розробка хірургічного навігаційного шаблону проводилась в програмі «RealGuide». Шаблон надрукований на 3D принтері Phrozen Sonic mini 8k використовуючи смолу «Graphy Tera Harz SG-100».

Імплантати було встановлено за допомогою навігаційного набору «JD Guided Surgery Kit», після цього проводилося цифрове проектування та виготовлення ортопедичної конструкції.

Пацієнту Р. було проведено встановлення 6 імплантів на верхній щелепі по повному цифровому протоколу. Одночасно встановлено мультіюніт-абатменти та зняття відбитків в день операції для виготовлення тимчасової конструкції. Через три дні зафіксовано тимчасову конструкцію на верхній щелепі на імплантатах.

Реалізація цифрового протоколу в тотальній імплантаційній реабілітації верхньої щелепи дозволяє значно покращити якість лікування, підвищити його ефективність та комфортність для пацієнта. Цифровий підхід забезпечує високу точність імплантації та прогнозований ортопедичний результат, що робить його оптимальним варіантом при повній адентії. Цифровий протокол у тотальній реабілітації верхньої щелепи демонструє високі клінічні результати, забезпечуючи точність хірургічних втручань, передбачуваність. Такий підхід відкриває нові можливості в оптимізації лікувального процесу і повинен стати стандартом сучасної імплантологічної практики.

## ПАРЕСТЕЗІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

*Швед С.*

Науковий керівник: професор Скрипников П.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

Захворювання слизової оболонки порожнини рота у 80-85% випадків є проявом симптомів та синдромів загальносоматичної патології. Водночас, багато з них мають схожі симптоми при різних захворюваннях. Клінічні прояви залежать від віку, статі, спадковості, локалізації патологічного процесу, перенесеної та супутньої патології, шкідливих звичок. Візуалізація цієї доступної зони, в ряді випадків, приносить хворому негативні реакції, необхідність звернення до

стоматолога. Обстеження пацієнта, попередній діагноз спонукають стоматолога направляти пацієнтів до відповідних спеціалістів.

За мету поставлено виявити симптоми захворювання, оцінити їх, провести додаткові методи обстеження, встановити попередній діагноз, спланувати лікування.

У КП «Полтавський обласний центр стоматології – стоматологічна клінічна поліклініка» Полтавської міської ради звернулася хвора Т., 77 років, зі скаргами на дискомфорт в порожнині рота та печіння слизової оболонки незалежно від періоду доби, приймання їжі. Іноді після їди відчувається металічний присмак у роті. Давність захворювання близько 10 місяців. Раніше зверталася до лікаря-стоматолога. Лікування було неефективне. З анамнезу життя відомо, що пацієнтка має патологію шлунково-кишкового тракту та гіпертонічну хворобу II ст.

При огляді: зовнішні шкірні покриви відповідають віку. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Висота нижньої третини обличчя зменшена за рахунок відсутності зубів. Відкривання рота вільне.

13 зубів вкриті металевими коронками 3 роки тому. Гігієнічний індекс – незадовільний. Ясеневий край синюшний, набряклий, кровоточить при доторкуванні, зубоясеневі кишені глибиною до 3 мм.

Червона облямівка губ суха. Слизова оболонка порожнини рота волога, патологічних змін немає. Рухи язика вільні. У передній третині язика ниткоподібні сосочки десквамовані. У кореня язика визначається незначна кількість сірувато-білого нальоту, що щільно прилягає до слизової оболонки.

Проведено додаткове обстеження для диференційної діагностики. Визначені гальванічні струми – гальваноз відсутній.

У зішкребу з язика наявна коккобацілярна флора, плоский епітелій без змін.

На основі проведеного клінічного обстеження та результатів додаткових методів встановлений діагноз: парестезія слизової оболонки порожнини рота.

Хворій рекомендована консультація гастроентеролога та кардіолога. Надані рекомендації по індивідуальній гігієні порожнини рота.

## НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

*Швед С.*

Науковий керівник: доцент Гуржій О.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Полтавський державний медичний університет

У фахових наукових джерелах є досить мало інформації про надання амбулаторної стоматологічної допомоги в умовах воєнного стану. Особливої актуальності набуває питання надання стоматологічної допомоги дітям, її забезпечення та спроможності у воєнний час.

Мета дослідження – провести аналіз надання хірургічної допомоги на амбулаторному стоматологічному прийомі дітям сімей внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в умовах воєнного стану та розробити рекомендації щодо покращення надання стоматологічної допомоги.

Нами проведений аналіз надання хірургічної стоматологічної допомоги дітям сімей ВПО, батьки яких звертались по стоматологічну допомогу на клінічну базу кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів в умовах воєнного стану.

Всього з березня 2022 року по грудень 2024 року на клінічну базу кафедри звернулося та було проліковано 2320 дітей, серед яких на терапевтичному прийомі – 1200 (52%) дітей, на хірургічному – 720 (31%) дітей і на ортодонтичному – 400 (17%) дітей. Вік дітей від 1 до 18 років. Серед 720 дітей, батьки яких звернулися по хірургічну стоматологічну допомогу, 500 дітей були з міста Полтави та Полтавської області та 220 дітей були ВПО з Харківської, Херсонської, Сумської, Донецької та Луганської областей. Більшість пацієнтів на хірургічному прийомі була у віковій групі 4-13 років (65%). Ургентна допомога надана у 23% випадків, планова – 77%.

Найчастіше пацієнти зверталися з приводу видалення зубів, як тимчасових, так і постійних. Видалення тимчасових зубів проведено 55 дітям, що відповідає (17%), постійних 72 (22%), надкомплектних 50 (16%). Френулопластика проведена 123 дітям (38%); оголення коронки ретенуваного зуба у 5 випадках (2%); видалення кіст щелеп (цистотомія, цистектомія) – 10 (3%); видалення пухлин м'яких тканин та щелеп – 5 дітям (2%). Серед проведених хірургічних втручань під загальним знеболенням проведено лікування у 70%, під місцевою анестезією – 30%.

Досвід надання хірургічної стоматологічної допомоги дітям сімей ВПО в умовах воєнного стану висвітлив деякі особливості в роботі та надав можливість підвищити ефективність надання послуг на амбулаторному

хірургічному прийомі шляхом впровадження алгоритму роботи лікаря-стоматолога-хірурга. Міждисциплінарний підхід до забезпечення загального здоров'я дітей із залученням лікарів-стоматологів є надзвичайно актуальним та важливим.

## КАРЦИНОМА ЯЗИКА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

*Шкварок Д.*

Науковий керівник: асистент Мельник В.

Полтавський державний медичний університет

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Актуальність Згідно статистичних даних в Україні у 2021 році рак ротової порожнини у занедбаних стадіях захворювання виявлено у 60,6% випадків, у I і II стадії – у 28,9% випадків. На профілактичних оглядах виявлено лише 14,3% хворих. Ці дані підкреслюють важливість ранньої діагностики для своєчасного виявлення раку ротової порожнини, що може суттєво покращити прогноз для пацієнтів, особливо під час воєнного стану.

Мета. Вміти провести обстеження хворого для встановлення діагнозу карциноми язика використовуючи клінічні та додаткові методи обстеження.

Клінічний випадок. Пацієнтка Г. 1949 р.н. звернулася на первинний хірургічний прийом в КП «Полтавський обласний центр стоматології - стоматологічна клінічна поліклініка» зі скаргою на утворення на язиці, що з'явилося більше 6 місяців тому. Об'єктивно: Стан пацієнтки задовільний, л/в не збільшені. На питання відповідає активно. Зуби інтактні, патологічно стерті, мають гострі краї. При огляді слизової оболонки порожнини рота відмічається ріст пухлини на широкій ніжці з лівої бічної поверхні язика з папіломатозними наростами і білісоватим забарвленням нижньої поверхні, розмірами 2 x 2,5 см, екзофітним ростом, без зміни кольору навколишньої слизової оболонки порожнини рота. Попередній діагноз: папіломатозна пухлина лівої поверхні язика з явищами лейкоплакії. Підозра на карциному. Для остаточної діагностики застосовували цитологічне дослідження, біопсію з гістологічним аналізом. Були дані рекомендації клінічного та рентгенологічного обстеження органів грудної клітини та органів черевної порожнини (УЗД) у сімейного лікаря. Електронне направлення до онколога.

Отримали результати цитологічного дослідження клітини плоскоклітинного раку. Результати патогістологічного дослідження –

фрагмент плоскоклітинної карциноми (G1). Поставили остаточний діагноз: карцинома слизової оболонки лівої бічної поверхні язика T3N0M0, клінічна група 2a. По системі TNM для раку язика: T3 – пухлина > 4 см або значне ураження глибоких шарів, N0 – немає метастазів у лімфовузлах, M0 – немає віддалених метастазів. Клінічна група 2a – це стадія локалізованого процесу, коли пухлина ще не поширилася на лімфовузли або інші органи. Хвора направлена в онкологічний диспансер на профільне лікування: хіміотерапія, локальна зовнішня променева терапія. Прогноз: зменшення пухлини для проведення подальшого хірургічного втручання.

Висновок. Під час первинного стоматологічного амбулаторного прийому лікарю-стоматологу вдалося виявити та діагностувати злоякісну пухлину порожнини рота та направити пацієнтку в обласний онкодиспансер для подальшого профільного лікування.

## ЗМІСТ

### СЕКЦІЯ КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

|   |                                                                                                                                                                                                                                  |    |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ В НОРМАЛІЗАЦІЇ РІВНІВ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ЦЕРВІКАЛЬНОМУ СЛИЗІ ЖІНОК, ЩО ПЛАНУЮТЬ ВАГІТНІСТЬ<br><i>Баранович В., Цепкало І., Сенчук Л.</i> .....        | 3  |
| 2 | ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ<br><i>Батрак Є.</i> .....                                                                                              | 4  |
| 3 | ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ ЗІ СТЕМІ БРИГАДАМИ КП «ПОЛТАВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ»<br><i>Білозерцева Д., Гавриць Я., Івахненко С., Олешко Ю., Стеценко О., Мамай С.</i> ..... | 6  |
| 4 | РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ<br><i>Бобрицька П., Бондаренко Ю., Головашич Н., Місяк А., Соколовська Н.</i> .....                                                              | 7  |
| 5 | ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛИ PANSS У ХВОРИХ ІЗ ШИЗОТИПОВИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ<br><i>Борисенко М., Черкасова Д.</i> .....                                                                                                          | 8  |
| 6 | ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ LADA-ДІАБЕТУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)<br><i>Буньо А.</i> .....                                                                                                                                                | 9  |
| 7 | ДІАГНОСТИКА ПРИХОВАНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)<br><i>Вагиль С.</i> .....                                                                                                                             | 11 |
| 8 | ОЦІНКА ТА АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ: ПОРІВНЯННЯ ПЛАЗМОЛІФТИНГУ ТА ХІРУРГІЧНОГО ВИСІЧЕННЯ<br><i>Ващенко О.</i> .....                                                                                         | 13 |

|    |                                                                                                                                                   |    |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 9  | РОЗАЦЕА: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ З<br>ВРАХУВАННЯМ ЕТИОПАТОГЕНЕЗУ                                                                             |    |
|    | <i>Ващенко В.....</i>                                                                                                                             | 14 |
| 10 | ДОСЛІДЖЕННЯ ФЗД У ХВОРИХ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ<br>ПАТОЛОГІЄЮ НА БАЗІ НАВЧАЛЬНО-ПРАКТИЧНОГО<br>ПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ                                  |    |
|    | <i>Висотенко І., Джугань Є., Квашиук А., Киричко К., Осипенко<br/>Т.Р., Пляс В.....</i>                                                           | 15 |
| 11 | ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ НА ГІПЕРТОНІЧНУ<br>ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ ІЗ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ                                                    |    |
|    | <i>Вознюк Г., Донець О., Чепуль О., Дерюга А., Ростовецький М....</i>                                                                             | 17 |
| 12 | ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК ІНСТРУМЕНТ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ<br>РЕНТГЕНОГРАМ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ                                                               |    |
|    | <i>Волков І.....</i>                                                                                                                              | 18 |
| 13 | ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ                                                                                                          |    |
|    | <i>Гакк К., Завалко І.....</i>                                                                                                                    | 19 |
| 14 | ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗЧИНІВ ПРОПОФОЛУ<br>ТА ТІОПЕНТАЛУ НАТРІЯ ДЛЯ ІНДУКЦІЇ В АНЕСТЕЗІЮ                                                    |    |
|    | <i>Галушко М. ....</i>                                                                                                                            | 20 |
| 15 | ОСОБЛИВОСТІ ОСТІОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ ПРИ<br>ХРОНІЧНОМУ РИНОСИНУСИТІ БЕЗ НАЗАЛЬНИХ ПОЛІПІВ                                                       |    |
|    | <i>Гасюк Д.....</i>                                                                                                                               | 22 |
| 16 | ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІДОБРАЖЕННЯ<br>КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ У<br>СПОНТАННІЙ ТВОРЧОСТІ (НА ПРИКЛАДІ АНАЛІЗУ<br>МАЛЮНКІВ ХВОРИХ)     |    |
|    | <i>Гаургова М., Куц В.....</i>                                                                                                                    | 23 |
| 17 | МОНС ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ БАЗАЛЬНОКЛІТИННОЇ<br>КАРЦИНОМИ ШКІРИ ЗОНИ ВИСОКОГО РИЗИКУ<br>РЕЦИДИВУ                                                   |    |
|    | <i>Гітя В.....</i>                                                                                                                                | 24 |
| 18 | МІКРОГОЛКОВИЙ RF-ЛІФТИНГ У ЛІКУВАННІ АКНЕ,<br>ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ                                                                          |    |
|    | <i>Головко Ю.....</i>                                                                                                                             | 25 |
| 19 | АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОНАРТРОЗУ<br>ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОРИГУЮЧОЇ ОСТЕОТОМІЇ<br>ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ТА АРТРОСКОПІЇ<br>КОЛІННОГО СУГЛОБУ |    |
|    | <i>Головань С., Будаков М., Міщенко К.....</i>                                                                                                    | 27 |

|    |                                                                                                                                                             |    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 20 | ВИКОРИСТАННЯ ПОЛАНТИБІОТИКОВІСНИХ МАЗЕЙ<br>У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ДОВГОНЕЗАЖИВАЮЧИХ<br>РАН                                                                   |    |
|    | <i>Голуб Л.</i> .....                                                                                                                                       | 28 |
| 21 | ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВІДКРИТОГО<br>(ЛАПАРОТОМНОГО) ТА ЛАПАРОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ<br>ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ<br>ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ |    |
|    | <i>Голуб Л.</i> .....                                                                                                                                       | 30 |
| 22 | КІБЕРБУЛІНГ ЯК ФЕНОМЕНУ ВПЛИВУ НА ПСИХІЧНЕ<br>ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ                                                                                          |    |
|    | <i>Голуб І.</i> .....                                                                                                                                       | 31 |
| 23 | МОЖЛИВОСТІ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ В<br>АВТОМАТИЗОВАНИЙ ДІАГНОСТИЦІ КЕРАТОКОНУСУ                                                                                 |    |
|    | <i>Гонтар А.</i> .....                                                                                                                                      | 34 |
| 24 | ВПЛИВ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО МОНІТОРИНГУ ГЛИБИНИ<br>АНЕСТЕЗІЇ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНЕ ВІДНОВЛЕННЯ                                                                     |    |
|    | <i>Гонтаренко С.</i> .....                                                                                                                                  | 36 |
| 25 | ХРОНІЧНІ ПОЛІКІСТОЗНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ<br>ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУСА ГРИБКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ                                                                |    |
|    | <i>Гордєйчик В., Решетняк І.</i> .....                                                                                                                      | 37 |
| 26 | ЕНЦЕФАЛІТ ЗМІШАНОЇ ЕТІОЛОГІЇ, СКЛАДНІСТЬ<br>ДІАГНОСТИКИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)                                                                                 |    |
|    | <i>Гритченко Л., Милейко П., Кокота С., Меньшикова В.</i> .....                                                                                             | 40 |
| 27 | РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ<br>ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ЛЕПТОСПІРОЗ У ХАРКІВСЬКІЙ<br>ОБЛАСТІ ЗА 2013-2023 РОКИ                                         |    |
|    | <i>Губарєв А., Монакова О.</i> .....                                                                                                                        | 41 |
| 28 | ОСОБЛИВОСТІ СПРОМЕТРИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ<br>ХВОРИХ З ВИКОРИСТАННЯ ПРОВОКАЦІЙНИХ ТЕСТІВ                                                                         |    |
|    | <i>Гурт Д., Жарікова А., Карпенко О., Помазна М., Скакун С.,<br/>Третьякова Є.</i> .....                                                                    | 42 |
| 29 | ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМІВ, ЩО<br>СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ГІПЕРЕОЗИНОФІЛІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ<br>ВИПАДОК)                                                           |    |
|    | <i>Гула Я.</i> .....                                                                                                                                        | 44 |
| 30 | ЦІЛУНОЧКОВІ ПОРУШЕННЯ РИТМУ У ХВОРИХ З<br>ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ                                                                                    |    |
|    | <i>Давиденко Л., Костенко Л., Різніченко С., Тупало А.,<br/>Шваюк К.</i> .....                                                                              | 46 |

|    |                                                                                                                                                                                   |    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 31 | ОЦІНКА ЯКОСТІ СЛУХУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ<br><i>Дорошук О., Шльокова Т., Лисанець В., Рибалко Д., Шпетна Д.</i>                                                     | 47 |
| 32 | ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ РЕТИНОЇДІВ У ЛІКУВАННІ АКНЕ: ДОЗУВАННЯ ТА РИЗИК РЕЦИДИВУ<br><i>Дрич А., Палій К.</i>                                                          | 48 |
| 33 | КОМБІНОВАНЕ ПОШКОДЖЕННЯ РОТАЦІЙНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА З SLAP ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА ЯК ПРИЧИНА ПОРУШЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТА<br><i>Жидков А., Головка Д., Титаренко М.</i>                | 49 |
| 34 | ВІПРОВАДЖЕННЯ МІНІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПУПКОВИХ ГРИЖ, ПОЄДНАНИХ З ДІАСТАЗОМ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА<br><i>Зімірова К., Ковальчук Ю., Крамаренко Н., Філіпович В.</i>   | 50 |
| 35 | ПЕРИНЕВРАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ ДЕКСАМЕТАЗОНУ ПРОТИ ВНУТРІШНЬОВЕННОГО ПРИ БЛОКАДІ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ<br><i>Ігнатенко А.</i>                                                               | 52 |
| 36 | ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ УРАТЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ПОДАГРУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ<br><i>Калнусенко М., Спорши О., Базілевич А., Кальник М.</i>                        | 53 |
| 37 | РОЛЬ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНОГО ПСИХІЧНОГО РОЗЛАДУ ТА ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У РОЗВИТКУ КОШМАРІВ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ<br><i>Капустянський І.</i>                            | 54 |
| 38 | ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ ПІСЛЯ ЛЕГКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ВИБУХОВОЇ ХВИЛІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З КОМОРБІДНИМ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ<br><i>Карпик З.</i> | 56 |
| 39 | РОЛЬ РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ У ЗМЕНШЕННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ ТА УСКЛАДНЕНЬ<br><i>Кириленко Є.</i>                                                                                | 57 |
| 40 | ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ<br><i>Кіруша І., Шатковська М., Лісаконова А., Сімон Є., Скубеник А.</i>                      | 58 |

|    |                                                                                                                                                                                     |    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 41 | ПРОФІЛАКТИЧНЕ ВИКОРИСТАННЯ АТРОПІНУ ПЕРЕД СПІНАЛЬНОЮ АНЕСТЕЗІЄЮ ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ГІПОТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ<br><i>Конопляник А.</i> .....                                               | 59 |
| 42 | ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ РЕЦИДИВУЮЧОЇ КРОПИВ'ЯНКИ У ДІТЕЙ<br><i>Корчан К., Шпак А., Гончарук Б., Вечірко Т., Кезіна А., Лавська К.</i> .....                              | 60 |
| 43 | РАННЯ ДІАГНОСТИКА ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ: ЗОЛОТЕ ВІКНО ТА СРІБНІ ПОМИЛКИ<br><i>Косухін Д., Дзюба П., Альдвіхі А.</i> .....                                                              | 62 |
| 44 | НЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕНЬ У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ<br><i>Кремінська А., Нетецька Д.</i> .....                                                   | 63 |
| 45 | ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛЬГЕЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА<br><i>Куйовда Ю.</i> .....                                                                              | 66 |
| 46 | ВИКОРИСТАННЯ ГНУЧКОЇ УРЕТЕРОСКОПІЇ ЯК МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ВЕЛИКИХ ОКЛЮЗІЙНИХ КОНКРЕМЕНТІВ ВЕРХНЬОЇ ТРЕТИНИ СЕЧОВОДУ, УСКЛАДНЕНИХ ПІЄЛОНЕФРИТОМ<br><i>Куник В.</i> .....                | 67 |
| 47 | КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДЕКСМЕДЕТОМІДИНУ У ПРЕМЕДИКАЦІЇ ПЕРЕД ПЛАНОВИМИ ОПЕРАТИВНИМИ ВТРУЧАННЯМИ<br><i>Курач М.</i> .....                                           | 68 |
| 48 | СИНДРОМ ХЕРЛІНА-ВЕРНЕРА-ВУНДЕРЛІХА<br><i>Лисенко А., Зіненко Ю.</i> .....                                                                                                           | 69 |
| 49 | РЕГІОНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ У ВІДДІЛЕННІ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ЗА МЕЖАМИ ОПЕРАЦІЙНОЇ<br><i>Мартиненко Д.</i> .....                                                                        | 71 |
| 50 | МОЖЛИВОСТІ ЦИФРОВОГО РЕНТГЕНІВСЬКОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ДИФЕРЕНЦІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ ЗМІН В ЛЕГЕНЯХ<br><i>Меженіна Т., Варна夫ська О., Могиленець О.</i> ..... | 73 |
| 51 | СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАП'ЯСТКОВОГО КАНАЛУ<br><i>Мекишун М., Стецюра Ю., Слинько І.</i> .....                                                            | 74 |

|    |                                                                                                                                                                                                                        |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 52 | ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНОГО АНТАГОНІСТА АЛЬДОСТЕРОНУ ФІНЕРЕНОНУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТА З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)<br><i>Микитюк С</i> ..... | 75 |
| 53 | ВПЛИВ МЕТОДУ СЕДАЦІЇ НА ЧАСТОТУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ<br><i>Минько В</i> .....                                                                                | 77 |
| 54 | МЕТА-АНАЛІЗ «ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ЗВ'ЯЗКУ З МЕТОДИКОЮ УШИВАННЯ ЛАПАРОТОМНИХ РАН»<br><i>Модестов О</i> .....                                                      | 78 |
| 55 | ГОСТРИЙ ТРОМБОЗ СЕНТА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ<br><i>Мурдза Ю</i> .....                                                                                                                 | 79 |
| 56 | ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ЛІПІДНИЙ ОБМІН, У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ЗАЛЕЖНО ВІД ФАКТОРУ КУРІННЯ<br><i>Николяк В</i> .....                                                                                  | 82 |
| 57 | ТРИГЕРИ РОЗВИТКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ<br><i>Олексенко А., Мотієнко М., Юрченко А</i> .....                                                                                                                   | 83 |
| 58 | НАСЛІДКИ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ<br><i>Олексенко А., Мотієнко М., Сизов М</i> .....                                                                                                                         | 84 |
| 59 | ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.<br><i>Палієнко В., Пряхіна А</i> .....                                                                                     | 85 |
| 60 | ДЕРМАТОМІОЗИТ ЯК ПРОЯВ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ<br><i>Пацьора Т., Лукавенко О., Дерюга А</i> .....                                                                                                                               | 86 |
| 61 | ШКІРНА МІГРУЮЧА ЛИЧИНКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК З ПРАКТИКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ<br><i>Плавишудіна Є., Головач С., Чнгрян Г</i> .....                                                                                            | 87 |

|    |                                                                                                                                                                                                |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 62 | ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕДІАБЕТИЧНОГО КЕТОАЦИДОЗУ У ДІТЕЙ<br><i>Полохович Т., Лимар Д., Мільченко Г., Федюк В.....</i>                                                                           | 88  |
| 63 | КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРЕДОЗУВАННЯ МІСЦЕВИМИ АНЕСТЕТИКАМИ<br><i>Помозова С.....</i>                                                                                                               | 90  |
| 64 | ІЗОЛЬОВАНИЙ ПАРЕЗ ОКОРУХОВОГО НЕРВА, ЯК ОЗНАКА ПЕРВИННОЇ МАНІФЕСТАЦІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ<br><i>Пономарьова К., Новицька Є., Шпраха Ю.....</i>                                           | 91  |
| 65 | АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ГРИП ТА ГРВІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ЕПІДЕМІЧНІ СЕЗОНИ З 2020 ПО 2024 РОКИ<br><i>Рабоча А., Монакова О.....</i>                               | 93  |
| 66 | АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ «SNAIL SHELL» ПОРІВНЯНО З ТРАДИЦІЙНОЮ МЕТОДИКОЮ VAS У ПАЦІЄНТІВ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ<br><i>Радомський О., Харитенко А., Дем'яненко В.....</i> | 94  |
| 67 | ВПЛИВ БОЙОВОГО ДОСВІДУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН КОМБАТАНТІВ<br><i>Ребенко Л.....</i>                                                                                                             | 96  |
| 68 | ОСОБЛИВОСТІ ПОШИРЕНOSTІ АЛЕРГОПАТОЛОГІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ДІТЕЙ ПОЛТАВСЬКОГО РЕГІОНУ<br><i>Рубан К., Онопчук К., Нічик А.....</i>                                                       | 97  |
| 69 | ІДЕАЛЬНИЙ ЧАС ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОСТАКНЕ<br><i>Сакевич В.....</i>                                                                                                                                   | 99  |
| 70 | РОЛЬ ВІТАМІНУ Д В ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ПСОРИАЗУ<br><i>Салютіна Д.....</i>                                                                                                                 | 100 |
| 71 | ЕПІЛЕПТИЧНИЙ СТАТУС НА ТЛІ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ З ЛЕТАЛЬНИМ НАСЛІДКОМ: КЛІНІКО-ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ<br><i>Самородова О., Борзенкова І.....</i>                          | 101 |
| 72 | КЛІНІКО-ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ РАКУ ХВОСТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ<br><i>Сємакіна А., Уманец І.....</i>                                                                                  | 102 |

|    |                                                                                                                                                                                                                        |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 73 | ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ГІДРОНЕФРОЗУ<br>У ДІТЕЙ<br><i>Сема Р.</i> .....                                                                                                                                        | 104 |
| 74 | ДІАГНОСТИКА ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА<br>СИНДРОМУ МОЗОЧКОВОЇ АТАКСІЇ (КЛІНІЧНИЙ<br>ВИПАДОК)<br><i>Сидорович Г., Башинська К., Гречка І., Гречка М.,<br/>Скаленко Ю.</i> .....                                        | 105 |
| 75 | ТАРР ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖАХ<br><i>Сидоренко А.</i> .....                                                                                                                                                        | 107 |
| 76 | ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ<br>ПАНКРЕАТИТОМ<br><i>Синьович А., Ракецький В., Дубовка І., Дуліч Д., Бабаєва А.,<br/>Карась А.</i> .....                                                                 | 108 |
| 77 | ГОРМОНАЛЬНО-ІНДУКОВАНА ВТОРИННА АРТЕРІАЛЬНА<br>ГІПЕРТЕНЗІЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК<br><i>Скиданов О., Богачок В., Романова А., Тріхмінова О.,<br/>Долженко Ю.</i> .....                                                     | 109 |
| 78 | СЕБОРЕЙНИЙ ДЕРМАТИТ, ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ<br>КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ<br><i>Стокоз С.</i> .....                                                                                                                              | 111 |
| 79 | ФОЛКУЛЯРНИЙ КЕРАТОЗ: ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ<br>РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ<br><i>Суднеко М.</i> .....                                                                                                                        | 112 |
| 80 | КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ<br>БІЧНОГО АМІОТРОФІЧНОГО СКЛЕРОЗУ З БУЛЬБАРНИМ<br>СИНДРОМОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)<br><i>Ткач К., Ігнатенко Ю., Коровай Ю., Львова Т., Павловська К.,<br/>Мельник М.</i> ..... | 113 |
| 81 | АНАЛІЗ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В<br>АКУШЕРСЬКОМУ СТАЦІОНАРІ ІІ РІВНЯ<br><i>Торубара О., Дячук А.</i> .....                                                                                                      | 115 |
| 82 | ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АЗЕЛАЇНОВОЮ<br>КИСЛОТОЮ ЛЕГКА СТАДІЇ АКНЕ У ДОРΟΣЛИХ<br><i>Фіяло К., Куліш А.</i> .....                                                                                                  | 116 |
| 83 | АНАЛІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНО-<br>АСОЦІЙОВАНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ В<br>ПЕДІАТРИЧНИЙ ПРАКТИЦІ<br><i>Фроленкова М., Мудра А., Антипова А., Самородова Є.,<br/>Базілевич Я.</i> .....                      | 117 |

|    |                                                                                                                                                                                                         |     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 84 | КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОДНОБІЧНОЇ АГЕНЕЗІЇ НИРКИ У ПІДЛІТКА<br><i>Христій М., Контева Н.</i> .....                                                                                                           | 118 |
| 85 | ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ БІОПСІЇ ПЕРИФЕРИЧНИХ НОВОУТВОРІВ ЛЕГЕНЬ<br><i>Черба О., Ольховський С., Сердюк К.</i> .....                                           | 119 |
| 86 | АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГКС НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У КНП «ЧЕРНІГІВСЬКИЙ ОЦЕМД ТА МК» ЗА 2022-2024 РР.<br><i>Шевченко І., Коломійчук О., Мамасуєв В.</i> ..... | 121 |
| 87 | ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ У ПОЄДНАННІ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ<br><i>Швед М., Гуз Р., Осінова К.</i> .....                                                                   | 122 |
| 88 | ОЦІНКА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ПРИ СИСТЕМНОМУ ЧЕРВОНОМУ ВОВЧАКУ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ<br><i>Шклярчук М., Левочко А., Бутенко А., Діденко Р., Діхтенко Д.</i> .....                           | 123 |
| 89 | ПОРІВНЯННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТА ЛАПАРАСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ<br><i>Шукалов А.</i> .....                                                                                                      | 125 |
| 90 | КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ РЕАКТИВНОГО ПОСТКОВІДНОГО АРТРИТУ<br><i>Щочка Н., Недождій В., Пилявський І.</i> .....                                                                                                | 126 |
| 91 | МЕНЕДЖМЕНТ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ<br><i>Ярмолін О.</i> .....                                                                                                                                            | 127 |

## СЕКЦІЯ СТОМАТОЛОГІЯ

|   |                                                                                                                                                               |     |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | ВОЛОДІТИ ТА КЕРУВАТИ СВОЇМИ КОМПЕТЕНТНОСТЯМИ – ПЕРШЕ ЗАВДАННЯ НА САМОСТІЙНОМУ ПРОФЕСІЙНОМУ ШЛЯХУ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА<br><i>Безручко А., Устименко О.</i> ..... | 129 |
| 2 | УДОСКОНАЛЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ<br><i>Вовк Я.</i> .....                                               | 130 |

|    |                                                                                                                                                                                          |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3  | ТРАНСІЛЮМІНАЦІЯ В СТОМАТОЛОГІЇ: ДІАГНОСТИЧНЕ<br>ЗНАЧЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ<br><i>Волинець Я.</i> .....                                                                         | 131 |
| 4  | ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ<br>У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО<br>ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ<br><i>Волошко С.</i> .....                                              | 133 |
| 5  | КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ БЕЗМЕТАЛЕВИХ<br>КОРОНОК У ФРОНТАЛЬНІЙ ДІЛЯНЦІ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ<br>У ПАЦІЄНТА З ПІДВИЩЕНИМИ ЕСТЕТИЧНИМИ<br>ВИМОГАМИ<br><i>Гоголь Я., Кравченко Я.</i> ..... | 134 |
| 6  | МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ В<br>ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ<br><i>Гребеник А.</i> .....                                                                                               | 135 |
| 7  | ОПОСЕРЕДКОВАНИЙ МАКРОФАГАМИ ВПЛИВ<br>ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТИТУ<br><i>Грицаєнко Д.</i> .....                                                                           | 136 |
| 8  | ВПЛИВ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НИРОК У ДІТЕЙ<br>НА СТАН ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА<br><i>Дердієвська В., Титаренко І.</i> .....                                                                | 138 |
| 9  | ОДОНТОГЕННИЙ ГАЙМОРИТ ЯК УСКЛАДНЕННЯ<br>ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРІОДОНТИТУ.<br>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК<br><i>Дердієвська В., Калюга О., Ламазян М., Озеров С.</i> .....                  | 139 |
| 10 | СУЧАСНІ МЕТОДИ СКЕЛЕТНОГО РОЗШИРЕННЯ<br>ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ<br><i>Долженко А., Михайлов А.</i> .....                                                                                         | 140 |
| 11 | ВИКОРИСТАННЯ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА<br>ХІРУРГІЧНОМУ ПРИЙОМІ ПРИ ЛІКУВАННІ<br>МУКОЗИТІВ, ПЕРІІМПЛАНТИТІВ<br><i>Іваник А.</i> .....                                                     | 142 |
| 12 | СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ВИСОТИ ПРИКУСУ<br>ВНАСЛІДОК ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ<br>ТКАНИН ЗУБІВ<br><i>Іваник А., Константинова А.</i> .....                                                | 143 |
| 13 | ЗАСТОСУВАННЯ БІОСКЛА ПРИ ЛІКУВАННІ<br>ГІПЕРЧУТЛИВОСТІ ДЕНТИНУ<br><i>Казарян Є., Безручко А.</i> .....                                                                                    | 144 |

|    |                                                                                                                                                                                              |     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 14 | ФОТОДИНАМІЧНА ТЕРАПІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА<br><i>Константинова А</i> .....                                                                                                          | 146 |
| 15 | НЕГАТИВНИЙ ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА СТАН ОРГАНІВ ПОРОЖНИНИ РОТА В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ<br><i>Костюченко А., Кубряк М., Полякова М., Цюпа А., Чирков М</i> .....                                            | 147 |
| 16 | ОДОНТОГЕННА ПІДШКІРНА ГРАНУЛЬОМА ОБЛИЧЧЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК<br><i>Костюченко А., Кубряк М., Полякова М., Цюпа А</i> .....                                                                    | 148 |
| 17 | ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ГЕЛЮ PERIO-AIDS <sup>R</sup> PROTEST ПРИ ЛІКУВАННІ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ СОПР ДЛЯ ПРИСКОРЕННЯ ЗАЖИВЛЕННЯ<br><i>Лісовенко П., Рибка А</i> .....                       | 149 |
| 18 | АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ В ОСВІТНІЙ ПРОЦЕС ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЦИФРОВИХ КОМПОНЕНТІВ<br><i>Мельник В</i> .....                                                                                        | 151 |
| 19 | ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ЛЕПТОТРИХОЗУ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК<br><i>Ордіюнова С., Яцеленко К</i> .....                                                            | 152 |
| 20 | ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ГРАНУЛЮЮЧОГО ПЕРІОДОНТИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК<br><i>Палієнко В., Пряхіна А</i> .....                                                            | 153 |
| 21 | ВЕРУКОЗНА ЛЕЙКОПЛАКІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ЇЇ МАЛІГНІЗАЦІЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)<br><i>Панкратьєва В., Скачкова С</i> .....                                                       | 154 |
| 22 | ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО РАНЬОГО ДИТЯЧОГО КАРІЕСУ СЕРЕД ВАГІТНИХ ЖІНОК У ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЦЕНТРАХ<br><i>Тертишина І., Шрамко Д., Фабрикова А., Федорчук О., Федосов В</i> ..... | 156 |
| 23 | ВПЛИВ КОФЕРДАМУ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЗУБІВ В ДИТЯЧІЙ СТОМАТОЛОГІЇ<br><i>Флоріка-Пономаренко І</i> .....                                                                                       | 157 |

|    |                                                                                                                                             |     |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 24 | РЕАЛІЗАЦІЯ ЦИФРОВОГО ПРОТОКОЛУ ПРИ<br>ТОТАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТА З ПОВНОЮ<br>ВТОРИННОЮ АДЕНТИСІЮ ВЕРХНЬОЇ ШЕЛЕПИ<br><i>Чех Ю</i> ..... | 158 |
| 25 | ПАРЕСТЕЗІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА<br>(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)<br><i>Швед С</i> .....                                                   | 159 |
| 26 | НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ<br>ДІТЯМ СІМЕЙ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ<br><i>Швед С</i> .....                              | 161 |
| 27 | КАРЦИНОМА ЯЗИКА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК<br><i>Шкварок Д</i> .....                                                                                | 162 |

## ЗМІСТ