

Всеукраїнський  
форум  
молодих  
вчених  
з міжнародною участю



**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**І ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**22-23 ЧЕРВНЯ 2023 РОКУ  
М. ОДЕСА**

**ЗБІРКА ТЕЗ**



**Одеса  
ОНМедУ  
2023**



Всеукраїнський  
форум  
молодих  
вчених  
з міжнародною участю



**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**І ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**22-23 ЧЕРВНЯ 2023 РОКУ  
М. ОДЕСА**

**ЗБІРКА ТЕЗ**



**Одеса  
ОНМеду  
2023**

УДК 61(043.2)  
П26

***Організаційний комітет:***

Андрій Добровольський

Олена Філоненко

Аліна Зарецька

Анастасія Лисенко

Олександр Чорній

Наталя Гніда

Альбіна Белінська

**І Всеукраїнський форум** молодих вчених з між-  
П26 народною участю. 22–23 червня 2023 року, м. Одеса :  
збірка тез. [Електронне видання]. – Одеса : ОНМедУ,  
2023. – 104 с.

ISBN 978-966-443-125-2

Збірка тез І Всеукраїнського форуму молодих вче-  
них з міжнародною участю, що відбувся в Одесі 22–23  
червня 2023 року, містить тези доповідей молодих на-  
уковців – учасників форуму.

**УДК 61(043.2)**

ISBN 978-966-443-125-2

© Одеський національний  
медичний університет,  
2023



Всеукраїнський  
форум  
молодих  
вчених

з міжнародною участю



# ДОПОВІДАЧІ ФОРУМУ



QR-CODE НА ПРОГРАМУ

# БЛОК 1

## ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ

Сивий С. М., Гладчук З. І.

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Ендометріоз – захворювання, що характеризується появою ендометріозних уражень, займає третє місце серед гінекологічних захворювань [Голяновський та ін., 2019]. Післяопераційний рубцевий ендометріоз (ПЕЕ) відноситься до екстрагенітальних ендометріозів, це вторинні процеси в рубцях, що утворилися після хірургічного втручання, вправлення грижі). Ендометріоз часто зустрічається у жінок віком 24–47 років, а ЕПР зустрічається у 0,03–1,5 % пацієток з ендометріозом. Відсутність епідеміологічних записів і рідкість захворювання ускладнюють достовірну оцінку поширеності ЕПР [Carsote та ін., 2020].

**Мета.** Визначити фактори ризику розвитку ЕПР,

Було обстежено 62 жінки віком від 21 до 46 років з різними формами ендометріозу (аденоміоз (АМ) – 35; ендометріоз яєчників – 27) в анамнезі. У 3 жінок, що мали в анамнезі АМ також був в минулому ЕПР і у 100 % пацієток єдиним перенесеним оперативним втручанням було КР. В порівнянні, аналіз, проведений румунськими вченими [Neamtu та ін., 2022], засвідчив, що найпоширенішим фактором розвитку ЕПР є КР, так як у 82,3 % жінок після КР розвинулась ЕПР. Існує декілька теорій патогенезу ендометріозу: лімфатична та гематогенна дисемінація ендометріюїдних клітин; імплантація; порушення розвитку; міомектомія, гістеректомія), проникнення клітин ендометрію в прилеглі тканини. Теорія трансплантації була підтверджена дослідженням швейцарських вчених: клітини ендометрія, пересажені на передню черевну стінку, проліферували та утворювали ендометріозні вогнища.

Виявлена кореляція між латентним періодом ЕПР і поширенням ендометріоми: латентний період ЕПР був тривалішим, якщо ендометріома поширювалася до очеревини чи сечового міхура [Marras та ін., 2019].

До основних клінічних проявів ЕПР відносять пухлиноподібне утворення в ділянці рубця (спостерігається у 82 %), циклічний чи нециклічний біль (41 %), кров'янисті виділення з рубця під час менструації (18 %), ущільнення рубця під час менструації (47 %). Часто спостерігається дисменорея, диспареунія та непліддя [Kocher та ін., 2017].

Характерними ознаками ЕПР при гістологічному дослідженні є ендометріоїдний епітелій, ендометріоїдні залози та строма, макрофаги із гемосидерином.

Таким чином можна виявити, що основною причиною ендометріозу післяопераційного рубця є кесарський розтин.

## **СУЧАСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ. СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ**

**Ганєв М. М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

В Україні хронічний простатит зустрічається в 19 % чоловіків молодого віку, досягаючи 90 % у чоловіків старших вікових категорій. Від 30 % до 58 % чоловіків, найчастіше у віці від 20 до 40 років, страждають від синдрому хронічного тазового болю.

Мета дослідження: оцінити ефективність ударно-хвильової терапії (УХТ) у комплексної реабілітації чоловіків з незапальною формою синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) (категорія ІІВ по NIH).

Дизайн дослідження: Обстежено 31 пацієнтів з незапальною формою ХП/СХТБ, у віці від 27 до 46 років (середній вік склав –  $33,52 \pm 5,37$  років). Тривалість захворювання становила не менш 6 місяців. Хворі були розподілені на основну (16 чоловік) та контрольну (15 чоловік) групи. Обстеження включало: заповнення наступних опитувальників – Шкала симптомів ХП (NIH-CPSI), Міжнародна система сумарної оцінки захворювань передміхурової залози (IPSS); візуальна аналогова шкала болю (ВАШ); проведення пальцевого ректального дослідження; мікроскопічне й бактеріологічне дослідження секрету передміхурової залози; визначення рівня загального ПСА крові; трансректальне ультразвукове дослідження передміхурової залози.

Хворі групи контролю отримували консервативну терапію (нестероїдний протизапальний препарат; альфа-адреноблокатор; антидепресант або протиепілептичний препарат) у стандартних дозуваннях і

схемах прийому протягом місяця. Хворім основної групи, крім консервативної терапії, призначали ударно-хвильову терапію (УХТ) – 2 сеанси на тиждень (на курс 8 процедур) протягом місяця.

У пацієнтів основної групи, сума балів за шкалою NIH-CPSI після лікування та через 2 місяці після лікування зменшилися на 19,07 % та 62,88 %; IPSS на 10,26 % та 43,89 %, больовий синдром (згідно ВАШ) на 39,71 % та 34,7 % відповідно, у порівнянні з вихідними показниками. Об'єм передміхурової залози після лікування та через 2 місяці після лікування у пацієнтів основної групи зменшився на 17,82 % та 31,47 % відповідно. При застосуванні УХТ не було відзначено жодного випадку значимої побічної дії.

**Висновки:** використання УХТ у комплексному лікуванні чоловіків з незапальною формою ХП/СХТБ є ефективним методом терапії; ударно-хвильова терапія є неінвазивним і безпечним методом фізіотерапевтичного впливу та реабілітації хворих на ХП/СХТБ та може розглядатись як терапія першої лінії вибору.

## **ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ ТА СПКЯ, ВПЛИВ ТА ЇХНІЙ КОНТРОЛЬ У ПАЦІЄНТОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ**

**Мартиновська О. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Встановивши діагноз безпліддя, ми завжди прагнемо виявити причину та зробити все для її усунення. Однією з найчастіших причин безпліддя є синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) та гіперпролактинемія (ГПРЛ). Вимірювання рівня пролактину часто виконується при встановленні безпліддя, навіть якщо немає клінічних ознак гіперпролактинемії (Rodier C, Courbiere B, Fernandes S, 2022).

**Мета дослідження** – вивчити вплив гіперпролактинемії та синдрому полікістозних яєчників на розвиток безпліддя та їх взаємозв'язок між собою.

**Матеріали та методи.** Для подальшого дослідження було відібрано 35 пацієнток, які розподілили на дві групи. I – увійшли 15 пацієнток з СПКЯ поєднаним з гіперпролактинемією, II група – 20 пацієнток з СПКЯ без гіперпролактинемії. Усі пацієнтки пройшли клінічне, біохімічне, візуалізаційне обстеження та гінекологічний огляд. У плазмі крові вимірювали рівень ЛГ, ФСГ, пролактину (ПЛ), естрадіолу, 17-



ОН-прогестерону, тестостерону, антимюллерів гормон (АМГ). Для визначення макропролактинемії проводили ПРЛ-хроматографію. Пацієнткам у котрих була виявлена гіперпролактинемія однократно, повторювали дане дослідження та порівнювали результати. СПКЯ діагностували на основі критерій ESHRE 2018 р. та даних ультразвукового обстеження.

**Результати дослідження та їх обговорення** У пацієток було виявлено порушення менструального циклу (91 %), гіперандрогенію (67 %), у всіх були діагностовані ультразвукові критерії СПКЯ. В пацієнтів II групи спостерігалась галакторея у 5 осіб (33,3 %), ожиріння (ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) спостерігали у 2 пацієток (13,3 %). У жінок I групи ожиріння виявили у 6 осіб (30,0 %) і інших ІМТ був в межах норми. Жінки з СПКЯ та ГПРЛ мали нижчий середній рівень АМГ ( $5,0 \pm 3,8$  нг/мл) порівняно з жінками з лише СПКЯ ( $6,56 \pm 3,9$  нг/мл). Значної різниці у ультразвукових характеристиках яєчників в пацієток I та II групи не було, характерних ознак СПКЯ з ГПРЛ також не було виявлено.

**Висновки** СПКЯ та ГПРЛ досить часто діагностується у худих жінок та із нормальною масою тіла (майже у 14 % осіб з СПКЯ). Дане дослідження свідчить, що потрібно розробляти спеціальний алгоритм діагностики та лікування СПКЯ разом з ГПРЛ, з метою уникнення непотрібних і дорогих діагностичних процедур.

## МАГНЕЗІАЛЬНА ТЕРАПІЯ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Куліш Т. А.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Мета:** проаналізувати історію застосування препаратів магнію в акушерській практиці та показання, їх обґрунтування на сьогодні.

**Методи дослідження, матеріал:** реферативний аналіз джерел з Кокранівської бібліотеки, мета-аналізи, національні галузеві протоколи (всього 52 джерела).

**Зміст:** Магнію сульфат – це препарат, здатний відновлювати дефіцит магнію в організмі, є фізіологічним антагоністом кальцію, котрий витісняє його з місць їх зв'язування. Фармакологічна дія цього препарату має широкий спектр ефектів: артеріолодилатуючий, антиаритмічний, седативний, протисудомний, діуретичний, спазмолітичний, послаблюючий, жовчогінний, токолітичний, слабкий гіпотензивний (Компендіум, 2015). Доведені ефекти: протисудомний для лікування та профілактики еклампсії, прееклампсії, нейропропротектив-

ний у плода, значний рівень зменшення прояву дитячого церебрального паралічу у дітей, що вижили, зменшення внутрішньошлуночкових крововиливів у екстремально недоношених дітей, не уповільнює та не запобігає передчасним пологам, застосування магнію сульфату корелює з підвищенням смертності новонароджених, тривале призначення магнію сульфату викликає гіпокальціємію у плода, болюсне введення магнію сульфату приводить в більшості випадків до зменшення скоротливої активності матки. Антидот – кальцій, нівелює ефект магnezії, призводить до нападу судом.

**Висновки:** магnezіальна терапія є цілком виправданою для профілактики та лікування судом при еклампсії, тяжкій прееклампсії. Введення під час пологів не слід припиняти. З нейропротективною дією для матері та дитини при передчасних пологах (до 34 тиж.), а також в післяпологовому періоді як монотерапія (до 48 годин).

**Перспективи до дослідження:** механізми взаємодії магнію з іншими БАР, гормонами, токолітиками та участь в реалізації виношування вагітності. Вказівок на ці дані не було знайдено в досліджених джерелах.

## **АНАЛІЗ ЧАСТОТИ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ**

**Посохова С. П., Широка А. Д.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Затримка росту плода (ЗРП) – ускладнення вагітності, яке розвивається внаслідок плацентарної недостатності і призводить до народження дитини з масо-ростовими параметрами нижче 10-ї перцентилі для даного терміну вагітності. Світові дослідження виявляють тенденцію щодо збільшення відсотка частоти розвитку ЗРП у жінок з гіпертензивними розладами. Загалом, за статистичними даними ВОЗ, частота ЗРП у світі на 2014 рік складає від 5 до 17,6 % від загальної кількості народжених дітей. В Україні за даними на 2018 рік цей відсоток становить 3–10 % одноплідних вагітностей.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз історій пологів жінок з одноплідними вагітностями обласного перинатального центру КНП «ООКЛ» ООР. За 2020 рік народилось 2735 дітей, з них живих 2680 (97,9 %), мертвонароджених 55 (2,21 %). З усіх но-

вонароджених ЗРП мали 810 (29,6 %) дітей, з них хлопчиків 354 (43,70 %), дівчаток 456 (56,30 %).

**Результати.** Серед обстежених вагітних гіпертензивні розлади мали 272 (9,95 %), які народили 130 (47,8 %) дітей із ЗРП, що в 1,7 раза вище у порівнянні з кількістю дітей із ЗПР – 680 (28,2 %), народженими жінками з нормотензією. За терміном гестації жінки розподілились наступним чином: група 1А –22+0 -25+6 тижнів, всього 2 (1,53 %); група 1Б 26+0–31+6, всього 20 (15,38 %); 1В -32+0–36+6 тижнів, всього 41 (31,5 %); 1Г – термінові пологи (37+0–40+6), всього 67 (51,53 %) жінок. Вагітні з гіпертензивними розладами народили передчасно всього 63 (48,5 %) дітей із ЗРП, що в 1,3 раза вище у порівнянні з передчасно народженими дітьми у жінок з нормотензією (258 – 37,9 %).

**Висновок.** Вагітні з гіпертензивними розладами є групою ризику щодо невиношування вагітності, народження недоношених дітей із ЗРП, що може мати несприятливі перинатальні наслідки, як неврологічні порушення, затримку психічного розвитку, що потребує розробки ефективного алгоритму діагностики та профілактики даних ускладнень.

## **СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АДЕНОМІОЗ**

**Булгар А. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Аденоміоз (N80.0) – одне із найбільш розповсюджених гінекологічних захворювань у жінок репродуктивного віку. Захворювання виникає у переважній більшості випадків у коморбідних пацієнток, що ускладнює клінічний перебіг та представляє ризик виникнення ускладнень.

**Матеріали та методи.** Вивчено частоту і нозологічні форми супутньої патології у 120 жінок репродуктивного віку, обтяжених аденоміозом різного ступеня тяжкості.

**Результати та обговорення.** Із 120 жінок репродуктивного віку, хворих на аденоміоз I–II, III–IV ступеня тяжкості у 100 % виявлено супутню патологію, а саме захворювання: серцево-судинної системи у 11 (73,3 %) і 15 (100 %), шлунково-кишкового тракту – 4 (26,66 %) і 7 (46,66 %), гепатобіліарної системи – 8 (53,33 %) і 10 (66,66 %), се-

човивідної системи – 5 (33,3 %) і 7 (46,66 %), хронічні закрепи – 2 (13,3 %) і 4 (26,66 %), анемію – 7 (46,66 %) і 10 (66,6 %), ендокринопатії – 5 (33,3 %) і 11 (73,3 %), щитоподібної залози – 6 (40,0 %) і 9 (60,0 %), ожиріння – 4 (26,66 %) і 5 (33,3 %), захворювання ЦНС – 1 (6,66 %) і 3 (20,0 %) відповідно за ступенем тяжкості аденоміозу; серед гінекологічної патології: лейоміома – у 5 (33,33 %) і 8 (53,3 %), гіперплазія ендометрія – 4 (26,7 %) і 6 (40,0 %).

**Висновок.** Отримані результати підтверджують високу частоту наявної супутньої екстрагенітальної і гінекологічної патології у жінок репродуктивного віку, обтяжених аденоміозом, яка достовірно переважає у хворих на аденоміоз III – IV ступеня тяжкості. Підтвердження супутньої патології спрямоване на своєчасне визначення персоналізованих профілактичних заходів виникнення можливих ускладнень.

## **РОЛЬ ПОЛІФОКАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ ПРИ НЕГАТИВНОМУ ЛАБОРАТОРНОМУ СКРИНІНГУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Волик Ю. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Рак передміхурової залози (РПЗ) – широко поширене захворювання у чоловіків віком від 55 років, яке посідає в Україні в структурі чоловічої онкопатології третє місце. Для раннього виявлення цієї патології визначення простатоспецифічного антигену крові (ПСА/PSA) є стандартом скринінгу. Пороговий рівень підвищення ПСА/PSA зазвичай вважають 4.0 нг/мл.

**Мета дослідження** – оцінити значення поліфокальної біопсії передміхурової залози (ПФБПЗ) у діагностиці РПЗ при фізіологічних рівнях ПСА/PSA.

**Дизайн дослідження.** Під наглядом перебував 21 пацієнт віком від 53 до 78 років із негативним (менше 4 нг/мл) значенням загального ПСА. До обсягу дослідження входило: пальцеве ректальне дослідження (ПРД), трансректальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД), визначення співвідношення вільного ПСА до загального ПСА, визначення щільності ПСА (відношення загального ПСА до об'єму передміхурової залози), МРТ органів малого тазу.

Предиктори виконання ПФБПЗ:

ПРД: неоднорідність тканини ПЗ з ділянками ущільнення, асиметрія часток ПЗ. ТРУЗД: виявлення гіпоехогенних ділянок у периферичній та перехідній зонах ПЗ. Ставлення вільного ПСА до загального ПСА – менше 15 %. Щільність ПСА – менше 0,15 нг/мл/см, МРТ: PI-RADS 1-3.

**Висновки:**

1. Фізіологічні рівні ПСА при лабораторному скринінгу РПЗ можуть визначатися і у пацієнтів з доклінічною стадією канцерогенезу, в більшій мірі із низькодиференційованим процесом.

2. Комплексна оцінка факторів предикції у разі підвищує ефективність ПФБПЗ у ранній діагностиці РПЗ та своєчасного його радикального лікування, із гарними канцерспецифічними показниками.

**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: АНОМАЛІЯ РОЗВИТКУ МАТКИ, КЛАС U2 В (МАТКА З ПОВНОЮ ПЕРЕТИНКОЮ), ГІПОПЛАЗІЯ МАТКИ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ, ДВОБІЧНИЙ ГІДРОСАЛЬПІНКС, ПЕРВИННА АМЕНОРЕЯ**

**Яковлева Н. В., Літвін К. П., Півень В. Р.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Аномалії розвитку жіночих статевих органів, спостерігаються в 1–5 % жінок і складають 4 % з усіх вроджених аномалій. Найбільш поширеними є мюлерові аномалії матки, маткових труб і піхви.

**Матеріали та методи.** У відділення інвазивних методів діагностики і лікування Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ звернулась пацієнтка 16 років, з первинною аменореєю, зі скаргами на періодичний різкий біль внизу живота справа, що посилюється під час фізичного навантаження. За даними ультразвукового дослідження органів малого таза діагностовано гіпоплазію матки, аномалію розвитку матки – дворогу матку, серозоцеле справа, параоваріальний утвір справа (гідросальпінкс?). Виконано ургентне оперативне втручання в об'ємі: Лапароскопія. Вісцерадгезіолізис. Двобічна тубектомія. Діагностична гістероскопія. Діагноз після операції: Аномалія розвитку матки, клас U2 В (матка з повною перетинкою). Гіпоплазія матки важкого ступеня. Первинна аменорея. Двобічний гідросальпінкс. Злукотний процес органів черевної порожнини та малого таза III–IV ст.

Післяопераційний період без ускладнень, виписана у задовільному стані на 5-ту післяопераційну добу.

**Висновки:** При несвоєчасному виявленні аномалій розвитку жіночих статевих органів зростає ризик ускладнень (ургентне оперативне втручання, безпліддя, втрата репродуктивної функції). Важлива роль в ранній діагностиці первинної аменореї та своєчасного направлення до лікаря- спеціаліста повинна належати сімейним лікарям, педіатрам, просвітницькій роботі серед дівчаток в середній школі. Такі пацієнтки нерідко потребують, окрім гінекологічної, ще й психологічної допомоги і реабілітації, якщо внаслідок вроджених вад та їх ускладнень повністю або частково втрачається репродуктивна функція.

## **СТАН ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ**

**Тодорова Т. П.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Прееклампсія (ПЕ) – це мультифакторіальне кардіометаболічне ускладнення вагітності, що призводить до тяжких гестаційних наслідків. Механізми, які спричиняють розвитку ПЕ досі вивчаються і немає остаточного способу передбачити, коли і чи розвинеться у вагітної.

За результатами останніх досліджень, зміни в складі мікробіоти можуть відігравати певну роль у патогенезі різних захворювань, включаючи ПЕ. ПЕ може призвести до тяжких материнських і перинатальних наслідків, як еклампсія, розрив печінки, інсульт та ниркова недостатність.

**Мета.** Ретроспективний аналіз мікробіоценозу піхви у вагітних з ПЕ.

**Матеріали та методи.** Нерандомізовано відібрано 60 історій вагітності та пологів з встановленою ПЕ – I група, 30 історій вагітності та пологів без ускладнень – II група (контрольна).

ПЕ було діагностовано згідно уніфікованого клінічного протоколу від 24.01.2022 Наказ МОЗ № 151.

Вагінальну мікробіоту піхви було досліджено бактеріологічним методом. Додатково було вивчено вагу дітей при народженні та гістологічні дослідження послідів.

**Результати.** За даним бактеріологічного дослідження мікробіоти піхви результат був стерильним у I групі – 30 %, у II-й – 46,6 %

( $p = 0,06$ ). Кишкова флора переважала в I групі – 36,7 %, у II-й – 33,3 % ( $p = 0,38$ ); мікотична флора в I групі – 8,3 %, у II-й – 6,7 % ( $p = 0,34$ ); змішана флора в I групі – 25 %, у II групі – 13,3 % ( $p = 0,09$ ).

Вага дітей при народженні в I групі –  $3355 \pm 255$ , в II групі –  $3335 \pm 465$  ( $p = 0,50$ ); вага посліду в I групі –  $655 \pm 45$ ; II –  $620 \pm 120$  ( $p = 0,50$ ).

Гістологічний аналіз послідів показав, що патологічні зміни переважали в I групі – 23,3 %, в II групі – 3,3 % ( $p = 0,01$ ).

**Висновки.** Отже за результатами дослідження бактеріальна контамінація вагінальної мікробіоти переважала у вагітних з ПЕ. На основі отриманих показників не можна стверджувати про статично достовірну різницю порівнюваних величин.

Вага дітей при народженні та вага посліду теж не мала статистично значущої різниці.

З результатами гістологічного дослідження послідів, кількість патологічних переважала у вагітних з ПЕ.

Необхідно збільшити число спостережень для остаточного вирішення питання про вплив зміни вагінальної мікробіоти як фактора виникнення ПЕ.

## **РОЛЬ МІКРОБІОМУ ТА ЦИРКАДНИХ РИТМІВ У РОЗВИТКУ ГІПЕРЕСТРОГЕНЕМІЇ**

**Добровольський А. Л.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Гіперплазія ендометрію є однією з найбільш поширених патологій у жінок перименопаузального віку, найбільша частота атипових гіперпластичних процесів у жінок випадає на вікову категорію 48–55 років, частота виникнення раку ендометрія – на групу пацієнток 60–65 років.

Оскільки спрямованість наших наукових пошуків – це виявлення найбільш ранніх змін, які призводять до розвитку атипової гіперплазії та раку ендометрія, ми обрали наступні вікові категорії пацієнток – це 30–35 років та 40–46 років. В Україні останні статистичні дані, опубліковані станом на 2020 рік, визначають частоту гіперплазії ендометрія в данній віковій групі на рівні 5,53 та 9,6 % відповідно. За попередніми даними, отриманими в Університетській Клініці ОНМедУ кількість всіх випадків ГЕ всіх жінок 30–35 та 40–46 років зросла відповідно на 18 та 16 % відносно до статистичних даних 2020 року. Гіпе-

рпластичні процеси є провідним фактором ризику, а в багатьох випадках їй передують розвитку раку ендометрія. Незважаючи на велику кількість досліджень причин і механізмів розвитку цієї патології, далеко не всі чинники та фактори ризику на сьогодні відомі та достатньо вивчені. Зрозумілим є тільки мультифакторність розвитку цієї патології.

Треба визначити, що воєнний стан в Україні є значним психологічним та фізичним навантаженням на організм жінки, що значно впливає на «внутрішній біологічний годинник», який відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу та забезпечення життя клітин організму. Зокрема це стосується такої важливої системи організму, як мікробіом, який за думкою науковців складається з 10–100 трильйонів симбіотичних мікробних клітин, які налічують понад 10 000 видів мікробів, які проживають у людському організмі і перевищують кількість людських клітин в 10 разів. Обсяг генетичної інформації, що міститься у цій мікрофлорі, за орієнтовним підрахунком, 150-кратно більший за геном людини. Найбільший відсоток людського мікробіома (95 %) знаходиться в шлунково-кишковому тракті, і кожна людина має свій унікальний склад мікрофлори, який формується під впливом факторів навколишнього середовища, матеріалістичних особливостей та особливостей харчування. Існують певні докази, що окрім циркадних ритмів організму-хазяїна існує власний біологічний годинник мікробіому, що презентується у вигляді «осциляцій дії», який може бути опосередковано модифікований як з осі «мозок-кишківник» чи «печінка-кишківник», так й за рахунок змін дістарних патернів.

За результатами досліджень, було з'ясовано, що мікробіом може чередувати експозицію певних бактеріальних видів та їх метаболітів на епітелії кишківника, тим самим «програмуючи» загальний циркадний ритм, впливаючи на транскрипціональні, епігенетичні та метаболічні функції, відіграє важливу роль в репродуктивній ендокринній системі жінки на протязі її життя, взаємодіючи з естрогенами, андрогенами, інсуліном та іншими гормонами.

З точки зору розвитку гіперплазії ендометрію, найбільше нас цікавить взаємодія мікробіому та естрогену. З досліджень відомо, що мікробіом кишківника не тільки піддається впливу естрогенів, але і активно впливає на їх рівень, наприклад за рахунок естроболу. Рівні статевих гормонів мають потенційний зв'язок з мікробіотою кишечника, і цю нову концепцію назвали «мікрогендеромом».



Взаємозв'язок між рівнями естрогенів та функцією мікробіому спостерігається за численними дослідженнями авторів, та концентрується на наступних ланках взаємодії:

1) Зв'язок між експресією рецепторів естрогену  $\beta$  (ER $\beta$ ) та кишкових бактерій, опосередкований через секретовану останніми  $\beta$ -глюкоронідазу;

2) Медіація мікробіомом, а саме через функцію *Proteobacteria* та ліпополісахаридного біосинтезу, антитоксичного ефекту 17 $\beta$ -естрадіолу

3) Метаболізм естроген-вмісних сполук, таких як ізофлавоноїди;

4) Роль метаболітів мікробіому в епігенетичних взаємовідносинах.

Одним із найважливіших метаболітів, що продукуються шлунково-кишковим мікробіомом, певні автори вважають SCFA – коротколанцюгові жирні кислоти. Відомо, що вони синтезуються у кишці за рахунок бродіння неперетравлюваних вуглеводів деякими мікробами. Було досліджено, що деякі з основних SCFA, включаючи ацетат, бутират та пропіонат також можуть впливати на процеси епігенетичної регуляції геному за широким спектром дії, зокрема шляхом метилювання ДНК.

Нами було виявлено, що кількість наукових доказів, які б досліджували роль цих процесів у появі гіперестрогенемії є недостатньою, не є з'ясованим вплив інших метаболітів SCFA на епігеном людини. Покращення розуміння взаємодії між метаболітами кишкового мікробіому та епігеномом людини приведе до появи нових ефективних та різнобічних інструментів впливу на профілактику та лікування широкого спектру захворювань жіночої статеві системи.

## БЛОК 2

### МОРФОГЕНЕЗ ТА ЦИТОАРХІТЕКТОНІКА МОЛОЧНИХ ПЛЯМ ВЕЛИКОГО ЧЕПЦЯ У БІЛИХ ЩУРІВ

Максименко О. С., Гринь В. Г.

*Полтавський державний медичний університет,  
Полтава, Україна.*

Великий чепець є активним учасником імунної відповіді на потрапляння в очеревинну порожнину антигена чи патогена, за рахунок присутності в ньому імунокомпетентних клітин, таких як антитіла, макрофаги та різні субпопуляції лімфоцитів, що знаходяться в лімфоїдних вузликах та мають назву молочні плями. Молочні плями беруть активну участь в процесі резорбції перитонеальної рідини, синтезу антитіл, фагоцитозу чужорідних структур, а також поглинають мікрочастинки, бактерії та різні барвники.

Мета нашої роботи полягала у вивченні мікроструктури та процесу формування молочних плям великого чепця білих щурів.

Експеримент включав 15 білих щурів-самців репродуктивного віку, масою  $312,86 \pm 10,68$  грам. Матеріалом слугували препарати великого чепця, фіксовані в 10 % розчині нейтрального формаліну, а також тотальні препарати, забарвлені розчином гематоксилін-еозином.

Морфогенетичною основою розвитку лімфоїдної тканини в великому чепці, у вигляді лімфоїдних вузликів, є окремі часточки жирової тканини, яка створює необхідне мікрооточення для заселення клітин попередниць Т- та В-лімфоцитів, а також макрофагів. Процес формування молочних плям починається з появи в окремих місцях жирових часточок поміж адипоцитів обмежених групових скупчень лімфоцитарних елементів, які поступово розростаються за рахунок асиміляції жирових клітин. Молочні плями мають довгасто-овоїдну форму, покриті мезотелієм та тонким шаром пухкої волокнистої сполучної тканини з наявністю дрібних вогнищ лімфоцитарної інфільтрації.

Молочні плями у великому чепці білих щурів представлені у вигляді дрібних лімфоїдних вузликів, різної форми та величини, які впорядковано розосереджені в межах судинно-жирових аркад з боків

осьових кровоносних судин. Найдрібніші знаходяться в товщі жирової тканини, примикаючи до осьових судин, а найбільші – за її межами, також слід відмітити форми, які займають проміжне положення.

## **ВПЛИВ АРТТЕРАПІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПЕРЕБІГУ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Кенгельян Т. Р.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Поширеність онкогематологічних захворювань у розвинутих країнах останнім часом збільшується, а у близько 1 % пацієнтів є причиною смертності населення. Довготривале лікування та знаходження у медичних закладах залишає неабиякий відбиток на психоемоційному стані дитини та його оточені. Виникнення психогенних та інших реакцій у хворого з онкопатологією пов'язано дією надзвичайного за силою стресу, який сприяє порушенню механізмів адаптації хворого.

**Мета.** Оптимізувати комплексне лікування онкогематологічних захворювань у дітей на основі використання методів арттерапії.

**Матеріали та методи.** Проведено оцінку особливостей перебігу онкогематологічних захворювань у дітей (28 чоловік) віком від 6 до 18 років, аналіз психоемоційного стану та якості життя. Застосовані різні методи арттерапії у дітей, які знаходились на лікуванні в гематологічному відділенні КНП «ООДКЛ» ООР.

**Результати.** Враховуючи особливості хвороби та специфічне лікування дітей, які знаходяться на лікування в гематологічному відділенні КНП «ООДКЛ» ООР був відмічений у 85 % дівчаток та 50 % хлопчиків позитивний вплив та покращення результатів спеціалізованої медичної допомоги під час лікування. Негативний результат зумовлений тяжким перебігом хвороби та психоемоційним станом.

**Висновки.** Отримані дані свідчать, що використання різних методів арттерапії впливає на покращення лікування більше у дівчаток ніж у хлопчиків. Велику роль відіграє стадія лікування та тяжкість захворювання.

# КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ВЕРНІКЕ У ДІВЧИНКИ 13 РОКІВ ВНАСЛІДОК РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ

Ковальчук Л. С.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Енцефалопатія Верніке – потенційно зворотній нейрометаболічний розлад (невідкладний гострий нейропсихіатричний стан), спричинений недостатністю тіаміну, який характеризується розвитком атаксії, офтальмоплегії і дезорієнтацією. Виникає зазвичай внаслідок хронічного зловживання алкоголем, або в рідких випадках при тривалому голодуванні.

**Мета роботи.** Проаналізувати клінічний випадок енцефалопатії Верніке за результатами власного спостереження.

**Матеріали і методи.** Проведено клінічний аналіз випадку енцефалопатії Верніке у дівчинки 13 років на підставі опитування пацієнтки, вивчення медичної карти стаціонарного хворого.

**Результати і обговорення.** Дівчинка 13 років госпіталізована ургентно зі скаргами на втрату центрального зору та порушення ходи, слабкість, дезорієнтацію та тремор кінцівок. З анамнезу стало відомо, що дівчина знаходилась на жорсткій дієті впродовж тривалого часу, а за останні 6 міс втратила 25 кг ваги. З метою диференційної діагностики проведена МРТ головного мозку, виявлені зміни метаболічного характеру по типу енцефалопатії Верніке. Зіставивши клінічні зміни з даними МРТ дослідження було прийнято рішення щодо терапії *ex juvantibus* великими дозами тіаміну, згідно протоколу лікування хвороби Верніке. Отримана негайна позитивна динаміка в стані пацієнтки, що дозволило підтвердити попередній діагноз. Збір анамнезу хвороби та життя виявив тривалі розлади харчової поведінки у дитини, зловживання біологічно активними добавками. Батьки дитини також мали власні психіатричні розлади. Після отримання курсу тіаміну, стабілізації стану, пацієнтка разом із батьками скерована на консультацію до психіатра.

**Висновки.** Порушення харчової поведінки є розповсюдженою проблемою підлітків і може призводити до несприятливих, загрозливих для життя наслідків.

# ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ ПРОТЕЇНУ S-100 У ФОРМУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Гніда Н. І., Браткова Л. Б.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Центральна та ентеральна нервові системи у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) виявляють тісний взаємозв'язок та обумовлюють патофізіологічні механізми розвитку функціональних розладів органів травлення (ФРОТ), що обумовлено особливостями взаємодії між ними, з урахуванням притаманних РАС реакціям вегетативної дезадаптації, підвищеної чутливості, ендогенного стресу, специфічних особистісних характеристик, харчової поведінки та вказує на виняткову значущість патології шлунково-кишкового тракту (ШКТ) при РАС.

**Мета роботи.** Оцінити роль протеїну S-100 як нейромедіатора у взаємозв'язку із наявними ФРОТ у дітей з РАС.

**Матеріали та методи:** Обстежено 66 дітей, від 2 до 4 років, із підтвердженим діагнозом РАС, яких розподілено на групу А – діти РАС+ФРОТ (45), та групу Б – РАС без ФРОТ (21). Визначення сироваткової концентрації протеїну S-100 проводили імунохімічним способом із електрохемилюмінесцентною детекцією (ECLIA) у сертифікованій лабораторії (GCLP 2011, ISO 9001:2000, сертифікат акредитації МОЗ України № 012850). Референтними показниками відповідно до стандартів лабораторії вважались: діапазони норми – до 0,105 мкг/л.

**Результати та їх обговорення.** Визначено підвищення рівня S-100 ( $0,35 \pm 0,12$ ) мкг/л у пацієнтів із РАС на тлі синдрому подразненого кишківника (СПК), та на тлі функціональних розладів біліарного тракту (ФРБТ) – ( $0,13 \pm 0,06$ ) мкг/л. При синтропних ФРОТ у хворих на РАС реєструвався найбільш високий рівень S-100 – ( $0,65 \pm 0,19$ ) мкг/л, що достеменно відрізнялось від показників S-100 при ізольованому ФРБТ. Аналіз концентрації S-100 при РАС з урахуванням ФРОТ показав наявність прямого зв'язку у випадках ізольованого СПК та синтропної патології СПК+ФРБТ.

**Висновки:** Підвищення S-100 при ФРОТ може вказувати на роль порушення структур нейронів у механізмах розвитку субклінічного запалення при функціональних розладах травної системи.

# ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ЯК ПРЕДИКТОР УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Майстренко М. С., Сухіна Ю. О., Алавацька Т. В.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Фібриляція передсердь (ФП) – це найпоширеніше порушення серцевого ритму, яке є одним з причин виникнення інсульту, серцевої недостатності. Даний вид аритмії характеризується погіршенням скорочувальної функції передсердь, що може бути джерелом утворення тромбів у лівому передсерді (ЛП) та у вушці лівого передсердя (ВЛП). Радіочастотна катетерна абляція (РЧА) протягом багатьох років грає основну роль в лікуванні пацієнтів з ФП.

**Мета дослідження.** оцінка ефективності РЧА та її безпечної діяльності на функціональний стан міокарда, і виявлення тромбоемболічних ускладнень та інші феномени, асоційовані з дилатацією ЛП, його хаотичного скорочення, уповільнення кровотоку з наступним розвитком тромбів.

**Матеріали та методи.** Під наглядом знаходилося 34 пацієнта (21 жінка та 13 чоловіків) у віці від 54 до 70 років (58 +/- 2 роки). Для визначення ефективності проведеної РЧА при фібриляції передсердь та для виявлення наявності тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) у ЛП проводилися інструментальні методи діагностики серцево-судинної системи (Ехо-КГ та ЧПЕхо-КГ). В момент дослідження визначали розмір ЛП, швидкість кровотоку в лівому передсерді, та наявність чи відсутність пристінкових тромботичних мас, та вірогідність фрагментації патологічних утворень з подальшою можливістю закупорки судинного русла.

**Результати.** Згідно до отриманих даних обстеження, пацієнти були розподілені на дві групи:

1-ша група – 27 пацієнтів (79,41 %) – без виявлених ризиків ускладнень;

2-га група – 7 пацієнтів (20,59 %), у яких було виявлено збільшення розмірів ЛП, зниження швидкості кровотоку і наявні пристінкові тромби в лівому передсерді та була назначена додаткова антитромбоцитарна терапія для зниження можливості накопичення тромботичних мас.

**Висновки.** У пацієнтів з ФП після проведення РЧА обов'язково треба проводити Ехо-КГ та ЧПЕхо-КГ для оцінки ризику виникнення судинних ускладнень.

## АНАЛІЗ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ ТА ІНТЕРНІВ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

Остапчук Т. М., Саморукова А. Є.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Мета:** вивчити харчову поведінку студентів та інтернів ВНЗ.

**Матеріали та методи.** Під час дослідження було проанкетовано 39 учасників (жінок – 34 (87 %) і чоловіків – 5 (13 %)) за допомогою розробленої анкети.

**Результати.** Нормальний індекс маси тіла (ІМТ) мали 26 (67 %) опитаних (серед них жінок 24 (71 %), чоловіків 2 (40 %)); ожиріння – 5 (13 %): жінок – 3 (9 %), чоловіків – 2 (40 %); знижений ІМТ – 8 (20 %): жінок – 7 (24) %, чоловіків – 1 (20 %). Хронічні захворювання мають 10 (26 %) респондентів. М'ясо (біле та червоне), рибу щоденно вживають – 29 %, 5 %, 0 %; 2–3 рази на тиждень (р/тижд) – 62 %, 8 %, 15 %; 2–3 рази на місяць (р/міс) – 6 %, 28 %, 54 %; 1–2 р/міс – 0 %, 18 %, 26 %; не вживають взагалі – 3 %, 21 %, 5 % опитаних відповідно. Горіхи, боби: щоденно – 5 %, 0 %; 2–3 р/тижд – 21 %, 5 %; 2–3 р/міс – 31 %, 36 %; 1–2 р/міс – 33 %, 38 %; не вживають – 10 %, 21 %. Молоко, кисло-молочні напої, сир (твердий), сир («творог»): щоденно – 23 %, 13 %, 15 %, 0 %; 2–3 р/тижд – 15 %, 33 %, 64 %, 20 %; 2–3 р/міс – 15 %, 15 %, 18 %, 13 %; 1–2 р/міс – 21 %, 21 %, 5 %, 36 %; не вживають – 26 %, 15 %, 3 %, 13 %. Картоплю, макарони, крупи: щоденно – 0 %, 0 %, 33 %; 2–3 р/тижд – 56 %, 38 %, 33 %; 2–3 р/міс – 20 %, 36 %, 13 %; 1–2 р/міс – 13 %, 18 %, 13 %; не вживають – 11 %, 8 %, 8 %. Овочі та фрукти: щоденно – 49 %, 49 %; 2–3 р/тижд – 31 %, 44 %; 2–3 р/міс – 15 %, 5 %; 1–2 р/міс – 5 %, 2 %; не вживають – 0 %, 0 %. Жири (тваринні, рослинні), спреди щоденно вживають 18 %, 46 %, 2 %; 2–3 р/тижд – 36 %, 43 %, 2 %; 2–3 р/міс – 18 %, 8 %, 6 %; 1–2 р/міс – 13 %, 3 %, 2 %; не вживають – 20 %, 0 %, 88 %. Хліб: щоденно – 43 %; 2–3 р/тижд. – 33 %; 2–3 р/міс. – 8 %; 1 – 2 р/міс. – 8 %; не вживають – 8 %. Солодощі: щоденно – 46 %; 2 – 3 р/тижд. – 36 %; 2–3 р/міс. – 5 %; 1–2 р/міс. 8 %; не вживають – 5 %. Натуральні соки, солодку воду щоденно вживають 3 %, 0 %; 2–3 р/тижд. – 13 %, 18 %;

2–3 р/міс. – 18 %, 28 %; 1 – 2 р/міс. 38 %, 13 %; не вживають – 28 %, 41 %.

**Висновки.** 1. За результатами анкетування чверть студентів та інтернів мають хронічні захворювання ЛОР-органів, шлунково-кишкового тракту, крові, опорно-рухового апарату. 2. Дефіцит маси тіла виявлений у 24 % жінок. 3. У раціоні харчування встановлено недостатнє вживання: червоного м'яса, риби, бобових, хліба, молока, кисломолочних продуктів, тваринних жирів, овочів, фруктів, натуральних соків, натомість виявлено збільшене вживання солодоців.

## **ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОЛІЗАТУ КОЛАГЕНУ**

**Шаханов О. Г.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Одними з проблем у хірургічному лікуванні гриж живота є рецидиви гриж та проблеми приживлення імплантів. Мета. Дослідити у хворих після алогерніопластики вплив препарату гідролізату колагену на перебіг післяопераційного періоду. Поліпшити результати лікування хворих на вентральні грижі за рахунок використання препарату гідролізату колагену.

**Матеріали і методи.** В основі роботи результати лікування 98 хворих, які були прооперовані з приводу зовнішніх гриж черевної порожнини з використанням каркасних поліпропіленових сітчастих протезів, розташованих “sublay”. З загальної кількості хворих на зовнішні вентральні грижі чоловіків було 61 (62,2 %), жінок 37 (37,8 %). Для проведення порівняльного аналізу хворі були поділені на 2 групи: 1-ша група – основна, кількістю 68 хворих, що отримали після операції препарат гідролізату колагену, і 2-га група кількістю 30 хворих без його вживання.

**Результати.** Віддалені результати хірургічного лікування і використання препарату гідролізату колагену вивчались у період від 6 місяців до 2 років. Серед пацієнтів 1 групи рецидив виявлений у 1 (1,5 %) хворого, в 2-й групі – у 2 (6,7 %) хворих. При УЗ-дослідженні товщини сітчастого протеза зі сполучнотканинним компонентом через 1, 6 і 12 місяців встановлено, що в 1-й групі середня товщина комплексу сітчастого протезу зі сполучнотканинним шаром через 1 місяць склала  $1,0 \pm 0,11$  мм, у 2-й групі –  $0,8 \pm 0,19$  мм ( $p < 0,05$ ), через 6 міся-



ців –  $0,9 \pm 0,32$  мм і  $0,8 \pm 0,51$  мм відповідно. Також частота розвитку гіпертрофічних рубців помітно нижче в основній групі – 2 (5,8 %) випадки, ніж в контрольній – 5 (16,7 %) ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Використання препарату гідролізату колагену в післяопераційному періоді позитивно впливає на товщину сполучнотканинного компоненту у зоні поліпропіленового протезу в ранньому післяопераційному періоді. Зниження частоти рецидивів та ранніх післяопераційних ускладнень диктує необхідність подальшого вивчення проблеми колагеноутворення в зоні розташування імпланта.

## КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗОРОВИЙ СИНДРОМ У ШКОЛЯРІВ. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Новосельцев Ю. В., Дьячкова З. Е.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Широке впровадження комп'ютерних технологій в усі сфери нашого життя, в тому числі й у навчальний процес в школі, призвело до нової медико-соціальної проблеми – розвитку комп'ютерного зорового симптому (КЗС) у користувачів персональних комп'ютерів (ПК).

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність профілактично-лікувальних та організаційних заходів при виявленні КЗС у школярів, які навчаються онлайн.

**Матеріал і методи.** В кабінеті охорони зору дітей були оглянуті 50 школярів віком від 10 до 17 років, які проходили профілактичний огляд перед школою й не мали скарг та очної патології. Повторні обстеження проводились у 35 з цих школярів, які через 2–3 місяці після навчання звернулися зі скаргами. Проводилось загальноприйняте обстеження та визначення порогів кольорової чутливості. Школярі разом з батьками заповнювали розроблену нами анкету, яка відображала психосоматичний стан дитини та умови роботи за ПК.

**Результати.** Через 2–3 місяці після навчання онлайн у 35 школярів з 50 мали місце ознаки КЗС, які після проведеного комплексного лікування (ортоптичне, фосфен-електростимуляція, голковколювання по Су-Джок, вітамінотерапія) та виконання рекомендацій по організації робочого місця були усунені. Через 3 місяці після лікування у 19 (54 %) школярів, які в домашніх умовах регулярно виконували гімнастику очей, а також рекомендовані нами вправи для функціональної фізіологічної реабілітації сенсорного відділу зорового аналізатора, зберігалися високі функціональні та електрофізіологічні показники

органа зору. У 16 (46 %) школярів, що не виконували рекомендації лікаря, через 3 місяці після лікування знову з'явилися ознаки КЗС.

**Висновки.** Школярам, що навчаються онлайн, необхідний моніторинг зорових функцій і психосоматичного стану та своєчасне проведення комплексу заходів для профілактики та лікування КЗС.

## **ШВИДКІСТЬ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ**

**Гуненко І. І., Паламарчук Д. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Швидкість розповсюдження пульсової хвилі (ШРПХ) є важливим параметром, який відображає передачу імпульсу через артеріальну систему. Це вимірювання вказує на швидкість поширення пульсу по судинах і може бути інформативним показником функціонального стану судинного русла. ШРПХ залежить від різних факторів, зокрема від віку.

**Мета.** Оцінити показник ШРПХ у хворих на артеріальну гіпертензію в залежності від вікових категорій.

**Матеріали та методи.** В дослідження було залучено 71 пацієнт (середній вік  $39,6 \pm 12,5$ ) з артеріальною гіпертензією (АГ), які знаходились на стаціонарному лікуванні на базі кардіологічної клініки Військово-клінічного центру Південного регіону м. Одеса. Для вивчення особливостей рівня ШРПХ всі досліджувані були розподілені на 2 групи: «молодий» вік (18–44 років) ( $n = 41$ ) та «середній» вік (45–59 років) ( $n=30$ ) у відповідності з віковою категорією ВООЗ. Вимірювання ШРПХ проводилося за загальноприйнятою каротидно-феморальною методикою. Згідно «золотого» стандарту, нормальним значенням ШРПХ вважався показник, що не перевищував 10 м/с.

**Результати та обговорення.** Аналіз отриманих результатів показав що у хворих з АГ у віці 18–44 років показник ШРПХ не перевищував норму (до 10 м/с), вказуючи на меншу ризиковість розвитку підвищеної ригідності артерій у цій віковій категорії та склав  $8,6 \pm 1,15$  м/с. Однак у хворих віком 45–59 років спостерігалось достовірне збільшення ШРПХ до  $10,7 \pm 1,09$  м/с ( $p < 0,01$ ), перевищуючи свої нормативні показники та свідчило про вищий ризик розвитку підвищеної ригідності артерій у групі «середнього» віку. Необхідно також підк-

реслити, що дане підвищення у «молодому» віці спостерігалось у 12 % хворих (5 осіб із 41), а у віці 45–59 років – у 67 % (20 осіб із 30). Значуща різниця в розподілі показників ШРПХ між віковими категоріями підкреслює важливість урахування віку при оцінці ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з АГ.

**Висновок.** Отримані нами результати підтверджують необхідність подальших досліджень для розуміння причин та механізмів зростання ШРПХ в залежності від віку, а також для розробки ефективних стратегій профілактики та серцево-судинних ускладнень у хворих з АГ, зокрема враховуючи вікову диференціацію.

## **МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

**Філоненко О. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Зоровий аналізатор є важливою функцією організму, який забезпечує не тільки можливість бачити навколишній світ, але й формувати на його основі різні навички і, як наслідок певні фізичні, психологічні, духовні та соціальні особливості особистості.

Однак, наприклад, при порушенні цілісності органу зору функціональні зміни незворотні і постає першочергове питання щодо потенціалу відновлення усіх складових здоров'я.

**Мета.** Зацікавити спільному молодих вчених до розробки нестандартних підходів до реабілітації пацієнтів на прикладі пацієнтів з порушенням зору, заохотити останніх до інноваційної діяльності, продемонструвати можливості командної роботи на прикладі проекту роботи реальної команди, що прийняла участь у проекті Hei4Future.

### **Завдання:**

Проаналізувати найбільш актуальний напрямок з наявних за умовами проекту.

Проаналізувати основні фізичні, психологічні та соціальні особливості обраної категорії осіб.

Розробити принципово новий підхід до підвищення можливостей фізичної, психологічної та соціальної реабілітації.

Проаналізувати наявність найбільш близьких аналогів.

Змоделювати прототип.

На основі роботи команди ОНМедУ, що прийняла участь у проєкті Hei4Future та отримала номінацію «Найбільш перспективний проєкт» можемо зазначити, що на аналіз актуального вибору напрямку проєкту серед запропонованих витрачено 10 хвилин; для формування основної ідеї – 10 хвилин; вибір напрямку можливого технічного рішення для вирішення завдань основної ідеї – 15 хвилин; процеси аналізу основних фізичних, психологічних та соціальних особливостей обраної категорії осіб, аналіз найбільш близьких прототипів та моделювання прототипу проєкту проводилися паралельно завдяки командній роботі загальний витрачений час – 2 години. Для підготовки презентації проєкту згідно до умов конкурсу витрачено біля 6 годин.

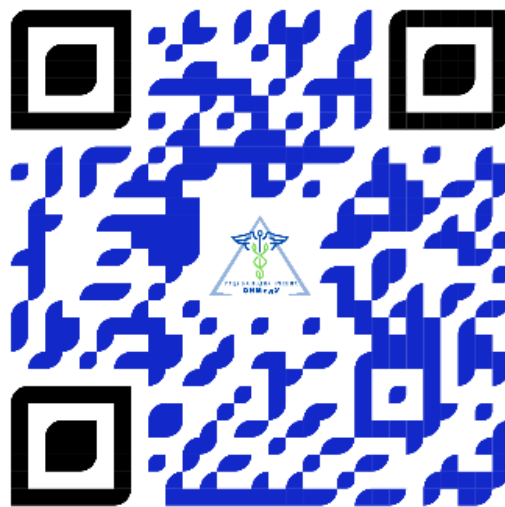
Дані показники були продемонстровані командою Endorphins, яка є гарно згуртованою, однак не має достатнього досвіду участі у відповідних програмах. Також слід зазначити, що при аналізі таймінгу на різних етапах брейнсторму звертає увагу час, який потребує якісна підготовка до презентації проєкту.

Стендова доповідь:

### Стендова доповідь

## МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ПОРУШЕННЯ СНУ У ДІТЕЙ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ

Ткаченко О.



## БЛОК 3

### ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА КАФЕДРІ АНАТОМІЇ ТА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ІРЛАНДСЬКОМУ КОРОЛІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ХІРУРГІВ

Прус Р. В., Прус І. В.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

*Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland*

Проходячи стажування в медичному Ірландському університеті на кафедрі анатомії та регенеративної медицини, можна чітко зрозуміти та виділити основні європейські цінності та відмінності від української системи навчання студентів-медиків. Враховуючи, що Україна вже є країною-кандидатом до членства у Європейському союзі, ми маємо унікальну можливість порівняти українську систему освіти у вищому медичному закладі з сучасною європейською освітою задля швидкої та зручної інтеграції в єдину європейську систему освіти на науки.

Кафедра анатомії та регенеративної медицини була відкрита у 1785 р. і навчання анатомії відбувалося за прикладним типом, а саме – з обов’язковим використанням трупного матеріалу для вивчення кожної теми та розділу з анатомії людини. Доведено, що дана система навчання є високоефективною у підготовці не лише майбутніх лікарів-хірургів, а й для лікарів інших спеціалізацій. Саме тому у 2023 р. вивчення анатомії людини проходить за типом дисекційного кадаверкурсу, що передбачає вивчення кожної окремої теми з анатомії людини на трупному матеріалі з подальшим препаруванням, задля досконалого практичного вивчення теми. Це розширює уявлення майбутніх лікарів про цілісність та взаємозв’язок усіх систем організму людини задля успішної інтеграції практичних фундаментальних навичок у клінічну практику. Цікавим виявилось те, що на законодавчому рівні в Ірландії діє програма «Анатомічного подарунку», яка передбачає пожертвування людського тіла після смерті кафедрі анатомії та медичної реабілітації для навчання студентів.

Загалом навчання на кафедрі анатомії та регенеративної медицини триває 2 роки (4 семестри). В кожному семестрі вивчаються окремі системи організму. Цікаво те, що відразу вивчається топографічна

складова частин тіла. Наприклад, анатомічна будова верхньої вільної кінцівки вивчається в цілому, а не окремо по підрозділам. Тобто, кістки, суглоби, зв'язки, м'язи, іннервація, артеріальне кровопостачання та венозний і лімфатичний відтік вивчаються в одній темі методом препарування з «quiz-опитуванням». Саме це дає змогу студентам зміцнити свої теоретичні знання на практиці.

Отже, порівнюючи особливості структури навчання студентів-медиків ми бачимо принципові відмінності у навчальному плані, хоча вони не є суттєво принциповими і не можуть кардинально впливати на результат навчання. Проте, наявність дисекційного кадавер-курсу суттєво підвищує рівень практичних навичок, зв'язок між фундаментальними та клінічними науками, поглиблює розуміння клінічних предметів та розвиває клінічне міркування для майбутніх лікарів різних спеціалізацій.

## **ВИПАДОК НЕДОСКОНАЛОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ У НОВОНАРОДЖЕНОГО**

**Гришко Н. О., Насс В. О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Недосконалий остеогенез (НО), *хвороба «кришталевої людини», хвороба Лобштейна – Вролика*) це генетичне захворювання сполучної тканини, що зустрічається рідко з частотою 1–7,2:10000–1:20000 новонароджених. Дане вроджене захворювання в переважній більшості випадків є наслідком мутацій в генах COL1A1 і COL1A2, що відповідають за синтез колагену 1 типу, та призводить до порушення формування колагенових волокон, процесів утворення кісткового матриксу та його мінералізації з формуванням кісткової тканини, яка має низькі механічні властивості, результатом чого є виникнення множинних переломів кісток та прогресуючих деформацій скелета. Відомо 15 типів НО, з яких найбільш важким перебігом відрізняється II тип у вигляді 100 % смертності хворих у неонатальному чи перинатальному періодах.

**Мета:** визначити особливості ранньої діагностики та перебігу НО.

**Матеріал та методи.** За останні 10 років під нашим спостереженням було 5 дітей. З них у 3 було діагностовано *osteogenesis imperfecta congenita* та у 2 *osteogenesis imperfecta tarda*. Діагноз зазвичай ставився з урахуванням клінічних та за допомогою рентгенологі-

чних даних: виявлення переломів, визначення їхньої давності, стадії репарації остеопенії, остеопорозу, виявлення деформацій довгих трубчастих кісток.

**Результати.** Лікування пацієнтів з НО має бути комплексним та здійснюватися мультидисциплінарною командою фахівців, що складається з педіатра, ендокринолога, реабілітолога, травматолога-ортопеда, генетика, стоматолога, психолога та соціального працівника. Складність аналізу результатів лікування хворих НО полягає в нечисленності груп, малої тривалості спостережень, високої варіабельності перебігу захворювання та відсутності контрольної групи.

**Висновок.** Рентгенологічні дані дозволяють стовідсотково діагностувати цю рідкісну патологію. На даний момент не існує стандартів надання допомоги хворим на НО, кожен пацієнт вимагає індивідуального підходу при підборі медикаментозної терапії, і при плануванні хірургічного лікування. Реабілітаційна терапія відіграє ключову роль у підтримці та розширенні рухового режиму пацієнта, у подоланні страху отримання нових переломів.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

**Меліксетян К. Г., Бойко А. В., Кофанова Д. М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

За даними сучасної літератури, близько 10 % пневмоній серед дітей ускладнюються деструкцією легень, що характеризує важкий перебіг та нерідко становлять загрозу життю хворого. Ускладнення деструктивних пневмоній приводять до затяжного періоду одужання, саме тому є важливим виявити яка група дітей більш схильна до розвитку легенево-плевральних уражень (ЛПУ).

**Мета:** виявити вікові особливості перебігу деструктивних пневмоній у дітей, що супроводжувались ЛПУ.

**Матеріали та методи.** У ході роботи було опрацьовано 617 клінічних випадків пневмоній, які лікувались в ООДКЛ за останні десять років. Хлопчиків серед них було 330 (53,5 %), дівчат – 278 (46,5 %). За віком діти були поділені на 4 вікові групи, з них: до 1 року – 28 (24,5 %) дітей, до 3-х років – 139 (22,5 %) випадків, від 3-х до 15-ти років – 364 (59 %) пацієнта та старше 15 років – 86 (14 %) хворих.

**Результати дослідження.** Діти, у яких було встановлено деструкцію легень склали 322 клінічних випадків (52,2 %), з яких у 222 (68,9 %) були ЛПУ. Ускладнення розподілялись наступно: піоторакс – 163 випадки (50,6 %), пневмоторакс – 15 випадків (4,6 %), піопневмоторакс – 44 випадки (13,7 %). Було встановлено, що найбільш схильними до розвитку ЛПУ були діти 3 вікової групи (від 3-х до 15-ти рр.). Крім того, найбільш розповсюдженим ЛПУ – є піоторакс (50,6 %).

**Висновки.** Особливості перебігу деструктивних пневмоній у дітей потребують ощадливого та індивідуального своєчасного комплексного лікування задля профілактики ускладнень.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ

**Габінет К. М., Байдик В. В.**

*Одеський національний медичний університет, Україна, Одеса*

Гострий гематогенний остеомієліт у дітей характеризується швидким розвитком захворювання і частою генералізацією процесу, що нерідко становить загрозу життю. Перехід гострого гематогенного остеомієліту в хронічну форму веде до повної чи часткової втрати працездатності та інвалідизації.

**Мета:** виявити особливості перебігу гострого гематогенного остеомієліту у дітей різних вікових груп та різної локалізації.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням було 92 дитини з гострим гематогенним остеомієлітом, які лікувались в ООДКЛ за останні 5 років, серед яких було 52 (56,5 %) хлопчика, 40 (43,5 %) – дівчаток. За віком діти були поділені на 4 вікові групи, з них до 1 року – 22 (23,9 %), діти віком 1–3 роки – 3 (3,3 %), діти віком 3–15 років – 56 (60,9 %) та діти від 15 до 18 років – 11 (11,9 %).

**Результати досліджень.** Діти, у яких найбільш частіше вражалась стегнова кістка склали 40 (43,5 %) клінічних випадків, хворі з гострим гематогенним остеомієлітом кісток гомілки склали 13 (14,1 %) випадків, кісток стопи – 12 (13 %), кисті – 10 (10,9 %), плеча – 10 (10,9 %), та по 2 (2,2 %) клінічних випадки гострого гематогенного остеомієліту кісток тазу та лопатки. В 15 (16,3 %) випадках відміча-



лась септикопиемічна форма гострого гематогенного остеомиєліту. Найбільш схильною до захворювання на гострий гематогенний остеомиєліт є діти від 3 до 15 років – 56 (60,9 %) осіб.

**Висновки.** Особливості перебігу гострого гематогенного остеомиєліту у дітей потребують ощадливого та індивідуального своєчасного комплексного лікування задля профілактики ускладнень та запобігання інвалідизації.

## **ВИКОРИСТАННЯ БІОАКТИВНОГО БОРАТНОГО СКЛОМАТЕРІАЛУ У ЛІКУВАННІ ЗНАЧНИХ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН ШКІРИ ГОЛОВИ**

**Фільчук М. М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Дефекти м'яких тканин шкіри голови можуть бути обумовлені важкою черепно-мозковою травмою (ЧМТ) або наслідками хірургічного лікування вроджених вад розвитку центральної нервової системи (ЦНС). ЧМТ у дітей є найбільш частим видом травми, що зустрічається частіше, ніж у дорослих і за даними різних авторів, складає 21–45 % всіх госпіталізованих. Як свідчать результати епідеміологічних досліджень у країнах СНД частота випадків ЧМТ у немовлят становить 25–25,9 %. Щодо вроджених вад розвитку (ВВР) – загальна частота складає 15,4 на тисячу новонароджених дітей; 26–28 % – вади нервової системи.

**Метою** дослідження є покращення результатів лікування хворих з великими дефектами м'яких тканин шкіри голови за допомогою інноваційного матеріалу, що складається виключно з біоактивного боратного скловолокна. Це гнучка і формована ранова матриця, яку можна легко підлаштувати під геометрію рани.

**Матеріали і методи.** На базі нейрохірургічного відділення ООДКЛ було проведено дослідження дії каркасу з біоактивного матеріалу під час лікування дефектів м'яких тканин волосистої частини голови на 2-х клінічних випадках у дітей з політравмою та ВВР ЦНС (задня мозкова грижа).

**Результати.** Як показав досвід застосування біоактивного боратного скла для лікування дефектів ран у дітей, повне загоєння спостерігали протягом 8 тижнів без ускладнень. Рани поступово епітелізу-

валися як з глибини, так і з периферії зі швидкістю до 12–15 % площі на тиждень. Негативної загальної або місцевої реакції на боратне скло у пацієнтів не спостерігали.

**Висновки.** Проведене дослідження показало ефективність використання боратного скловолокна в лікуванні дітей зі значними дефектами м'яких тканин волосної частини голови. Завдяки особливій структурі і складу, тимчасовий каркас із біоактивних матеріалів являє собою інноваційне рішення для лікування ран.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ РІЗНОМАНІТНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ

Тер-Варданян Д. Г., Артюх А. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Гемангіоми – судинні пухлини, які займають серед усіх пухлин у дітей перше місце (30 %). Маніфестуючі з моменту народження вони нерідко мають прогресивний ріст, який приводить як до косметичного так і до функціонального порушення. Особливе місце займають гемангіоми важкої анатомічної локалізації (обличчя, шия, молочна залоза у дівчаток, зовнішні статеві органи та т. д.).

**Мета** – вибір тактики лікування гемангіом в залежності від їх локалізації, глибини розташування, інтенсивності росту, діаметру живильної судини.

**Матеріали та методи.** у дослідження включено 152 стаціонарних хворих віком від 1 місяця до 12 років з гемангіомами обличчя та шиї (43; 28,3 %), тулубу (66; 43,4 %), зовнішніх статевих органів (19; 12,5 %), кінцівок (24; 15,8 %), що лікувалися в ООДКЛ з 2020 по 2023 рік.

**Результати.** Із 152 дітей, що лікувалися в ООДКЛ 64 (42,2 %) проходили терапію Б-блокаторами, 55 (36,1 %), кріодеструкцію, а 33 (21,7 %) лікувалися оперативно.

**Висновки.** Лікування гемангіом у дітей повинно бути суворо індивідуальним, так як кожна пухлина має право на свої особливості розвитку. Тому вибір методу лікування повинен бути заснований враховуючи локалізацію, інтенсивність росту та потребує динамічного спостереження, в деяких випадках адаптації тактики лікування.

# ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ ЧАСТИНИ ПРОГРАМИ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Руденко О. В., Потапчук Ю. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Періопераційний контроль болю в лапароскопічній хірургії має велике значення у покращенні як найближчих, так і віддалених результатів та в зменшенні летальності при деструктивних формах та їх ускладненнях. Водночас у післяопераційному періоді після анестезії часто виникають ускладнення різного ступеня вираженості: післяопераційна нудота і блювання, седація, дегідратація, затримка сечовипускання. Мультимодальна аналгезія (ММА) як періоперативний метод зменшення больових відчуттів пацієнта протягом його перебування в стаціонарі є невід'ємною частиною Fast-track-хірургії.

**Мета дослідження** – покращити результати анестезіологічного забезпечення лапароскопічних холецистектомій шляхом використання мультимодальної аналгезії та редукції післяопераційного болю після хірургічного втручання.

**Методи дослідження.** Нами проведено аналіз 110 результатів анестезіологічного забезпечення лапароскопічних холецистектомій. Для контролю рівня больової імпульсації в післяопераційному періоді ми використовували візуально-аналогову шкалу оцінки болю (ВАШ) у перші 2–3 доби після операції. Пацієнти були розподілені на дві групи – основну (55 осіб, 50,0 %) і групу порівняння (55 осіб, 50,0 %). Пацієнтам контрольної групи здійснювали стандартне знеболювання нестероїдним протизапальним препаратом 3 рази на добу, а в основній групі використовували ММА. Проаналізувавши вираженість больової імпульсації після лапароскопічної холецистектомії в основній групі, ми зафіксували на 1-шу добу рівень болю за ВАШ  $2,87 \pm 0,74$ , на 2-гу добу –  $2,01 \pm 0,50$  ( $p < 0,001$ ). Середня тривалість перебування у стаціонарі становила 1,72 доби. Отримані нами дані вказують на те, що у разі використання ММА хворі суб'єктивно оцінювали біль в ранньому післяопераційному періоді як легкий та помірний. Безумовно, водночас з ММА на рівень больової імпульсації впливає і фактор мінімізації операційної травми, а отже, й операційного стресу завдяки використанню сучасних мініінвазивних оперативних методик.

**Висновки.** ММА є однією з ключових ланок Fast-track-хірургії. Ефективність зменшення ПБ в перші доби після хірургічного втручання прямо впливає на швидкість відновлення організму пацієнта і тривалість його перебування на стаціонарному лікуванні. Пришвидшене відновлення після операцій позитивно впливає на якість лікування та дозволяє економити кошти на стаціонарне перебування хворого.

## БЛОК 4

### ПОРІВНЯННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ОЦІНКИ СИНДРОМУ СТАРЕЧОЇ АСТЕНІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ШКАЛИ FRAILTY ТА EDMONTON FRAIL У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Бульба П. О., Данилюк М. Б.

*Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,  
Запоріжжя, Україна*

Синдром старечої астениї (ССА) – це асоційований із віком синдром, що характеризується трьома взаємозалежними, зумовленими віком станами: синдром недостатності харчування (мальнутриція), саркопенія (втрата м'язової маси), зниження метаболічного індексу та фізичної активності.

За даними Barbagallo M. та співавторів ССА є чітким прогностичним критерієм несприятливих післяопераційних наслідків, включаючи медичні ускладнення, тривале стаціонарне лікування, повторну госпіталізацію та летальність.

**Мета:** порівняти ефективність оцінки синдрому старечої астениї за допомогою шкали Frailty та Edmonton Frail у пацієнтів похилого та старечого віку у невідкладній абдомінальній хірургії.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведення діагностики старечої астениї у пацієнтів похилого і старечого віку проводилося за допомогою двох шкал: Frailty та Edmonton Frail, а також було визначено кореляцію між астениєю та ступенем важкості стану пацієнтів за шкалою P – POSSUM. Нами було проаналізовано результати оцінки старечої астениї у 80 пацієнтів віком від 60 до 89 років, що були госпіталізовані в ургентному порядку з діагнозом жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) гострий холецистит.

**Результати.** На основі вибраних шкал нами була проведена діагностика старечої астениї. В основну групу включено 80 (100,0 %) пацієнтів яким проведена діагностика за допомогою шкали Edmonton Frail.. Враховуючи дані, усі пацієнти розділені на дві підгрупи: до підгрупи А включено 50 (62,5 %) пацієнтів, у яких не виявлено старечої астениї. В підгрупу В увійшло 30 (37,5 %) пацієнтів, яким було діаг-

ностовано астенію за допомогою шкали Edmonton Frail. Опитування за цією шкалою хворі проходили в середньому за  $(22\pm 3)$  хв.

В якості порівняльного аналізу усім пацієнтам також, була проведена оцінка наявності старечої астенії за допомогою шкали Frailty, дані цієї групи віднесені до групи порівняння та склали 48 (60,0 %) пацієнтів без астенії – підгрупа С та 32 (40,0 %) з астенією – підгрупа D. Тривалість опитування за шкалою склала  $360\pm 22$  хв.

Усі 80 (100 %) пацієнтів були прооперовані в ургентному порядку. Лапароскопічна холецистектомія з дрениванням черевної порожнини виконана у 79 (98,8 %) пацієнтів, лише у одного (1,2 %) хворого оперативне втручання розширено шляхом конверсії, мінілапаротомії з холецистектомією та дрениванням черевної порожнини.

Аналізуючи характеристику ускладнень видно, що частота виявлення післяопераційних ускладнень значно зростає у категорії пацієнтів із астенією, підтвердженою як шкалою Edmonton Frail – 23,3 %,  $U = 605,0$ ,  $p = 0,0087$ , так і за шкалою Frailty – 21,9 % –  $U = 632,0$ ,  $p = 0,0150$ . Тоді як при порівнянні результатів частоти виявлених ускладнень в підгрупах А та С; В та D статистичної різниці не виявлено,  $p = 1,0$ , що підтверджує рівнозначну достовірність обох шкал.

Таким чином післяопераційні ускладнення в підгрупах без астенії незначні (серома, білома), а у підгрупах із астенією виявлені ускладнення, які значно вплинули на результати післяопераційного періоду. Діагноз пневмонія потребував корекції післяопераційної терапії та вплинув на загальну тривалість лікування. Також, потрібно відмітити, що пацієнти в підгрупах із астенією 2 (В – 6,7 %; D – 6,3 %), враховуючи важкість стану, потребували пролонгованою ШВЛ та перебування в інтенсивній терапії. Середній час перебування пацієнтів у стаціонарі в підгрупах без астенії (А та С) склав  $7,9\pm 2,1$  доби, а у підгрупах В та D –  $9,7\pm 3,1$ ,  $U = 518,1$ ,  $p = 0,0214$ . Летальних випадків не було.

**Висновки.** Частота виявлення синдрому старечої астенії за допомогою шкали Edmonton Frail та Frailty у пацієнтів похилого і старечого віку у невідкладній абдомінальній хірургії були рівнозначними,  $U = 3120,0$   $p = 0,7862$ .

На наш погляд шкала Edmonton Frail є більш зручною у використанні при ургентних станах, тому що вона є більш простою, але не менш ефективною, а середній час діагностики астенії за її допомогою

склав ( $22\pm 3$ ) хв, тоді як повна діагностика за допомогою шкали Frailty зайняла ( $360\pm 22$ ) хв,  $U = 24,5$ ,  $p < 0,0001$ .

Визначено значне зростання частоти післяопераційних ускладнень у категорії пацієнтів із астеною, підтвердженою як по шкалі Edmonton Frail – 23,3 %,  $U = 605,0$ ,  $p = 0,0087$ , так і за шкалою Frailty – 21,9 % –  $U = 632,0$ ,  $p = 0,0150$ .

## **АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ОНКОХВОРИХ ЖІНОК**

**Станіславчук В. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

В сучасному світі спостерігається швидке збільшення випадків розвитку онкологічних захворювань. В Україні причина смерті в зв'язку з злоякісними новоутвореннями знаходиться на другому місці після серцево-судинної патології. Рак – це одне з важких захворювань, яке змінює життєвий розклад не тільки хворого, але й усієї родини.

Метою даного дослідження було вивчити депресивний стан жінок, хворих на рак шийки матки, поєднаний з ожирінням.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, анамнестичний, експериментально-психологічний (для вивчення рівня тривоги і депресивної симптоматики – шкала Гамільтона).

Проведено дослідження 18 пацієнтів віком від 45 до 65 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Одеському обласному онкологічному диспансері із ожирінням та 15 пацієнтів з онкозахворюванням без ожиріння, того ж віку.

Під час клініко-психопатологічного й експериментально-психологічного обстеження онкохворих з ожирінням виявили депресію, вона зустрічалася у 64 % хворих, у тому числі у 17 % з них – середнього та високого ступеня вираженості, тривогу – у 42 % обстежених, у тому числі у 19 % з них середнього та високого ступеня вираженості, емоційну лабільність – у 21 % і дисфорію – у 34 % хворих. У більшості випадків були діагностовані кілька станів у одних і тих же хворих. Стосовно онкохворих без ожиріння отримані наступні результати: депресія легкого ступеня виявлялася у 2 % випадків, тривога се-

реднього і високого ступеня вираженості спостерігалася у 44 %, емоційної лабільності та дисфорії помічено не було.

Таким чином, на підставі отриманих даних, можна встановити взаємозв'язок між онкозахворюванням, поєднаного з ожирінням та депресією, а також виявити вплив психічного стану на перебіг онкозахворювання.

## **БЕЗСУДОМНИЙ ФОКАЛЬНИЙ ЕПІСТАТУС: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ТА ВЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

**Бугаєнко А. Р., Ходос О. С.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Безсудомний фокальний епілептичний статус (БФЕС) характеризується стійкою зміною психічного статусу, що триває більше 10 хвилин, епілептиформною активністю на ЕЕГ, і незначними або відсутніми моторними проявами. У зв'язку з труднощами швидкої діагностики, через відсутність специфічних клінічних проявів БФЕС часто залишається нерозпізнаним і його терапія не проводиться вчасно.

**Клінічний випадок.** Пацієнтка 48 років, прооперована щодо позамозкового новоутворення лівої скроневої ділянки, що клінічно маніфестувало генералізованим тоніко-клонічним нападом за 1 місяць до оперативного лікування. Протисудомну терапію не отримувала. Супутніх коморбідностей немає. Ранній післяопераційний період на 9-й день ускладнився періодичними короткотривалими (10–20 хвилин) епізодами сенсорної, моторної та сенсо-моторної афазії, складними слуховими галюцинаціями (музика, що не несе загрозливого характеру), паракузій у вигляді ехокузій. КТ контроль не виявив ознак нового вогнищового ураження головного мозку. Симптоми зберігалися 3 доби та мали хвилеподібний перебіг. У хворої було діагностовано фокальний безсудомний сенсорний епістатус. На тлі інфузійної терапії вальпроєвою кислотою у дозі 0,2 г/кг на добу, симптоми повністю зникли після першої доби терапії.

**Висновки.** БФЕС потребує ретельної диференційної діагностики, особливо у пацієнтів без попередніх судомних нападів. Незважаючи



на відсутність судомної активності він може призвести до пошкодження нейронів, тому критично важливі його раннє розпізнавання та лікування.

## **КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ МАРКЕРИ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ХИБНІСТЬ В ДІАГНОСТИЦІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ**

**Руських О. О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Незважаючи на поширеність методів нейровізуалізації встановлення правильного діагнозу розсіяного склерозу (РС) може бути складним завданням. Нещодавні дослідження показали, що майже в 20 % пацієнтів з іншими неврологічними захворюваннями помилково діагностовано РС.

**Мета.** Визначити клініко-нейровізуалізаційні маркери, що обумовлюють хибність в діагностиці РС.

**Методи:** проаналізовано низку рідкісних клінічних кейсів пацієнтів із нейрохірургічною коморбідністю, яким було хибно встановлено діагноз РС.

**Результат.** Серія з 2-х випадків, пацієнтів із встановленим діагнозом РС, що отримували ХМТ. Діагноз встановлено після 1-го моносимптомного сенсорного епізоду. МРТ в динаміці стабільне: багатовогнищеве контраст-негативне T1-гіпо/T2-гіперінтенсивне ураження головного мозку із мілкими поодинокими юстакортикальними вогнищами та найбільшим солітарним постійно контраст-накопичуючим вогнищем. При динамічному перегляді із урахуванням SWI послідовностей контраст-позитивні вогнища переоцінені на користь кавернозних ангиом. Через відсутність критерію McDonald «дисемінації у часі», діагноз РС скасовано, відміна ХМТ, пацієнти стабільні 7 та 4 роки відповідно.

**Висновки.** Судинні мальформації головного мозку можуть мімікрувати контрастні вогнища на МРТ. Використання SWI може бути корисним у виявленні судинних мальформацій головного мозку. РС потребує ретельної диференційної діагностики із клініко-нейровізуалізаційним співставленням.

# СИНДРОМ ПРОКЛЯТТЯ УНДИНИ ЯК РІДКІСНИЙ ПРОЯВ АВТОІМУННОГО ЕНЦЕФАЛІТУ

Гнатовська Д. І.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

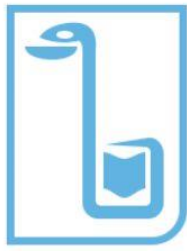
**Актуальність.** Синдром прокляття Ундини – це рідкісний стан, характерний для вродженого синдрому центральної гіповентиляції, але також описаний при низці інших захворювань, таких як інфаркт стовбура мозку, травма, бульбарний поліомієліт, розсіяний склероз, пухлини мозкового стовбура, мітохондріальні дисфункції, мультисистемна атрофія та інші.

**Методи:** аналіз клінічного випадку 29-річної пацієнтки з хронічним автоімунним енцефалітом після перенесеного стовбурового енцефаліту у дитячому віці.

**Клінічний випадок:** пацієнтка 29 років, в 8 років перенесла вірусний стовбуровий енцефаліт, що завершився повним одужанням після лікування ацикловіром. Протягом останніх 8 місяців з'явилися прогресуючі фармакорезистентні міоклонічні та генералізовані тоніко-клонічні судоми, що провокувалися REM-фазою сну, та повторювані епізоди окорохових, бульбарних порушень, парезів. Стан покращувався після коротких курсів лікування ГКС. МРТ в динаміці демонструвала прогресуюче T1-гіпоінтенсивне/T2-гіперінтенсивне вогнищеве ураження стовбура мозку, з періодичним накопиченням контрастної речовини. Попередні госпіталізації виключили нейроінфекції, мітохондріальні дисфункції, розсіяний склероз, церебральний васкуліт, паранеопластичний синдром. Госпіталізована у зв'язку з новим епізодом паралічу погляду, бульбарної дисфункції, тетрапарезу, парадоксальної гіпер-гіпотензії та апное під час сну.

Отримано значний позитивний ефект від комплексного лікування: «пульс»-терапія метилпреднізолоном, людським імуноглобуліном та наступного прийому пероральних ГКС.

**Висновок.** Синдром прокляття Ундини може бути рідкісним проявом автоімунного енцефаліту.



# АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ І УРОЛОГІЯ



## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

**Яковлева Н. В., Півень В. Р., Літвін К. П.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Дослідження понад 110 000 пацієнток показало, що у жінок з ендометріозом в анамнезі ризик серцево-судинних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця, гіпертонія та гіперхолестеринемія на 34 % вищий, на відміну від жінок, які не страждають на це захворювання. Ризики ішемічного інсульту були значно підвищені при ендометріозі яєчників, тазової очеревини, ректовагінальної перетинки та піхви за наявності безпліддя [Му Ф., Річ-Едвардс Дж. та ін, 2017].

Жінки з ендометріозом мають гіперзапальне середовище як локально (в черевній порожнині), так і системно [Zondervan КТ,2018; Лей Ш. та ін.,2017] що може сприяти більшому ризику серцево-судинних захворювань (ICAM-1 (молекула внутрішньоклітинної адгезії 1), CRP (С-реактивний білок), ІЛ (інтерлейкін)-1 та ІЛ-6, TNF (пухлинний фактор некрозу) та VEGF (судинний ендотеліальний фактор росту).

Ранній вік менопаузи може суттєво змінити початок кардіометаболічного захворювання шляхом змін в ендогенному, запальному, імунологічному та гормональному середовищі жінки, отже, зв'язок між ендометріозом і ризиком інсульту частково опосередковується випадками оваріектомії, гістеректомії (39 %) та гормональною терапією (16 %) [Лафлін-Томмазо С. К. та ін., 2018].

**Висновки.** Важливо приділяти увагу гінекологічному анамнезу під час консультування пацієнток та оцінювати серцево-судинні фактори ризику та первинну профілактику серцево-судинних захворювань.

## **ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ**

**Швага М. Ю., Старовойтова Г. Ю.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** У структурі гінекологічної захворюваності міома матки займає друге місце та є однією з найактуальніших проблем у сучасній гінекології.

**Мета дослідження.** Провести аналіз тактики ведення пологів у пацієнток після консервативної міомектомії залежності від стану післяопераційного рубця.

**Матеріали та методи.** За період 2021–2023 (січень) рр. було проаналізовано

у 35 жінок тактику ведення пологів після консервативної міомектомії лапароскопічним доступом. Вік досліджуваних пацієнток перебував у межах від 22 до 41 року. Бажана вагітність після оперативного втручання настала в інтервалі від 1-го до 2 років. Всі пацієнтки були обстежені за допомогою ультразвукового дослідження для виключення ознак неповноцінності післяопераційного рубця.

**Результати та їх обговорення.** У 34 (97,1 %) жінок, з субсерозними міоматозними вузлами до 5 см в ділянці дна та тіла матки, під час консервативної міомектомії було виконано ушивання дефекту стінки матки шляхом накладання однорядного шва. Всім жінкам було виконано динамічне спостереження за станом післяопераційного рубця на протязі вагітності та рекомендовано ведення пологів через природні пологові шляхи. Одна (2,9 %) жінка була прооперована з приводу інтрамурально-субсерозного міоматозного вузла розміром до 7 см по передній стінці в ділянці перешийку, в ході операції ушивання дефекту стінки матки виконано шляхом накладання дворядного шва (2014р.). В 2016 році під час третього триместру вагітності (33 тижні) за даними ультразвукового дослідження було виявлено ознаки неспроможності рубця після консервативної міомектомії та рекомендовано плановий кесарів розтин.

**Висновки.** Для вирішення метода розродження необхідно враховувати стан та локалізацію післяопераційного рубця який є фактором ризику розриву матки при вагітності та пологах. Аналізуючи тактику ведення пологів у 35 жінок після оперативного втручання, було виявлено, що жінки з меншою міомою матки та локалізованою в межах одного шару, мали більшу вірогідність на пологи природним шляхом.

# ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ПРИ ГЛИБОКОМУ ІНФІЛЬТРАТИВНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ У ПОЄДНАННІ З ЕНДОМЕТРІОМОЮ ЯЄЧНИКА

Кормілець О. Ю., Дробот Д. І.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Ендометріоми яєчників діагностуються у 17–44 % від усіх випадків ендометріозу і часто поєднуються з глибоким інфільтративним ендометріозом (ГІЕ). Через достатньо високу розповсюдженість ендометріозу, його негативний вплив на морфофункціональний стан яєчників, ендометріоз є вагомою причиною безпліддя у жінок репродуктивного віку. Тому одним з найбільш актуальних і суперечливих питань є визначення фертильності у жінок з тяжкими формами зовнішньогенітального ендометріозу.

**Мета.** Оцінка оваріального резерву (ОР) у жінок з глибоким інфільтративним ендометріозом (ГІЕ) у поєднанні з однобічною ендометріомою яєчника.

**Матеріали та методи.** На базі ОНМедУ була проведена оцінка ОР у 66 жінок з глибоким інфільтративним ендометріозом у поєднанні з однобічною ендометріомою яєчника, діаметром 3–5 см. Перша група ( $n = 35$ ) – P2 O0 T0 A1 B2 C0, друга група ( $n = 31$ ) – P2 O2 T0 A2 B2 C0 за шкалою ENZIAN. Оваріальний резерв (ОР) оцінювали на доопераційному етапі за показниками АМГ, ФСГ на 3-й день менструального циклу та кількості антральних фолікулів (КАФ) в одному зрізі на УЗД. Розрахунки проводили за допомогою пакету Statistica 6.0 та Microsoft Excel.

**Результати та їх обговорення.** Показники АМГ у пацієток 2 групи ( $1,36 \pm 0,06$ ) достовірно нижчі ( $p < 0,05$ ), в порівнянні з 1 групою ( $1,92 \pm 0,09$ ), що пов'язано з більш негативним впливом на ОР ендометріоми яєчника. Рівень АМГ є унікальним маркером ОР, так як його рівень не залежить від фаз менструального циклу та відображає кількість зростаючих фолікулів до їх селекції. Показники ФСГ ( $7,06 \pm 0,12$ ) у пацієток 2 групи, достовірно нижчі ( $p < 0,05$ ), порівняно з 1 групою ( $6,04 \pm 0,1$ ). Показники КАФ нижчі ( $p < 0,05$ ) у пацієток 2 групи ( $7,42 \pm 0,12$ ) в порівнянні з 1 групою ( $9,61 \pm 0,11$ ).

**Висновки.** Дослідження на доопераційному етапі показали, що наявність навіть однобічної ендометріоми у хворих з ГІЕ значно погіршує ОР, на що вказує достовірне зниження біохімічних показників (АМГ, ФСГ) та КАФ.

**ВПЛИВ  
ВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ  
ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ  
ЗА ТИПОМ РОЗРИВІВ СЛИЗОВОЇ ПІХВИ  
ПІД ЧАС ІІ ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ**

**Заславська А. О., Лісковський С. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність теми.** Вагінальний кандидоз (ВК) – запальне захворювання жіночих статевих органів, спровоковане умовно-патогенними дріжджовими грибами роду *Candida Albicans*. Під час ВК відмічається підвищення гідростатичного тиску у капілярах та судинах слизової піхви, що призводить до появи більш вираженого набряку промежини під час пологів. Згідно статистичних даних – ВК зустрічається у 75 % вагітних.

**Мета дослідження.** Визначення впливу ВК, як спосіб прогнозування та запобігання появи ускладнень під час ІІ періоду пологів у вигляді розривів слизової піхви.

**Матеріали та методи.** Робота та статистична обробка була проведена на основі обмінних карт, історій вагітності та пологів жінок, що спостерігались у КНП «Пологовий будинок № 1» та жіночій консультації пологового будинку. Було відібрано 50 жінок, які за час перебігу вагітності мали ВК. Вік цих пацієнток варіювався від 20 до 35 років. Пацієнток розподілили на ІІІ вікові групи. І група – 20–25 років; ІІ група – 25–30 років; ІІІ група – 30–35 років. З цих 50 пацієнток ускладнення під час пологів у вигляді розривів слизової оболонки піхви відмічалось у 20 жінок. Ускладнення виникали в усіх вікових групах.

**Результати та висновки.** На основі проведеного дослідження обмінних карт, історій вагітності та пологів у 40 % вагітних, хворих на ВК, під час ІІ періоду пологів відмічалось ускладнення у вигляді розривів слизової піхви. Отже, лікування ВК доцільно у жінок високої групи ризику. До такої групи належать жінки з ускладненим перебігом ВК (сухість, свербіж, рясні виділення). Вік пацієнток, хворих на ВК, не впливає на частоту виникнення ускладнень під час пологів.

# ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВИХ ПЕРЕТИНОК З ВИКОРИСТАННЯМ МОНО- ЧИ БІПОЛЯРНОЇ ЕНЕРГІЇ

Каліциньська Ю. Л., Лунько А. С.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Внутрішньоматкові перетинки (ВМП) є однією з найбільш поширених вроджених аномалій розвитку жіночих статевих органів та є причиною безпліддя та невиношування у жінок репродуктивного віку. Основним методом лікування цього захворювання є гістерорезектоскопія з використанням електрохірургічної енергії. Існує два типи енергії: монополярна та біполярна.

**Мета.** Провести порівняльний аналіз ефективності лікування ВМП з використанням моно- чи біполярної енергії.

**Матеріали та методи.** На базі БМЦ ОНМедУ гінекологічного відділення нами проведено ретроспективне дослідження, в якому оцінювали результати лікування 30 пацієнток з внутрішньоматковими перетинками. Пацієнтки були випадковим чином розділені на дві групи: групу I (15 пацієнток), яким була проведена гістероскопія з використанням монополярної енергії, та групу II (15 пацієнток), яким була проведена гістероскопія з використанням біполярної енергії. Ми порівнювали тривалість операції, крововтрату, ступінь утворення внутрішньоматкових сінехій (ВМС) шляхом УЗД контролю через 3 місяці після операції.

**Результати та їх обговорення.** Середня тривалість операції в групі II (15 хвилин) була значно меншою, ніж в групі I (25 хвилин). Крововтрата в групі II також була меншою, ніж в групі I – 20 мл та 30 мл відповідно. ВМС частіше були виявлені у I групі (26.7 %), порівняно з групою II (20 %).

**Висновки.** Наше дослідження показало, що використання біполярної енергії при лікуванні ВМП має кілька переваг порівняно з монополярною, а саме більш коротку тривалість операції, меншу крововтрату та менший ризик розвитку ВМС. Дослідження потребує подальших спостережень та оцінки інших переваг та недоліків після гістероскопічної резекції ВМП.



# КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОЄДНАННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ТА ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЛЕЙОМІОМАТОЗА

Дробот Д. І., Кормілець О. Ю.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Позаматкова форма міоми залишається серйозною проблемою в гінекології через її рідкісність та труднощі в діагностуванні. Одна з них – розповсюджений перитонеальний лейоміоматоз, який характеризується множинними лейоміоматозноподібними вузликами-дисемінатами по парієтальній та вісцеральній очеревині, що гістологічно мають будову лейоміоми. Вважається, що він виникає внаслідок метаплазії субмезотеліальних мультипотентних мезенхімальних клітин. Деякі джерела стверджують, що цей стан асоційовано з перенесеною лапароскопічною міомектомією та підвищеним рівнем статевих гормонів в сироватці крові. Цей клінічний випадок описує рідкісний кейс перитонеального лейоміоматоза з екстраперитонеальним розповсюдженням.

Хвора Т., 22 роки, звернулась в БМЦ ОНМедУ в жовтні 2007 р. зі скаргами на рясні менструації та ознаки анемізації. За УЗД було діагностовано міому матки та проведено консервативну міомектомію шляхом лапаротомії. У 2010 році хвора народила шляхом КР. В 2013 році була знов діагностована міома матки та проведена консервативна міомектомія. В 2015 році були повторні пологи шляхом КР. В 2020 році знов звернулась в БМЦ ОНМедУ, де було діагностовано міому матки гігантських розмірів (18 тижнів вагітності) та вирішено провести супрацервікальну гістеректомію з правобічною аднексектомією, лівою трубою та резекцією лівого яєчника. В 2021 році після перенесеної інфекції, асоційованою з COVID-19, хворій було зроблено КТ органів грудної клітини з метою контролю захворювання. Обстеження виявило доброякісну внутрішньосудинну бронхоальвеолярну склерозуючу пухлину та запідозрили дисемінований лейоміоматоз. В цей же рік отримала 3 дози Золадексу з метою пригнічення продукування ендогенних статевих гормонів та припинення росту вузлів. Обстеження в динаміці (УЗД органів малого тазу та КТ органів грудної клітини) виявило відсутність росту вузлів. Однак, через 5 міс. хвора відмітила новоутворення м'яких тканин задньої поверхні стегна. В січні 2022 року було проведено симультанне оперативне

втручання під час якого було видалено шийку матки, лівий яєчник та пухлину стегна. Інтраопераційно було виявлено екстраперитонеальні вузли, які технічно не підлягали видаленню. Гістологічний діагноз: розповсюджений перитонеальний та екстраперитонеальний лейоміоматоз з локалізацією вузлової ретроперитонеальної фібролейоміоми та вузлової фібролейоміоми м'яких тканин стегна. Післяопераційний період протікав без ускладнень, динамічне УЗД спостереження виявило відсутність рецидиву та зменшення у розмірі невиданих вузлів.

Таким чином, комплексне застосування УЗД моніторинга, МРТ, діагностичної лапароскопії дозволяє поліпшити результати діагностики такого рідкісного захворювання як дисемінований перитонеальний лейоміоматоз з екстраперитонеальним розповсюдженням. В таких випадках лише радикальна гістеректомія з додатками дозволяє зупинити процес росту вузлів.

## **ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

**Очеретна Ю. С., Купрій Я. С.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Глибокі форми ендометріозу зустрічаються у 1 % жінок та можуть викликати болі під час менструацій різної інтенсивності, диспауренію. За даними Nezhat et al. у до 37 % жінок хворих на ендометріоз спостерігаються ураження кишківника, що може ускладнювати больовий синдром, провокувати дисхезію. Серед жінок, які отримують радикальне хірургічне лікування глибокого ендометріозу з залученням кишківника бракує вичерпних даних про частку пацієнток, які відчують полегшення симптомів болю або не відчують його взагалі. Метою цього дослідження було оцінити ефективність хірургічного лікування у пацієнток з ураженням кишківника щодо оцінки болю та його рецидиву.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз 100 історій хвороб жінок з колоректальним ендометріозом, у яких спо-

стерігався больовий синдром та які пройшли радикальне оперативне лікування в обсязі “shaving” / резекція кишківника з накладанням анастомозу «кінець в кінець» на базі БМЦ ОНМедУ. У дослідженні не оцінювались супутні ендометріюїдні ураження. Оцінка больового синдрому проводилась через 2 роки після операції. Жінки пройшли анкетування. Больовий синдром оцінювався за шкалою від 0 до 10, де 1–4 – слабкий біль (ІІІ група), 5–7 – помірний біль (ІІ група), 8–10 – сильний біль (І група).

**Результати.** До оперативного лікування: І група – лікування 40 жінок мали сильний біль під час менструації, диспауренію, у деяких відмічалась дисхезія, сильний біль оцінювався як 8–10 балів; ІІ група – 50 жінок мали симптоми помірного болю (5–7 балів); ІІІ група – 10 жінок відмічали слабкий біль (1–4 бали).

Після проведеного оперативного лікування: І група – 20 жінок відмічали відсутність болю (50 %), 18 жінок відмічали періодичний слабкий біль (до 2–3 балів) (45 %), у 2 пацієнток спостерігались болі за шкалою до 5 балів (5 %), що відповідає середньому болю; ІІ група – 39 жінок відмічали відсутність болю (78 %), 11 жінок – періодичний біль за шкалою до 2–3 балів (22 %), ІІІ група – 7 жінок відмічали відсутність болю (70 %), 3 жінки – біль за шкалою болю 2–3 бали (30 %).

**Висновки.** Радикальні хірургічні операції з приводу глибокого колоректального ендометріозу показують значний результат у пацієнток з больовим синдромом. Однак потрібні подальші дослідження для конкретизації даних результатів та оцінки супутніх ендометріюїдних уражень та їх рецидивуючих форм.

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ**

**Ібрагімова Л. І., Волянюк А. В., Фам Нгок Фіонг Янг**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Вступ.** Ендометріоз післяопераційного рубця (ЕПР) належить до рідкісних форм екстрагенітального ендометріозу, а в медичній літературі опубліковані окремі клінічні спостереження чи незначні серії

випадків. Найчастіше ЕПР діагностують після кесарева розтину, але описані випадки виникнення даної патології після трансабдомінальних гінекологічних та хірургічних втручань.

**Мета** дослідження полягала у визначенні особливостей клінічного перебігу ендометріозу післяопераційного рубця.

**Матеріали та методи.** У відділення інвазивних методів діагностики і лікування Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ звернулася пацієнтка 41 років, зі скаргами на хронічні болі внизу живота, рефрактерні до прийому знеболюючих препаратів, які підсилювались під час менструацій, вторинне безпліддя. В анамнезі пацієнтки двоє пологів шляхом кесаревого розтину (останній в 2015 році). Болі мали незвичну локалізацію зліва над лобковою кісткою, каудально від ділянки післяопераційного рубця, та набували агресивного характеру. При пальпації нижче ділянки післяопераційного рубця зліва над лоном виявлено пухлиноподібне утворення, болюче, малорухоме. За даними ультразвукового дослідження діагностовано аденоміоз, рубець на матці без ознак істмоцеле, наявність в лівій надлонній ділянці на глибині 2 см під м'язовим шаром кісти розмірами 21,7x11 мм з колоїдним вмістом. Враховуючи скарги хворої, дані клініко-лабораторних методів обстеження, за письмовою згодою пацієнтки, виконано оперативне втручання в об'ємі: лапароскопія. Ексцизія вогнищ ендометріозу. Висічення ендометріюїдної кісти післяопераційного рубця. Після операції виставлено діагноз Зовнішній генітальних ендометріоз II ступеня. Ендометріюїдна кіста післяопераційного рубця. Виписана в задовільному стані на 7-му післяопераційну добу.

**Результати і обговорення** Наведений приклад клінічного випадку демонструє, що ендометріоз не можна вважати лише гінекологічним захворюванням, як у діагностичному, так і в лікувальному процесі він виходить далеко за межі гінекологічної спеціальності, а лікування його нерідко потребує хірургічної тактики. Найчастіше екстрагенітальні форми ендометріозу локалізуються в ділянці кишечника та післяопераційного рубця. Поява клінічних проявів дискомфорту та пухлиноподібного утвору в ділянці післяопераційної рани є головними клінічними ознаками ендометріозу рубця.

**Висновок.** Лікування пацієнток з ендометріозом потребує індивідуального підходу, оптимального поєднання хірургічного та медикаментозного лікування. У випадках екстрагенітального ендометрію-

зу, зокрема ендометріозу післяопераційного рубця, методом вибору є хірургічне лікування, спрямоване на видалення уражених тканин. Подальше спостереження включає відновлення фертильності або гормональну терапію за показаннями.

## ВАГІТНА ЖІНКА У ТВОРАХ ЖИВОПИСУ

Куліш Т. А.

*Одеський національний медичний Університет, Одеса, Україна*

**Мета:** проаналізувати зображення вагітної жінки та самого факту вагітності у митців різних епох – від епохи Високого і Пізнього Відродження до сьогодення.

**Методи дослідження, матеріал:** у роботі представлено 35 картин, їх аналіз з позиції мистецтвознавців і самого автора щодо зображення вагітної жінки та самого факту вагітності у жінок різних епох та соціального статусу.

**Зміст.** Мотивація доповіді: автор вважає, що лікар має бути не тільки фахівцем у своїй професії, а високо ерудованою особистістю. Однією із складових цього напрямку є знайомство з творами мистецтв. Останнє формує у людини почуття прекрасного, доброго, щирого, а найголовніше – здатність до співчуття та співучасті, що вкрай необхідно лікарю. Майбутня мати носить у собі таємницю. Змінюється не лише її тіло та обличчя, але і душа. Малюючи саме життя, художники минулих століть підносили делікатну тему вагітності по-різному: від радісного передчуття до цілковитого відчаю. З плином часу змінювалось зображення цієї події в житті самої жінки та всього світу. По-різному зображені Біблейські Марія та Єлизавета в картинах Великого Відродження Ван дер Вейдена; горді та статні королівські жінки у фламандських митців; засмучена Смеральда у Ботічеллі; покинуті жінки – селянка Катерина у Шевченко та покоївка у Трассера; щаслива Саскія у Рембрандта; впевнена в собі донна Гравида Рафаеля; сповнена надій, таємнича та неоднозначна у сприйнятті вагітна у Клімта; беземоційна, але натуральна вагітна зображена Мухіка; сучасна жінка для якої вагітність – мрія, надія та великий подарунок долі у Бейн.

**Висновки:** пізнання творів мистецтва здатне викликати у лікаря не тільки почуття прекрасного, а й значно вплинути на його особистість. Також звернення до них може бути використано в учбовому процесі на етапі становлення здобувача вищої медичної освіти для формування світогляду.



# ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА: ЧАСТИНА I

# ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕХОКАРДІОСКОПІЇ ТА КАРТУВАННЯ СЕРЦЯ

Январьова О. Ю., Сухіна Ю. О., Майстренко М. С.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

За 2021 р в Україні зафіксована смертність від серцево-судинних захворювань склала 63,6 %. На серцеву недостатність у світі хворіє щонайменше 26 млн людей, і поширеність захворювання має тенденцію до збільшення. У дослідженні I-PRESERVE (середній термін спостереження – 4,1 року) смерть від ССЗ або госпіталізація із приводу СН відбулася у 34 % пацієнтів із ЦД+СН зі збереженою ФВ порівняно з 22 % хворих на СН зі збереженою ФВ, але без ЦД.

**Мета дослідження:** структурні та електрофізіологічні зміни міокарда після ресинхронізуючої терапії.

**Матеріали і методи:** в роботі планується обстеження 60 пацієнтів віком від 18 років і старше з діагнозом: ІХС. АКС. Серцева недостатність з та без гіперглікемії. Пацієнтів було розподілено на 2 групи відповідно з метою дослідження. Групам було проведено лабораторне та інструментальне дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, глюкоза в крові, глікемічний профіль, глікозильований гемоглобін, холестерин, креатинін, сечовина, передсердний натрійуретичний гормон, печінкові проби, ацетон в сечі, альбумін-креатинінове співвідношення, ЕКГ, УЗД серця та картування серця. Результати дослідження будуть оцінюватись на початку лікування, через 1 міс., через 3 міс, потім кожні 6 міс.

**Очікувані результати:** довести, що відновлення структур та функцій міокарда після ресинхронізуючої терапії було краще у пацієнтів з серцевою недостатністю без гіперглікемії.

**Висновки:** Оптимальні схеми діагностики допомагають своєчасному встановленню структурних та електрофізіологічних змін міокарда та використання відповідного лікування.



# АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК «НАРІЖНИЙ КАМІНЬ» ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

Угненко С. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Поширеність постійної форми фібриляції передсердь (ФП) серед осіб похилого віку (60–74 роки) у загальній популяції складає близько 5–7 %. Актуальність проблеми ФП полягає в тому, що вона у 5 разів збільшує ризик розвитку інсульту, насамперед, за рахунок кардіоеMBOLІЧНИХ механізмів. Прогнозування значущості ризику тромбоеMBOLІЧНИХ ускладнень базується на бальній оцінці за допомогою шкали CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Головне, що вимагається від пацієнта з ФП – виконувати призначення лікаря стосовно постійної антикоагулянтної терапії.

З метою ілюстрації «неминучості долі» у розвитку тромбоеMBOLІЧНОГО інсульту у хворого з постійною формою ФП наводимо клінічне спостереження.

Пацієнта Ч. Г. М., 1952 р. н. шпиталізовано з діагнозом: Гостре порушення мозкового кровообігу від 21.01.23 за ішемічним типом у басейні лівої середньомозкової артерії, правобічний геміпарез, дизартрія, гострий період. ІХС, дифузний кардіосклероз, постійна форма ФП, нормосистолічний варіант (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc – 4 бали, HAS-BLED – 4 бали). Гіпертонічна хвороба III ст., 2 ст, ризик 4. СН ІІА ст. зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка. ФК III.

З анамнезу: гіпертонічна хвороба та ІХС у вигляді постійної форми ФП – близько 4 років. Зі слів дружини хворого, систематично терапію не отримував.

Отримував лікування: гліатилін, скаврон, армадин, церебролізин, корвітин, сірчанокисла магnezія, фленокс, клопідгрель, трифас, оmez, реосорбілакт, роксера, небілет. На 13-у добу лікування пацієнт виписаний з покращенням, неврологічний дефіцит суттєво зменшився. Крім курсового неврологічного лікування, спрямованого на нейрореабілітацію, пацієнту рекомендовано постійно приймати наступні медикаменти: ксарелто, кардіомагніл, роксера, трифас, панангін.

Можемо зробити основний висновок – чотирьох років існування ФП (без антикоагулянтної терапії-профілактики) на тлі гіпертонічної хвороби вистачило для розвитку інсульту. Ксарелто (ривароксабан) є високоселективним прямим інгібітором Ха фактора згортання крові і

у терапевтичній дозі може забезпечити нашому пацієнту максимальну профілактику, у даному випадку – вже вторинну, тромбоемболічного інсульту.

## **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕСИНХРОНІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ**

**Сухіна Ю. О., Алавацька Т. В., Январьова О. Ю.**

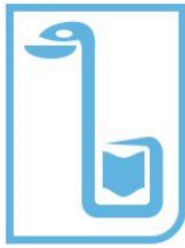
*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Серцева недостатність це стан, при якому внаслідок порушення функції серця знижується хвилинний об'єм крові, що не забезпечує адекватних метаболічних потреб тканин організму, або коли адекватний хвилинний об'єм зберігається завдяки підвищеному тиску наповнення, що призводить до появи клінічних симптомів. Згідно зі статистичними даними, у світі від серцевої недостатності страждає понад 25 млн. чоловік. Більшість з них – це пацієнти похилого віку, але останні десятиліття хвороба все частіше виявляють й у молодих людей.

**Мета дослідження.** Ефективність лікування пацієнтів з серцевою недостатністю після проведення ресинхронізуючої терапії.

**Матеріали і методи:** в роботі планується обстеження близько 100 пацієнтів віком від 18 років з діагнозом: ІХС з серцевою недостатністю. Поділ на 2 групи буде здійснюватись згідно мети дослідження. Перша (контрольна) група отримуватиме стандартне лікування серцевої недостатності згідно з протоколами МОЗ України без використання іНЗКТГ-2 (з урахуванням цінової доступності). Другій групі у поєднанні зі стандартним лікуванням буде призначено курс іНЗКТГ-2. Результати дослідження будуть оцінюватись одразу після закінчення курсу лікування, через 1 місяць та через 6 місяців. На початку та впродовж дослідження будуть моніторюватися лабораторні показники та інструментальні дослідження: електролітного, білкового та ліпідного обмінів, NT-proANP, загальний аналіз крові з формулою, холестерин, креатинін, сечовина, загальний аналіз сечі, коагулограма, ЕКГ, УЗД серця.

**Висновки.** Поліпшення результатів лікування хворих з СН за рахунок застосування оптимізованої та комплексної терапії з включенням іНЗКТГ-2 після проведення ре синхронізуючої терапії. Використання розроблених нами методик для більш швидкої компенсації стану хворих, для первинної профілактики ускладнень та вторинної профілактики фатальних випадків.



# ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА: ЧАСТИНА 2



# РАДІОСЕНСИБІЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ ЯК ПРИКЛАД ЇХНІХ ПЛЕЙОТРОПНИХ ЕФЕКТІВ

Гладких Ф. В., Кулініч Г. В.

*Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології  
ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків, Україна*

Актуальним напрямком сучасної радіаційної онкології виступає пошук нових хімічних речовин та лікарських засобів, які здатні підвищити радіочутливість ракових клітин, зменшуючи при цьому негативний вплив на здорові тканини, адже більшість існуючих радіосенсибілізаторів не забезпечують достатню специфічність дії на ракові клітини та є токсичними (Hebert K. A. et al., 2021; Ridge N. A. et al., 2021; Zheng S., et al., 2023).

**Мета роботи** – охарактеризувати радіосенсибілізуючі властивості інгібіторів протонної помпи (ІПП) за даними відкритих літературних джерел.

**Матеріали та методи дослідження.** Підбір літературних джерел проводили за базами даних PubMed, Clinical Key Elsevier, Cochrane Library, eBook Business Collection та Google Scholar за ключовими словами: інгібітори протонної помпи, радіосенсибілізація, езомепразол, променева терапія. На другому етапі вивчались резюме статей та виключались публікації, які не відповідали предмету дослідження.

**Результати та їх обговорення.** На сьогоднішній день ІПП мають широке застосування у лікуванні хворих на виразкову, гастроезофагеальну рефлюксну та ін. хвороби. Дослідження показали, що ІПП, такі як пантопразол, лансопразол, омепразол та езомепразол, мають протипухлинну та хіміосенсибілізуючу дію, зокрема на культивовані пухлинні клітини, що походять від меланому, раку товстої кишки, грудної залози та яєчників (Hebert K. A. et al., 2021).

Як відомо, ракові клітини використовують гліколіз як основне джерело енергії для підтримки свого росту перетворюючи глюкозу на лактат у результаті явища, відомого як «ефект Варбурга», що викликає накопичення протонів  $H^+$ . Для контролю внутрішньоклітинного та позаклітинного рН ракові клітини експресують різні протонні помпи, що обумовлює їх чутливість, зокрема, до ІПП (Hebert K. A. et al., 2021). Буферне мікрооточення пухлини, що виникає після пригнічення протонних насосів, дозволяє накопичувати хіміотерапевтичні

препарати та підвищує чутливість ракових клітин до променевої терапії (You H., et al., 2009). Крім того доведено, що ІПП здатні пригнічувати сигнальний шлях [PI3K/АКТ/HIF-1 $\alpha$ ] (Chen M. et al., 2018). Як відомо, гіпоксія активує шлях фосфатидилінозитол-3-кінази (PI3K/АКТ), який регулює активацію індукованого гіпоксією фактора 1 $\alpha$  (HIF-1 $\alpha$ ), важливого для виживання клітин у середовищі з дефіцитом кисню. Дослідження показали, що інгібування шляху PI3K/АКТ призводить до зниження експресії HIF-1 $\alpha$  та сенсibiliзації гіпоксичних клітин до апоптозу (Kilic-Eren M., et al., 2013) та підвищуючи таким чином чутливість ракових клітин до променевої терапії.

**Висновки.** Радіосенсибілізуючі властивості ІПП ілюструють плейотропність їх дії та слугують підґрунтям для вивчення доцільності застосування препаратів вказаної групи з метою підвищення чутливості ракових клітин до променевої та хіміопроменевої терапії.

## **ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ РЕДАГУВАННЯ ГЕНІВ CRISPR/CAS9 У ПЕРСОНІФІКОВАНОМУ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Гладких Ф. В.**

*ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва  
Національної академії медичних наук України», Харків, Україна*

Система генетичного редагування CRISPR/Cas9 (від англ. *Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats/CRISPR-associated protein 9*) це імунна система бактеріального захисту від екзогенного генетичного матеріалу. CRISPR/Cas9 може впливати на різні аспекти ракових клітин, включаючи усунення мутацій, пригнічення онкогенів, активацію генів, які пригнічують ріст ракових клітин та зміну взаємодії з імунною системою. Відкриття «генних ножниць CRISPR-Cas9» було відзначено Нобелівською премією (Doudna J. A. та Charpentier E.) 2020 р. (Pan S. et al., 2021; Balon K. et al., 2022).

**Мета дослідження** – охарактеризувати перспективи застосування методу редагування генів CRISPR/Cas9 у персоналізованому ліку-

вання онкологічних захворювань за даними відкритих джерел інформації.

**Матеріали та методи дослідження.** Підбір літературних джерел проводили за базами даних PubMed, Clinical Key Elsevier, Cochrane Library, eBook Business Collection, та Google Scholar за ключовими словами: CRISPR/Cas9, онкологічні захворювання, генне редагування.

**Результати та їх обговорення.** Кластеризована система коротких паліндромних повторів із регулярним інтервалом/CRISPR-асоційований білок 9 (CRISPR/Cas9) є гнучким засобом для націлювання та модифікації певних послідовностей ДНК у геномі (*Shojaei Baghini S. et al., 2022*). Термін “CRISPR” був запропонований Mojica F. та Jansen R. у 2001 р. (*Mojica F. J. et al., 2016*). На сьогодні добре відомо, що бактерії вловлюють фрагменти ДНК вірусів-вторгнень та інтегрують їх у свій геном для створення масивів CRISPR, що дозволяє бактеріям «знайомитися» з вірусами для їх наступної можливої зустрічі. У відповідь на наступне вторгнення бактерії використовують фрагменти РНК із таких масивів CRISPR, щоб впливати на ДНК вірусів (*Bhaya D. et al., 2011*). Бактерії використовують Cas9 або подібний фермент (наприклад, Cas3 і Cas10), щоб розрізати сегмент ДНК, тим самим обмежуючи життєздатність та небезпечні функції вірусу (*Shojaei Baghini S. et al., 2022*).

Нещодавно націлювання на різні гени в клітинах раку печінки за допомогою системи CRISPR/Cas9 продемонструвало потенційну здатність порушувати їх проліферацію та метастазування (*Zhang S. et al., 2019*). Shang A. та співавт. (2020 р.) показали, що метод CRISPR/Cas може націлюватися на довгі некодуючі РНК (lncRNA), таким чином дозволяючи лікувати колоректальний рак. У 2020 р. Grunblatt E. та співавт. показали, що CRISPR/Cas9-опосередкований нокаут онкогену N-MYC може виступати терапевтичною мішенню у лікуванні дрібноклітинного раку легені, адже інактивація N-MYC відновлює хіміочутливість ракових клітин через зниження експресії убіквітин-специфічної протеази 7 (USP7).

**Висновки.** CRISPR/Cas9-опосередковане редагування геному має широкий потенціал у лікуванні дрібноклітинного раку легені, колоректального раку, раку підшлункової, печінки та новоутворень інших локалізацій.

# ОЦІНКА БІОМАРКЕРІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРЛІПІДЕМІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Мазніченко Є. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Перебіг атеросклерозу характеризується хронічним запаленням, в результаті чого відбувається потовщення стінки артерій, утворення бляшок, що з часом обмежує доступ крові по артеріям, призводить до ішемічних змін в тканинах і підвищує ризик розвитку серцево-судинних подій.

**Метою** дослідження було підвищення ефективності гіполіпідемічної терапії шляхом визначення та проведення порівняльного аналізу біомаркерів ЕД на тлі терапії пітавастатином та розувастатином у пацієнтів з метаболічним синдромом.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження стали  $n=78$  пацієнта, співставних за віком і статтю, які склали наступні групи: I –  $n=31$ , отримували – розувастатин 20 мг/добу; II –  $n=27$ , отримували – пітавастатин 4 мг/добу. Додатково до загальноклінічних методів лабораторного та інструментального обстеження визначали ІЛ-6 та суперчутливий СРП перед початком статинотерапії та на 30-у добу лікування.

**Результати.** На 30-у добу комплексного лікування у пацієнтів I групи рівень ЗХ був менше за стартовий на 18 % ( $p=0,04$ ), ЛПНЩ менше на 31 % ( $p=0,04$ ), КА достовірно менше на 35 % ( $p=0,045$ ), ЛПДНЩ менше на 16 %, рівень ТГ був менше на 11 % а ЛПВЩ був вище на 9 % порівняно до вихідних даних, однак статистичної достовірності дані не набували ( $p>0,05$ ). Аналіз імунологічних даних: достовірне зменшення рівня ІЛ-6 на 12 % ( $p=0,048$ ), та рівня суперчутливого СРБ на 23 % ( $p=0,02$ ). У пацієнтів II групи: достовірне зменшення рівнів ЗХ на 21 % ( $p=0,04$ ), ЛПДНЩ на 30 % ( $p=0,05$ ), ЛПНЩ на 38 % ( $p=0,042$ ), КА менше на 41 % ( $p=0,03$ ) порівняно до початкових результатів; ТГ на 10 % та підвищення рівня ЛПВЩ на 14 %, однак показники статистично недостовірні ( $p>0,05$ ). Порівняльний аналіз концентрації біомаркерів виявив зменшення концентрації ІЛ-6 на 18 % ( $p=0,02$ ), суперчутливого СРБ був менше на 34 % ( $p=0,03$ ) порівняно з даними до початку терапії.

**Висновки.** Гіполіпідемічна терапія пітавастатином 4 мг/добу на 30-у добу перорального прийому призводила до достовірного змен-

шення атерогенних ліпопротеїдів та зменшення концентрації біомаркерів ЕД порівняно до групи пацієнтів, які отримували розувастатин ( $p < 0,05$ ).

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГЕТЕРОЗИГОТНУ СІМЕЙНУ ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ**

**Мазніченко Є. О.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Метою** роботи було підвищення ефективності лікування хворих на сімейну гіперхолестеринемію (СГХ) із неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) шляхом доповнення наукових даних на підставі оцінки особливостей морфологічних змін тканини печінки у хворих на СГХ.

**Матеріали та методи.** Був проведений ретроспективний аналіз 6 історій хвороб пацієнтів, які мали гострий інфаркт міокарда (ІМ) в анамнезі життя та ознаки СГХ. Всім хворим прижиттєво було проведене комплексне обстеження. Патоморфологічне дослідження міокарда та печінки було проведене із використанням забарвлення гематоксилін-еозину (ГЕ), Суданом III. Фрагменти матеріалу парафінізувались відповідно до чинних методик.

**Результати.** Клінічно виявлені ознаки характерні для гетерозиготної СГХ, смерть настигла внаслідок ІМ. Гістологічно в аутопсійного матеріалі печінки виявлено: дисконкомплексацію балочної будови, порушення структури гепатоцитів, гідропічну, білкову дистрофію гепатоцитів, внутрішньоклітинний білірубіностаз, поодинокі мостоподібні некрози, периваскулярний фіброз, паренхиматозну, дифузну макро- та мікроевезикулярну жирову дистрофію, гепатоз III-IV ступеня. В міокарді: перевага м'язової тканини над стромою, білкова дистрофія кардіоміоцитів, явища різкого повнокрів'я паретично розширених судин, паренхиматозна дистрофія кардіоміоцитів, м'язові волокна фрагментовані, ознаки каріопікнозу та каріолізису, дифузна перифокальна лейкоцитарна інфільтрація, геморагічне просочування паренхіми міокарда – інфаркт міокарда в стадії некрозу (давність 24–48 год), дифузний атеросклеротичний кардіосклероз, атеросклероз судин.

**Висновки.** При проведенні гістологічного дослідження змін тканини печінки та оцінки біохімічних показників печінкових трансаміназ сироватки крові у хворих, які мали клінічні ознаки СГХ, були виявлені гістологічні зміни тканини печінки, що є характерними для



НАСГ: мостоподібні некрози, дифузна жирова дистрофія, гепатоз III-IV ступеня. Таким чином, хворим, які мають клінічні ознаки СГХ доцільно проводити дослідження морфо-функціонального стану печінки з метою виявлення ознак запалення, жирової дистрофії та проведення адекватної гепатопротекторної терапії.

**КОМПЕНСАЦІЯ ГІПОТИРЕОЗУ  
ВАЖКОГО СТУПЕНЯ З СУПУТНЬОЮ ТАХІКАРДІЄЮ  
ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.  
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

**Бондаренко О. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Патологія щитоподібної залози залишається значною проблемою, незважаючи на можливість профілактики, та складає 48 % у структурі ендокринологічної захворюваності в Україні за 2021 рік. А поширеність різноманітних серцево-судинних захворювань, обумовлює високу частоту коморбідної патології у пацієнтів з гіпотиреозом. Подібний кейс може бути цікавим з клінічної точки зору, оскільки вимагає комплексного підходу до діагностики та лікування, та важливий для формування уявлення про «персоналізовану медицину» в Україні.

До терапевтичного стаціонару центру медичної реабілітації та санаторного лікування «Одеський» звернувся пацієнт Б., 53 роки, зі скаргами на загальну слабкість, швидко втому, обстипацію, набряки нижніх кінцівок, обличчя, періодичне підвищення тиску та відчуття серцебиття. З анамнезу відомо, що з 2019 р. хворіє на хронічний аутоімунний тиреоїдит, приймав тироксин у дозуванні 50 мкг, з підвищенням до 125 мкг з червня 2022 р. Хворіє на гіпертонічну хворобу понад 30 років, приймає ліпразид 20.

При огляді виявлено: артеріальний тиск (АТ) 145/90 мм рт. ст., ЧСС – 95 уд/хв. Призначено лабораторні обстеження: рівень тиреотропного гормону (ТТГ) склав 58,26 мкМО/мл, тироксин (Т4) вільний – 0,55 нг/дл, антитіла до тиреоглобуліну (АТТГ) – 7698 МО/мл, антитіла до тиреопероксидази (АТПО) – 515,23 МО/мл, підвищення показників трансаміназ, ліпідограми, сечової кислоти та креатинінкінази. На ЕКГ стійка синусова тахікардія, порушень ритму не виявлено. За даними ЕХО-КГ, фракція викиду лівого шлуночка становила 48 %. Встановлено діагноз – декомпенсований гіпотиреоз важкого ступеня,

ГХ 2 ст., синусова тахікардія, СН стадія 2В з початковим зниженням фракції викиду.

Для досягнення еутиреозу, дозу тироксину підвищено до 150 мкг, однак, через 2 дні, при огляді виявлено ЧСС – 120–125 уд/хв, АТ – 160/90 мм. рт. ст, хворий скаржився на відчуття тривожності та серцебиття. Вирішено додатково відкоригувати також антигіпертензивну терапію, і враховуючи стан хворого, та наявність синусової тахікардії, додатково призначено небіволол 5 мг.

Через 3 тижні, стан хворого значно покращився, хворий активний, ознаки мікседеми частково регресували, випорожнення регулярні, 1 раз на добу. ЧСС – 88 уд/хв, АТ – 135/80 мм. рт. ст. Повторно виконана ЕХО-КГ – фракція викиду лівого шлуночка становила 54 %. Контрольне визначення гормонів крові – ТТГ склав 37,8 мкМО/мл, Т4 – 0,64 нг/дл. Амбулаторне спостереження за хворим триває.

При корекції схем лікування, у хворих з поєднаною ендокринною та серцево-судинною патологією, важливі одночасна корекція всіх компонентів схеми терапії та індивідуальний підхід, що дозволяє попередити розвиток ускладнень.

## **DETERMINATION OF THE BIOLOGICAL ACTIVITY OF 2-, 3-, 4-AMINOPHENYLACETIC ACID HEXAFLUOSILICATES AS POTENTIAL ANTI-CARIES AGENTS**

**Daliop Christopher Hijang, Lytvynchuk I. V.**

*Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine*

Caries is a damage to the hard tissues of the tooth, which begins with the destruction of the enamel. For the prevention and treatment of caries, fluoride preparations are widely used, among which sodium fluoride is considered the “gold standard”. Recently, active directed synthesis and study of ammonium hexafluorosilicate and other hexafluorosilicates with organic cations as potential anti-caries agents have begun.

To establish the biological activity of previously synthesized isomeric compounds – 2-aminophenylacetate acid of hexafluorosilicate (2-APAA HFS), 3-aminophenylacetate acid of hexafluorosilicate (3-APAA HFS) and 4-aminophenylacetate acid of hexafluorosilicate (4-APAA HFS) in the work, the activity of elastase was determined in the mucous membrane of the mouth (in 0.1 M citrate buffer, pH 6.1) and determining the concentration of calcium ions in the alveolar bone homogenate (in 0.1 M HCl).

Gels containing comparison preparations (fluorine preparations NaF,  $(\text{NH}_4)_2[\text{SiF}_6]$ ) and 2-, 3-, 4-APAA HFS were made on the basis of carboxymethylcellulose gel (sodium salt). The concentration of the drug in the gel corresponded to a fluoride dose of 1.88 mg/kg. The object of the study were previously synthesized isomers: 2-, 3-, 4-APAA HFS. The experiment was conducted on seven groups of 1-month-old Wistar rats (at the beginning of the experiment); the weight of rats at the beginning of the experiment was 60 grams, males, the number of animals in each group was seven. Rats of groups 2–7 were kept on Stefan's cariogenic diet (KGD) (sucrose 50%). All rats of the experimental groups (groups 3–7) and the control group (group 2) received oral gels with drugs at a dose of 0.3 ml per day for 30 days (except Sundays), covering the teeth and gums with the gel. After application, rats were not fed for 1 hour.

Alveolar bone homogenate was obtained, calcium concentration was determined in 0.1 M HCl; elastase activity was determined in the homogenate of the oral mucosa. Comparison of indicators in groups was carried out using the Student's t-test. For significant differences, data were taken with  $p < 0.05$ .

The use of gels with 2-, 3-, 4-APAA HFS leads to an increase in the concentration of calcium ions by 22.5%, 22%, 25.5%, respectively, compared to the reference – NaF; also this indicator for 2-, 3-, 4-APAA HFS gels is 7%, 7.1%, 10.7% higher, respectively, than the value for  $(\text{NH}_4)_2\text{SiF}_6$ . The use of gels with 2-, 3-, 4-APAA HFS is accompanied by a significant decrease in the level of elastase activity – 57.34 mcg/kg, 45.08 mcg/kg and 44.43 mcg/kg, respectively, compared to 60.29 mcg/kg in the intact group and 60.22 mcg/kg in NaF.

As it follows from the obtained results, the studied 2-, 3-, 4-APAA HFS have higher capabilities than NaF to reduce the level of elastase activity and increase the concentration of calcium ions in the alveolar bone. The presented results are part of an ongoing study.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

**Алавацька Т. В., Сухіна Ю. О., Январьова О. Ю.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) може сприяти розвитку структурних захворювань серця та серцевої недостатності (СН) через системні, міо-

кардіальні та клітинні механізми. Так, гіперглікемія та гіперінсулінемія прискорюють розвиток атеросклерозу через проліферацію та запалення клітин гладкої мускулатури судин. ЦД може спровокувати захворювання міокарда за відсутності первинної ІХС.

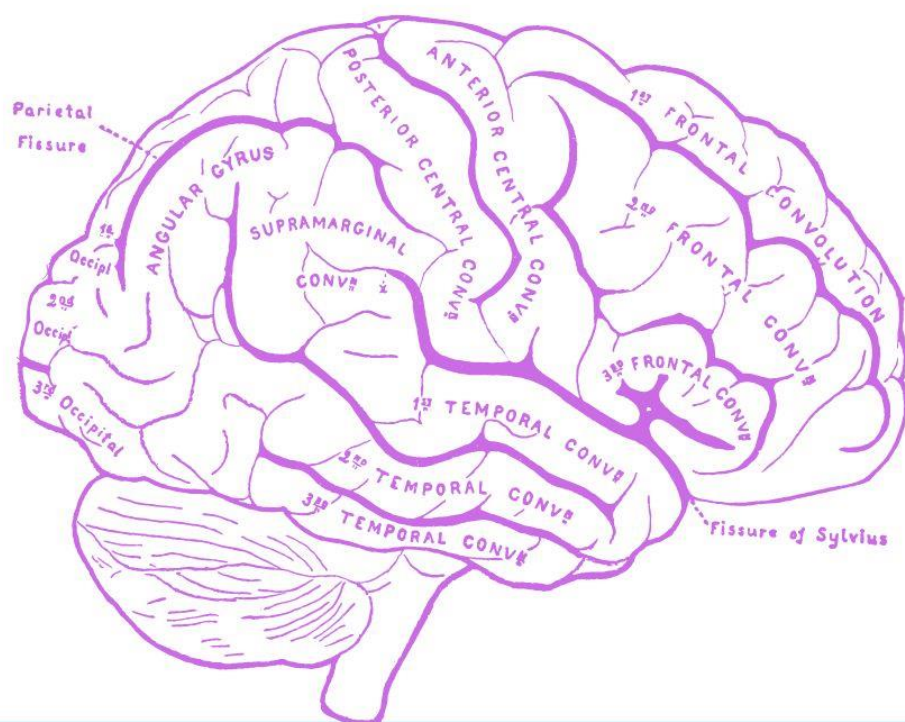
**Мета дослідження:** вплив медикаментозних методів лікування гіперглікемії на швидкість розвитку діабетичної макроангіопатії з СН.

**Матеріали і методи:** в роботі планується обстеження 100 пацієнтів віком від 18 років і старше з діагнозом: Цукровий діабет 2 типу з серцевою недостатністю. Пацієнтів було розподілено на 2 групи: перша (контрольна) група отримуватиме стандартне лікування цукрового діабету з серцевою недостатністю без використання іНЗКТГ-2. Другій групі у поєднанні зі стандартним лікуванням буде призначено інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу. Результати дослідження будуть оцінюватись на початку лікування, через 3 міс., та потім кожні 6 міс. На початку та впродовж дослідження будуть моніторюватися лабораторні показники, що відображають стан вуглеводного, білкового та ліпідного обмінів, а також будуть проводитись інструментальні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, глюкоза в крові, глікемічний профіль, глікозилований гемоглобін, холестерин, креатинін, сечовина, передсердний натрійуретичний гормон, печінкові проби, ацетон в сечі, альбумін-креатинінове співвідношення, ЕКГ, УЗД серця.

**Висновки.** Поліпшення результатів лікування хворих на цукровим діабетом 2 типу з СН за рахунок застосування оптимізованих схем діагностики та комплексної терапії. Використання розроблених нами методик для більш швидкої компенсації стану хворих, для профілактики ускладнень та зменшення фатальних випадків.



# ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА: ЧАСТИНА 3



# THE INFLUENCE OF TRANSFERRED INFECTION COVID-19 ON INDICATORS OF FUNCTIONAL ABILITY IN PARKINSON'S DISEASE

**Rakyta N. S.**

*Donetsk National Medical University,  
Kropyvnytskyi, Ukraine*

**Topicality.** COVID-19 is a lower respiratory tract infection with severe acute respiratory syndrome that is also associated with a wide range of neurological manifestations. Most often, neurological symptoms are nonspecific and include headache, dizziness, impaired smell and taste, myalgia, as well as ataxia, movement abnormalities, and myoclonus. According to foreign studies, the presence of antibodies directed at corona viruses in the cerebrospinal fluid of patients with Parkinson's disease was observed more often than in people without Parkinsonism.

**Goal.** to assess functional capacity indicators in Parkinson's disease after COVID-19.

**Materials and methods.** 36 people were examined: 16 women (44.4%) and 20 men (55.6%). The age of the respondents was  $65.7 \pm 7.91$  (62.7–71.6) years. The average duration of treatment was  $7.68 \pm 5.02$  years. All individuals were under the constant supervision of specialist doctors and took medication in accordance with the recommendations. Mobility was assessed using the de Morton Mobility Index (DEMMI), the Hierarchical Assessment of Balance and Mobility (HABAM), the mobility subscale of the Barthel Index.

**The results.** According to the DEMMI scale, a decrease in mobility indicators was noted by 17% ( $p < 0.05$ ). According to the balance and mobility index of HABAM, a decrease in the functional capacity of patients was established by 50% ( $p < 0.05$ ), a decrease in mobility indicators according to the Barthel index – by 37.5%.

**Conclusions.** In patients with Parkinson's disease, there is a significant deterioration of functional capacity, motility, mobility and balance indices according to the DEMMI, HABAM and Barthel index scales after the coronavirus disease.

# ДИСФУНКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ СИСТЕМИ ЯК ПРОВІДНИЙ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕХАНІЗМ РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ

Миронов О. О.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Вегетативній системі притаманна провідна патофізіологічна роль у розвитку більшості патологічних синдромів. Її порушення відіграють важливу роль у формуванні та клінічному прояві цереброваскулярних порушень.

Мета роботи – оцінка стану вегетативної системи, церебральної гемодинаміки та цереброваскулярної реактивності у хворих на хронічну ішемію головного мозку в стадіях компенсації та субкомпенсації.

81 пацієнт із хронічною ішемією мозку був обстежений з метою зосередження уваги на оцінці вегетативних дисфункцій та визначенні їх клінічної вираженості. Пацієнти були рандомізовані на 2 клінічні групи. 1-шу групу склали 38 хворих з хронічною ішемією мозку у стадії компенсації, 2-гу групу – 43 пацієнти з хронічною ішемією мозку у стадії субкомпенсації.

Цефалгія є провідним синдромом у пацієнтів з хронічною ішемією головного мозку. У всіх обстежених зареєстровані вегетативні дисфункції. Отримані дані щодо змін латентного періоду симпатичних викликаних потенціалів шкіри вказують на його подовження в міру прогресування ішемічного ушкодження мозку. Виявлено закономірність щодо зміни латентного періоду та виразності цефалгій. У всіх групах обстежених хворих, а також у осіб з різними етіологічними причинами розвитку хронічної ішемії мозку при високій інтенсивності больового синдрому реєстрували скорочення латентного періоду симпатичних викликаних потенціалів шкіри, що вказує на посилення ерготропних впливів із полегшенням виникнення цефалгій на фоні симпатикотонії. Дані ультразвукового дослідження підтверджують, що дисфункція вегетативної системи та вазомоторних центрів є провідним механізмом виникнення і прогресування ішемії головного мозку, що призвело до порушення тонуусу і реактивності судин головного мозку, накопичення нейровазоактивних речовин та спричиняє перебудову метаболічного контуру ауторегуляції. зміну гомеостатичного діапазону.

Отримані дані повинні сприяти оптимізації лікування пацієнтів із хронічною ішемією головного мозку з урахуванням функціональної активності та індивідуальних особливостей вегетативної системи пацієнтів та реактивності їх мозкового кровотоку.

## ПСИХОДІАГНОСТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Олексієнко М. С.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Мета дослідження:** визначення особистісних детермінант суїцидальної поведінки та розробка критеріїв прогнозування рівня суїцидального ризику, профілактика суїцидальної поведінки.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням було 78 хворих з симптоматикою суїцидальної поведінки протягом 2 тижнів.

*Ознаками емоційних порушень були:* втрата апетиту або імпульсне переїдання, безсоння або підвищена сонливість протягом принаймні останніх днів; часті скарги на соматичне нездужання (болі в животі, головні болі, постійну втому, сонливість); надзвичайно зневажливе ставлення до свого зовнішнього вигляду; постійне почуття самотності, марності, вини чи смутку; відчуття нудьги при проведенні часу у звичному оточенні або виконанні роботи, яка раніше приносила задоволення; уникнення соціальної контактності, ізоляція від друзів та сім'ї, перетворення на людина-одинака; порушення уваги зі зниженням якості виконаної роботи; зануреність у роздуми про смерть; відсутність планів на майбутнє; раптові напади гніву, що часто виникають через дрібниці.

Згідно із концептуальними моделями здійснення превенції суїцидальної поведінки (запобігання виходячи з розпізнавання психологічних чи соціальних провісників), що були запропонованої ВООЗ, здійснювались наступні форми втручання:

*Медична модель.* Причиною є емоційні розлади та психологічна криза. Проводилось консультування, медикаментозне та психотерапевтичне лікування, що знижували рівень аутоагресії, що було основним завданням цієї моделі.

*Соціологічна модель* орієнтована на ідентифікацію факторів та груп ризику з метою адекватного контролю за суїцидальними тенденціями.

*Екологічна модель* передбачає дослідження зв'язку суїциду з факторами зовнішнього оточення у конкретному соціокультурному контексті. Реалізація цієї моделі полягає, перш за все, у контролі та обмеженні доступу до різних засобів та інструментів аутоагресії.



**Результати досліджень.** У пацієнтів з виявленими при первинному обстеженні ознаками суїцидальної поведінки при застосовуванні протягом 2 тижнів концептуальної моделі здійснення превенції було виявлене значне покращення їх стану: зняття симптомів, відновлення докризового рівня функціонування, усвідомлення подій, що призводять до стану дисбалансу, виявлення внутрішніх ресурсів пацієнта, його сім'ї та різних форм допомоги ззовні для подолання кризи, встановлення зв'язку між стресом та колишніми життєвими переживаннями та проблемами, освоєння нових моделей сприйняття, думок та почуттів, розвиток нових адаптивних реакцій і стратегій подолання стресу, які можуть бути корисні не тільки в період даної кризи, але і в майбутньому.

**Висновок.** Профілактика суїцидальної поведінки проведена своєчасно та в достатньому об'ємі допомагає пацієнтам знизити симптоми та відновити докризовий рівень функціонування. Консультування, медикаментозне та психотерапевтичне лікування, що знижують рівень аутоагресії, є основними завданнями при допомозі пацієнтам з суїцидальною поведінкою.

## **ВПЛИВ ВІТАМІНУ D НА ЛІКУВАННЯ ДЕЯКИХ ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ**

**Чимбер Д. С.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Значну частину межових психічних розладів займають депресивні стани. Вони представлені широким колом нозологічних форм та мають різноманітну етіологію. Незважаючи на лікування різними комбінаціями антидепресантів, транквілізаторів та нормотиміків у терапевтичних дозуваннях з дотриманням рекомендованих термінів лікування, залишається категорія пацієнтів із недостатнім відгуком на терапію. Широко відомо про вплив дефіциту вітаміну D на розвиток депресивних станів (особливо періодичних).

**Метою** даного дослідження було визначення рівня D у пацієнтів з низьким відгуком на стандартну терапію антидепресантами та, за необхідності, корекція.

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний (для визначення рівня депресії – шкала Бека), лабораторний (визначення рівня вітаміну D (25-гідроксикальциферол)).

Проведено дослідження 36 пацієнтів із депресивними станами віком від 21 до 54 років, які перебували на амбулаторному лікуванні у

КНП «ООМЦПЗ» та не демонстрували задовільного відгуку на рекомендовану уніфікованим клінічним протоколом терапію.

При клініко-психопатологічному, анамнестичному та експериментально-психопатологічному дослідженні у 24 % пацієнтів встановлено діагноз депресивного епізоду (F32), у т. ч. 36 % з них – середнього ступеня. У 32 % рекурентний депресивний розлад (F33), в т. ч. 46 % з них – поточний епізод помірною та тяжкою ступеня. У 18 % дистимія (F34.1). У 26 % тривожно-депресивний розлад (F41.2).

При лабораторному дослідженні (визначення рівня вітаміну D (25-гідроксикальциферол)) у 75 % досліджуваних рівень вітаміну D не досягав нижньої межі норми – 30 нг/мл. Застосування препарату Декрістол D3 2000 МО по 1–2 таб. достовірно знизило прояви депресії: за шкалою Бека  $25,7 \pm 2,8$  на початку лікування та  $14,3 \pm 2,1$  після 4 тижнів лікування.

**Висновок:** при лікуванні депресивних станів із недостатнім відгуком на стандартну терапію, доцільне визначення рівня вітаміну D та його корекція.

## ОЦІНКА СТАНУ СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У МОРЯКІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

Никитюк П. В.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Мета роботи** – оцінити стан скелетно-м'язової системи у моряків після перенесеного COVID-19.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 55 моряків віком від 45 до 60 років, (середній вік –  $(53,4 \pm 1,2)$ ) року, які працюють у сфері мореплавства (середній стаж роботи –  $(23,5 \pm 0,8)$  року), із них I групу склали 35 моряків, які перенесли COVID-19, у II групу увійшло 20 моряків, які в анамнезі не хворіли на COVID-19. Контрольну групу (III) склали 20 практично здорових чоловіків того ж віку, які не працюють у сфері мореплавства. Оцінку стану скелетно-м'язової системи (рівноваги та ризик падінь) вивчали за допомогою функціональних тестів: «тандем-тест», тест «встати та піти», тест «сісти-встати», силу скелетної мускулатури за допомогою кистьового динамометра. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили за допомогою програм Microsoft Office Excel та Statistica. Для математичної обробки даних використовували методи первинної описової статистики та t-критерій Стьюдента.

**Результати дослідження.** Аналіз «тандем-тесту» показав достовірно нижчу ( $p < 0,05$ ) можливість зберігати рівновагу в стані спокою в I та II групах дослідження порівняно з групою контролю – ( $7,3 \pm 0,4$ ) с, ( $p < 0,05$ ) та ( $8,7 \pm 0,3$ ) с, ( $p < 0,05$ ) проти ( $12,4 \pm 0,5$ ) с. Однак достовірно нижчий показник «тандем-тесту» був у групі моряків, що перенесли COVID-19 ( $p < 0,05$ ). Показники тестів «встати та піти» та «сісти-встати» були збільшені у групах моряків порівняно з групою контролю ( $p < 0,05$ ). Тест «встати та піти» в I групі склав ( $13,2 \pm 0,5$ ) с, ( $p < 0,05$ ), в II групі – ( $11,3 \pm 0,5$ ) с, ( $p < 0,05$ ), в III групі – ( $7,8 \pm 0,4$ ) с. Тест «сісти-встати»: I група – ( $12,3 \pm 0,4$ ) с, ( $p < 0,05$ ), II група – ( $11,5 \pm 0,3$ ) с, ( $p < 0,05$ ), III група – ( $7,8 \pm 0,5$ ) с.

Оцінка сили скелетної мускулатури, отримана за допомогою кистьового динамометра, продемонструвала її зниження в групах моряків: в групі I – ( $14,5 \pm 0,6$ ) кг, ( $p < 0,05$ ), в групі II – ( $18,6 \pm 0,6$ ) кг, ( $p < 0,01$ ) порівняно з чоловіками контрольної групи – ( $43,3 \pm 0,9$ ) кг.

**Висновки.** У моряків, що працюють у сфері мореплавства виявлені зміни стану скелетно-м'язової системи, що проявляється зниженням сили скелетної мускулатури, порушенням рівноваги та високим ризиком падінь в результаті чого зростає ризик розвитку виробничого травматизму.

Більш виражені зміни з боку скелетно-м'язової системи у моряків після перенесеного COVID-19 свідчать про додатковий незалежний вплив вірусу на стан м'язової тканини.

Виявлені порушення стану скелетної мускулатури у моряків, що перенесли переніс COVID-19 потребують подальшого більш поглибленого дообстеження та лікування.

## **МЕТОДИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ РОЗВИТКУ НЕСПЕЦИФІЧНИХ БОЛІВ У СПИНІ**

**Пилипчук І. А.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність.** Люмбалгію визначають як біль в ділянці нижче 12-го ребра та вище сідничних складок ззаду, який у деяких випадках може віддавати в ногу. На люмбалгію страждають приблизно 20 % дорослих людей, у будь-який період їхнього життя. У понад 90 % випадків люмбалгії причини захворювання залишаються невстановленими (неспецифічна люмбалгія).

**Мета роботи** – визначити найбільш актуальні методи клінічного підтвердження неспецифічного характеру міофасціальних болів у спині.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено клінічне обстеження 38 хворих, які звернулись по допомогу з приводу люмбалгії. Для обстеження відібрано пацієнтів, які не мали очевидної органічної патології (травми, переломи), або відомостей про хронічні захворювання, в тому числі запального генезу, які можуть впливати на розвиток міофасціального синдрому.

**Результати та дослідження.** У обстежених пацієнтів, типові скарги для активної тригерної точки являють біль в характерній референтній зоні, вегетативні розлади частіше, ніж в зоні розташування. Розвиток міофасціального синдрому постуральних м'язів зумовлює раптовий больовий синдром внаслідок активності при таких діях як розгинання спини, підйом з ліжка, стільця, нахил або поворот тулуба та інше. Підвищення загального тону м'язу і порушення рухливості пацієнта, для зменшення навантаження на хворобливі м'язи спостерігалось у більшості пацієнтів при високій активності міофасціальних тригерних точок. Так як зона розташування тригерних точок являє собою локальне ущільнення, яке знаходиться в тяжі найбільш доступним та простим методом діагностики є пальпація. Пальпацію проводили подушечками 1 або 2, 3, 4 пальців. Пальпація м'яза виконувалась перпендикулярно напрямленню м'язових волокон і дозволяла чітко знайти хворобливий тяж з відтворенням характерних для пацієнта скарг. В ущільненому тяжі окремих пацієнтів було багато тригерних точок і їх розповсюдженість була обмежена лише довжиною м'яза. Цим хворим для більш чіткого виявлення існувала потреба повторно пальпувати тяж, але вже за напрямленням м'язових волокон. Клінічно значуще ущільнення пальпаторно відчувається як «гудзик» або «вузол» шароподібної форми, тиснення на який викликає значне посилення турбуючого болю. У окремих випадках спробі діагностувати тригерні точки заважало м'язово-тонічне перенапруження м'яза, що є реакцією нервової системи на біль. Для зменшення напруги перед пальпацією застосовувався гарячий компрес.

**Висновки.** Пальпаторне обстеження на фоні типового больового синдрому є провідним методом діагностики неспецифічної люмбалгії за відсутності органічної патології та хронічних захворювань.

Виявлені пальпаторні зміни можуть суттєво відрізнитись в залежності від кількості тригерних точок і не залежать від форми порушення рухливості



# ПЕДІАТРІЯ ТА ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ



**РОЛЬ СИГНАЛЬНОГО ШЛЯХУ  
ФОСФАТИДИЛІНОЗИТОЛ-3-КІНАЗИ –  
ПРОТЕЇНКІНАЗИ-В ПРИ РОЗВИТКУ  
ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ  
У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ  
ДІТЕЙ**

**Кошурба І. В.<sup>1</sup>, Гладких Ф. В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *КНП «Чернівецький обласний перинатальний центр»,  
Чернівці, Україна*

<sup>2</sup> *ДУ «Інститут медичної радіології  
та онкології ім. С. П. Григор'єва НАМН України»,  
Харків, Україна*

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) у передчасно народжених дітей є однією з провідних причин довічних неврологічних розладів. Попри значний розвиток уявлення про патогенез ГІЕ, включаючи дані про роль окислювального стресу, ексайтотоксичності, запалення, апоптозу та ін., ще й досі немає «золотого стандарту» лікування вказаної патології (*Zhang Z. et al., 2018; Zhou Y. et al., 2010; Movsas T. Z. et al., 2017*).

**Мета дослідження** – охарактеризувати роль сигнального шляху фосфатидилінозитол-3-кінази – протеїнкінази-В при розвитку гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у передчасно народжених дітей за даними відкритих джерел інформації.

**Матеріали та методи дослідження.** Підбір літературних джерел проводили за базами даних PubMed, Clinical Key Elsevier, Cochrane Library, eBook Business Collection, та Google Scholar за ключовими словами: фосфатидилінозитол-3-кіназа, протеїнкінази-В, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, передчасно народжені.

**Результати та їх обговорення.** Сигнальний шлях фосфатидилінозитол-3-кінази (**РІЗК**) належить до сімейства ліпідкіназ, які характеризуються своєю здатністю фосфорилювати 3'-ОН групу інозитового кільця в фосфоліпідах інозиту в плазматичній мембрані (*Fruman D. A. et al., 1998*). У контексті ГІЕ у передчасно народжених дітей, привертає увагу роль сигнального шляху РІЗК та протеїнкіназа-В (РКВ), також відомої як актинова кіназа-1 (**АКТ1**), у патогенезі та прогресії зазначеного стану. За літературними даними (*Zhou Y., et al., 2010*) активація **РІЗК/АКТ1** сприяє зменшенню пошкоджень,

пов'язаних з гіпоксією-ішемією, шляхом активації білків, які сприяють виживанню клітин та інактивації білків, що регулюють апоптоз. Це узгоджується з даним експериментальних досліджень *Ліо Z. та співав* (2019), які встановили, що застосування інгібітора сигнального шляху PI3K/Akt сполуки LY29400 призводило до збільшення рівня внутрішньоутробної смертності, зниження неврологічних показників пози, рефлексу випрямлення та рефлексу ковтання у новонароджених, а також підвищення рівня нейрон-специфічної енолази (NSE) в сироватці крові (*doi: 10.1002/jcb.28302*). У роботі *Лі L. та співавт.* (2008) показано, що при моделюванні ГІЕ в експерименті у новонароджених відбувається активація сигнального шляху PI3K/Akt та посилюється експресія фактора-1 $\alpha$ , що індукується гіпоксією (HIF-1 $\alpha$ ).

**Висновки.** Активація сигнального шляху PI3K/Akt є перспективною стратегією нейропротективної терапії у передчасно народжених з ГІЕ, зокрема, за рахунок PI3K/Akt-опосередкованої індукції проліферації нейронів, інгібування проапоптотичних факторів та стабілізації мітохондрії, зниження продукції запальних цитокінів та рівня оксидативного стресу в клітинах.

## ВИПАДОК ГІПОГАММАГЛОБУЛІНЕМІЇ У ДИТИНИ 4 РОКІВ

**Зарецька В. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** Гіпогаммаглобулінемія (хвороба Брутона, ХБ) – це X-зчеплена хвороба, яка в більшості випадків виявляється в хлопчиків з другого півріччя життя у вигляді повторних бактеріальних інфекцій з формуванням хронічних вогнищ інфекції внаслідок глибокого дефіциту В-клітин та синтезу імуноглобулінів усіх класів.

**Мета роботи.** Проаналізувати історію розвитку випадку ХБ у хлопчика 4 років.

**Матеріали та методи.** Проведено клінічний аналіз випадку ХБ на підставі вивчення медичної карти стаціонарного хворого.

**Результати та обговорення.** Дитина поступила в стаціонар в першу добу захворювання зі скаргами на підвищення температури тіла, головний біль, сонливість, світлобоязнь, однократна блювота. При огляді були виявлені позитивні менінгеальні знаки та зниження рівня свідомості. З анамнезу: рецидивуючі бактеріальні інфекції (гострий середній отит – кожні 3 місяці). Дитина вакцинована за графіком. При лабораторному дослідженні були виявлені наступні зміни: лейкоцитоз, зсув формули вліво, підвищення гострофазових білків, а також низький рівень загального білку, основну фракцію якого складав альбумін (до 80 %). Аналіз ліквору – цитоз за рахунок гранулоцитів, виявлення диплококів та грибів роду *Candida*. Враховуючи скарги, анамнез, дані обстеження, дитині був встановлений діагноз менінгіту змішаної етіології. Згідно до рекомендацій, дитини отримала рекомендовану терапію. Хлопчик був виписаний на 15 добу з повним клінічним одужанням. Через 22 години мати з дитиною знов поступає до лікарні зі схожою симптоматикою. Лабораторно підтверджується діагноз менінгіту змішаної етіології. Також пацієнту було проведено дослідження імунограми – виявлено зниження титрів всіх імуноглобулінів та рівня В лімфоцитів. Хлопчику був встановлен діагноз хвороба Брутона. Він отримав лікування щодо бактеріального менінгіту, а також замісну терапію людським імуноглобуліном у дозі 400 мг/кг кожні 4 тижня.

**Висновок.** Пізню діагностику гіпогаммаглобулінемії можна пояснити відсутністю настороженості щодо вроджених полумок імунітету.

## **ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: АНАЛІЗ СТРУКТУРИ**

**Степова В. О., Сергєєва В. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Актуальність.** На сучасному етапі однією з провідних причин смертності у дитячому віці залишаються вроджені вади розвитку



(ВВР). За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від вад розвитку протягом перших 4 тижнів життя щорічно помирають близько 303 000 дітей. Причина багатьох ВВР невідома, але інфекції, генетика та деякі фактори довкілля підвищують ризик їх виникнення. До народження дитини діагноз може бути поставлений на підставі факторів ризику у матері, результатів ультразвукового дослідження та, у деяких випадках, аналізів крові, амніоцентезу або відбору зразків ворсинок хоріону. ВООЗ ухвалила резолюцію, яка закликає всі держави-члени сприяти первинній профілактиці та зміцненню здоров'я дітей із ВВР.

**Мета роботи:** вивчити і проаналізувати структуру ВВР у новонароджених, госпіталізованих у відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

**Матеріал та методи дослідження:** клініко-лабораторні показники та інструментальні дані, отримані методом викопіювання із історій хвороби 134 дітей, які перебували у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії дитячої клініки. Після народження дитини діагноз може бути поставлений на підставі клінічного огляду, методів діагностики, які спроможні демонструвати візуалізацію та аналіз крові. Немовлятам проводилися генетичні, біохімічні дослідження рідин гомеостазу, а також низка інструментальних методів обстеження: нейросонографія, рентгенограма органів грудної клітки та черевної порожнини, ехокардіоскопія.

**Результати дослідження.** Усі діти надходили до відділення з пологових будинків м. Одеси у ранньому неонатальному періоді (2–5 днів). Тяжкість стану у 2/3 пацієнтів обумовлена неврологічною симптоматикою, у 1/3 – синдромом дихальних розладів та жовтяницею, у більшості новонароджених – на тлі преморбідних станів, а саме, недоношеності та морфо-функціональної незрілості, затримки внутрішньоутробного розвитку. У структурі виявлених ВВР переважають вади розвитку системи кровообігу (найчастіше дефекти міжшлуночкової та міжпередсердної перетинки). Більш рідкісними були вади органів дихання (переважно діагностували гіпоплазію легень), шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Цікавим є випадок поєднаної вродженої патології ШКТ у вигляді двосторонньої справжньої діафрагмальної грижі та аплазії м'язової оболонки шлунка.

**Висновки.** В сучасних умовах запобігання розвитку ВВР потребують мультидисциплінарного підходу, проведення своєчасної та

ранньої діагностики (в тому числі і прегравідарної (преконцепційної) підготовки), подальших наукових досліджень, які дозволять знизити ризик розвитку ускладнень та інвалідності, що в майбутньому сприятиме покращанню гармонійного розвитку та якості життя новонароджених.



# EMT

## ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА

### ТА

## СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ



## **SCENARIO-BASED LEARNING DURING EMERGENCY MEDICINE MODULE**

**Sachim Kumar Singh, Pervak M. P.,  
Onyshchenko V. I., Yehorenko O. S.**

*Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine*

A scenario-based learning (SBL) approach was used to teach emergency medicine content to medical students as part of a required educational program. The approach was evaluated in its initial implementation, as well as its effectiveness in teaching clinical reasoning skills and team building.

Three simulation categories were designed to teach: (1) the signs and symptoms of common emergency medicine conditions; (2) the history-taking approach used in an emergency medicine practice; and (3) the management of acutely ill patients requiring team work. A case-based team activity was developed as a method to promote reflective learning and develop decision-making skills. Pre- and post-tests were administered to measure participants' progress. After completion of the module, students rated the experience using an eight-question survey. Fifty-one medical students participated in the SBL.

Overall student performance on the pre- and post-tests improved by 7%. Mean overall rating on a scale of 1 to 4 was 3.1. Students rated the following features as most helpful: role-playing, learning objectives, feedback on clinical decisions, and time for self-directed learning. The SBL approach to teaching emergency medicine content for medical students is effective in teaching clinical reasoning and team skills and can be easily implemented. This approach provides a method for improving students' ability to apply knowledge of emergency medicine in a simulated setting.

## **SIMULATED PATIENT METHODOLOGY IN HIGHER MEDICAL EDUCATION CAN FOSTER STUDENTS EMPATHY**

**Osmolovska I. I., Pervak M. P., Onyshchenko V. I., Yehorenko O. S.**

*Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine*

The simulation case developed by the authors was presented in the form of a medical scenario with a standardized (simulated) patient. Students of the 6-th year had to attend to a patient who had suffered an incurable disease.

In the simulation the participants are given the scenario and learn how to take the appropriate action for their own case. The scenario takes place as follows: (1) the course participants are informed about the case in a briefing part, (2) the participants are taken to the clinical part of the simulation area, and (3) the debriefing part.

Twenty-five students were asked to fill in a short questionnaire at the beginning (T1) and at the end of the course (T2). The questionnaire was created on a base of The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) and simplified for the needs and conditions of the study. In T1, the mean was  $M (M) = 31.96 (\pm 5.28)$ . In T2, the mean was  $M = 39.56 (\pm 2.88)$ . The difference between the means is significant,  $T2 - T1 = 7.6$ ,  $p < 0.001$ ,  $n = 25$ . To analyze if there is a correlation between gender and change in empathy during the course, a linear regression was conducted with the change in empathy as a dependent variable. The following variable was used:  $T2 - T1$ . Gender was not significant ( $p = 0.86$ ).

Simulated Patient (SP) methodology is positively correlated to increased empathy. In the future, the introduction of such simulation case studies for medical students will give the opportunity to practice their skills under realistic circumstances. This is the crucial step in the process of developing simulation training tools for students to gain relevant skills and to foster empathy in the medical profession.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ТЯЖКОГО СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

**Дубина І. І.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

**Актуальність дослідження.** Під час війни комбатанти піддаються дії сильних стресорів, пов'язаних з бойовими діями і з умовами військової операції, які призводять до психічних порушень (зокрема, ПТСР) у деяких постраждалих. Актуальність дослідження полягає у тому, що оцінка результатів різних способів лікування віддалених наслідків стресу у комбатантів дасть змогу підібрати найбільш ефективний підхід до терапії, який допоможе пацієнтам після лікування краще адаптуватися до подальшої воєнної служби і суспільного життя.

**Мета дослідження:** провести порівняльну оцінку ефективності лікування віддалених наслідків бойового стресу у комбатантів, що

брали участь в бойових діях, за допомогою медикаментозної і комплексної терапії.

**Методи дослідження:** анамнестичний, клінічний.

**Матеріали дослідження:** 187 військовослужбовців, що отримали консультативну допомогу співробітників кафедри психіатрії та наркології протягом року (з 1 березня 2022 року по 28 лютого 2023 року) з приводу віддалених наслідків бойового стресу.

**Результати дослідження.** Діагностика віддалених наслідків стресу у бійців була проведена за допомогою клінічного обстеження, збору анамнестичних даних та застосування опитувальника ОБСБ (опитувальник бойового стресу Блінова О. А.). Усім 187 пацієнтам, у яких були виявлені віддалені наслідки стресу було призначене амбулаторне лікування (медикаментозне, психотерапія та фізіотерапія в умовах КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я») згідно із клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». 120 пацієнтів (І група) пройшли призначене комплексне лікування, а 67 пацієнтів (ІІ група) – відмовились відвідувати лікарню для отримання психотерапії і фізіотерапії, вони отримували тільки медикаментозне лікування. 22 бійці із ІІ групи після отримання рекомендацій не з'явилися на повторний огляд лікаря.

**Висновок.** Результати застосування комплексної терапії очікувано виявились більш ефективними. У більшості пацієнтів І групи стан після лікування значно покращився або нормалізувався, тоді як у багатьох пацієнтів ІІ групи залишились попередні скарги, хоч і дещо легші. Для збереження психічного здоров'я військовослужбовців має бути застосований увесь наявний арсенал методів медичної допомоги, які підвищують ефективність та доповнюють один одного.

## **АНАЛІЗ ТОКСИКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТАРТРАТОГЕРМАНАТУ МАГНІЮ**

**Матюшкіна М. В.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Цілеспрямований підхід до пошуку та створення нових безпечних лікарських засобів дозволив синтезувати цілий рід координаційних сполук на основі германію. Серед них виразну дозозалежну нейротропну активність виявляв тартратогерманат магнію. В експерименті

доведена його фармакологічна активність (анксиолітична, антидепресивна дія). Вивчена гостра та підгостра токсичність. Але для того, щоб розглядати біологічно активну речовину в якості майбутнього лікарського засобу, необхідно визначити її токсикологічний профіль.

Для цього спочатку визначали  $LD_{50}=2\ 836,97$  мг/кг за методом найменших квадратів для пробіт-аналізу кривих летальності за В. Б. Прозоровським за допомогою програми “SyatusPlus 2009” (“AnalystSoft”, США, 2009). На основі отриманих даних розраховували інші показники гострої токсичності сполуки  $LD_{10}=1\ 248,85$  мг/кг,  $LD_{16}=1\ 597,93$  мг/кг,  $LD_{84}=4\ 076,00$  мг/кг,  $LD_{100}=4\ 695,52$  мг/кг. При цьому рівень значущості складав 0,05.

Екстраполяцію отриманих параметрів на людину проводили методом з використанням констант біологічної активності. Використовували формулу:  $R_{\text{люд}}/LD_{50\ \text{люд}}=R_{\text{твар}}/LD_{50\ \text{твар}}$ .

Після розрахунків отримали параметри токсичності для людини. Так  $LD_{50}=446,71$  мг/кг,  $LD_{10}=194,64$  мг/кг,  $LD_{16}=251,61$  мг/кг,  $LD_{84}=641,80$  мг/кг,  $LD_{100}=739,95$  мг/кг. Отримані дані свідчать, що немає потенційної та реальної небезпеки гострого смертельного отруєння тартратогерманатом магнію.

Таким чином, можна зробити висновок, що сполука є нетоксичною для людини.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАНИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

**Педченко Д. М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Триваюче вдосконалення стрілецької зброї, його використання в численних військових конфліктах і в мирний час, а також недостатня кількість наукових публікацій і відомостей з даної проблеми, зокрема про сучасну вогнепальну рану щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД), обґрунтовують актуальність теми дослідження.

**Метою** дослідження було підвищити ефективність реабілітації та скоротити кількість ускладнень вогнепальних та невогнепальних поранень обличчя та щелеп шляхом дослідження клініко-рентгенологічних особливостей перебігу хворих із зазначеною патологією. Було проведено аналіз 10 історій хвороб постраждалих з вогнепаль-

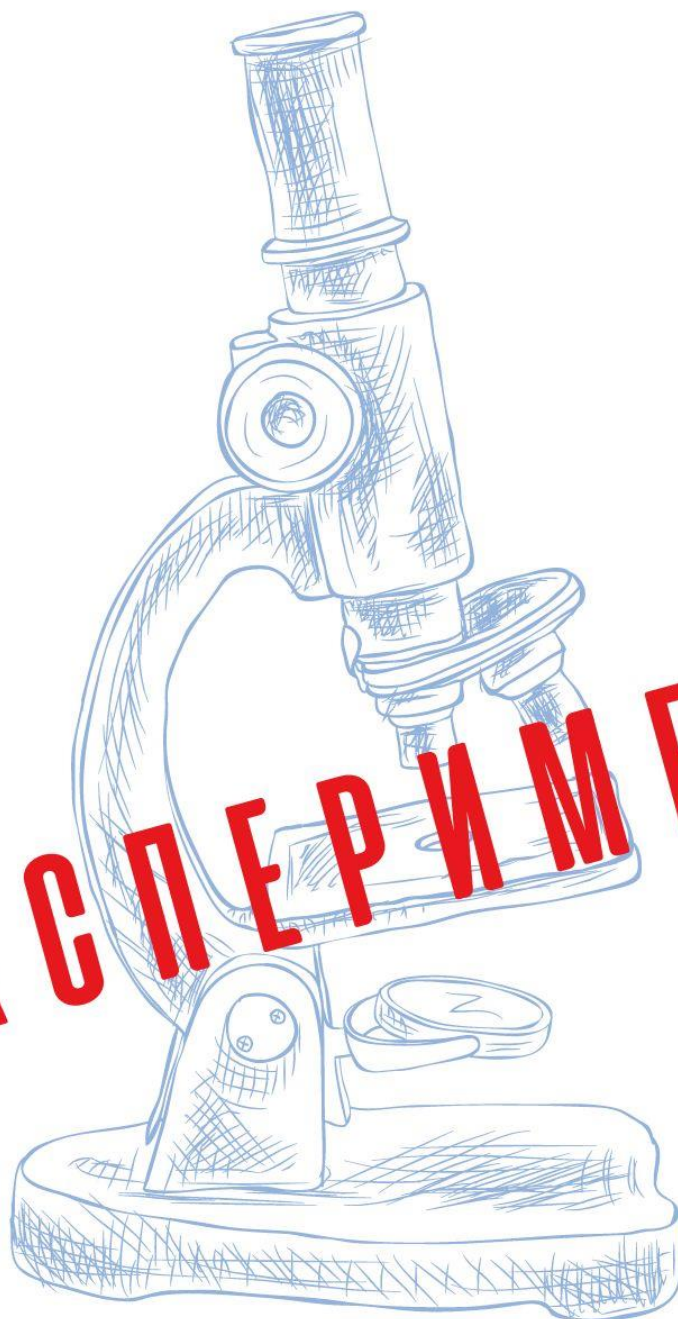
ними пораненнями обличчя та щелеп, які лікувалися у відділенні щелепно-лицьової хірургії ДУ «ІСЦЛХ НАМН» в 2018–2020 рр. З метою встановлення клініко-рентгенологічних особливостей перебігу вогнепальних уражень ЩЛД було проведено клінічне та рентгенологічного обстеження пацієнтів з вогнепальними ураженнями на різних етапах хірургічної реабілітації.

**Висновки.** Вогнепальні поранення щелепно-лицьової ділянки в зв'язку з величиною пошкодження вимагають специфічного підходу в діагностиці та лікуванні. Впровадження в хірургічну практику концепції первинно відновної операції сприятиме зниженню кількості багатоетапних операцій, зменшення ускладнень і досягненню найбільш оптимальних результатів лікування.





**ЕКСПЕРИМЕНТ**



# ЗМІНИ РУХОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЕМОЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ЩУРІВ З ХРОНІЧНИМ НЕПЕРЕДБАЧУВАНИМ СТРЕСОМ

Матюшенко П. М.

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Загальновідомо, що вплив на організм стресового чинника може індукувати формування в ньому як адаптаційних, так і дезадаптаційних переважно поведінкових та емоційних розладів, які, по-перше, супроводжуються зміною моторного та емоційного компонентів поведінки та, по-друге, в разі ушкоджуючого характеру стресової реакції та її тривалого терміну спричиняють виражені регуляторні порушення. З урахуванням цих чинників, а також постійного впливу на організм різної етіології стресових чинників, які набувають характеру хронічного стресу, цікавими постають намагання дослідити принципову можливість рулювати вираженістю стресової реакції організму через тонкі впливи на ланцюги її патогенетичних механізмів.

**Мета роботи** – дослідження рухової та емоційної поведінки щурів за умов хронічного стресу. Вказані компоненти поведінкової реакції були обрані через переважну їх детермінованість ймовірними стресовими впливами.

Досліди були проведені за умов хронічного експерименту на щурах-самцях за умов хронічного непередбачуваного стресу, який відтворювали протягом 4 тижнів пред'явою тваринам різних видів стресорних впливів. 24 години після відтворення вказаної моделі в щурів в кількісному варіанті оцінювали рухову активність в тесті «відкритого поля», а також вираженість емоційної реакції в тесті агресивно-захисної поведінки.

Стресовані щури в тесті «відкрите поле» демонстрували знерухомленість, яка виражалася у суттєвому зменшенні кількості перетнутих центральних та периферичних квадратів «відкритого поля» порівняно з відповідними показникам в групі інтактних щурів. Кількість вертикальних стійок та кількість зазирань у отвори «відкритого поля» у дослідних щурів була в 4 та в 3,2 рази менше, відповідно таких показників в контролі. Емоційна поведінка стресованих щурів характеризувалася інтенсивною вокалізацією та намаганнями вкусити долоню дослідника при наближенні руки до тварини. Показник агресивно-захисної поведінки щурів із хронічним стресом в 1.8 раза перевищував відповідний показник у щурів контрольної групи.

Таким чином, отримані дані свідчать про виражені зміни поведінки щурів, які підлягли хронічному непередбачуваному стресу. Вказані розлади характеризувалися редукцією показників рухової активності в тесті «відкрите поле» та підвищенні вираженості емоційної поведінки. Ці зміни є достатньо характерними при пред'яві тваринам стресорних стимулів та характеризують напруження резервних можливостей організму. Завданнями подальших серій дослідження будуть з'ясування нейромедіаторних механізмів визначених поведінкових дисфункцій.

## **ВПЛИВ МЕТФОРМІНУ ТА АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ НА ВИРАЖЕНІСТЬ ПРОЦЕСІВ ПАМ'ЯТІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ**

**Садовий О. С., Крепец С. М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Цукровий діабет 2 типу стає все більш розповсюдженим захворюванням та найбільш агресивним з точки зору його дебюту в осіб різного віку. Розуміючи складність усієї клінічної картини цукрового діабету, пов'язану перш за все з ускладненнями захворювання через комплексність, каскадність та багатобічність «хибних кіл» патогенетичних механізмів захворювання, які спричиняють формування діабетичних мікро- та макроангіопатій, нашу увагу привернув зв'язок цукрового діабету та когнітивних розладів.

**Мета роботи** – дослідження вираженості когнітивних розладів в динаміці стрептозотоцин-спричиненого цукрового діабету, а також вплив комплексного фармакологічного лікування на досліджувані показники.

Експериментальні дослідження були виконані в умовах хронічного експерименту на моделі стрептозотоцин-індукованого цукрового діабету. За щурами спостерігали 6 тижнів без лікування, після чого розпочинали лікування роздільним та сумісним введенням метформіну та альфа-ліпоєвої кислоти. Вираженість когнітивних функцій у щурів оцінювали за виробленням умовного рефлексу активного уникнення, його зберіганням через 24 год (короткострокова пам'ять) і через 7 днів (довгострокова пам'ять).

Отримані результати свідчать про розвиток амнестичного ефекту в динаміці формування експериментального цукрового діабету, що

підтверджується залежним від часу гальмуванням процесу формування умовного рефлексу, а також погіршенням процесів коротко- і довгострокової пам'яті. Фактичні дані про більш виражене відновлення процесів навчання, показників коротко- та довготривалої пам'яті під впливом сумісного введення метформіну та альфаліпоевої кислоти є експериментальним обґрунтуванням вірно складеної та запропонованої схеми фармакологічної корекції когнітивних розладів при стрептозотоцин-індукованому цукровому діабеті.

Запропонована комплексна схема фармакокорекції є ефективною, має патогенетичне підґрунтя та цілком виражений саногенетичний вплив, що в разі подальшого ретельного дослідження матиме клінічне значення.

## **ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МОДЕЛІ ВІДТВОРЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

**Сарахан Л. В., Сарахан В. М.**

*Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Цукровий діабет (ЦД) є соціальним та економічним тягарем будь-якої країни світу і займає одне з перших місць у рейтингу хронічних захворювань. Станом на 2021 рік в Україні було близько 1 млн. 400 тисяч осіб хворих. Насправді, на цукровий діабет хворіє 2,9 % всього населення країни. Розвиток ускладнень становить близько 80–90 % у пацієнтів без адекватної терапії.

Мета роботи – визначити оптимальний метод моделювання цукрового діабету в експериментальних умовах для подальшого дослідження патофізіологічного механізму цукрового діабету та методи його лікування.

Були розглянуті декілька моделей діабету з метою відтворення одного з механізмів розвитку захворювання. Зокрема, відсутність синтезу інсуліну клітинами острівців Лангерганса підшлункової залози. Аналізуючи відомі моделі діабету за останні кілька десятиліть, їх можна розділити на інвазивні та неінвазивні. Хірургічні методи характеризуються повне або часткове видалення підшлункової залози, а також неінвазивне додатково поділяються на: хімічні, ендокринні, імунні, генетичні методи моделювання цукрового діабету. З усіх експериментальних методів моделювання діабету, Найбільш поширеними і визнаними в світі є хімічні методи (використання токсичні речовини – стрептозотоцин, алоксан та ін.). Методи хімічного впливу по-

лягають у тому, що тварина під час досліду вводять речовини, які руйнують клітини підшлункової залози, тим самим роблячи синтез інсуліну неможливий. Ми пропонуємо використовувати алоксанову модель, для її відтворення алоксан призначають в наступних пропорціях: в перший день 5 мг/100 г інтраабдомінальний розчин, на восьмий і п'ятнадцятий день – 7 мг/100 г. Тваринам надавався вільний доступ до 5 % розчину фруктози в поживній форма. Це дозволило зменшити токсичну дію алоксану, що значно знизило відсоток загибелі тварин.

Підводячи підсумок, з усіх представлених способів експериментальне моделювання діабету, на нашу думку, використання алоксанової моделі з розчином фруктози виявився оптимальним.

## ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК

- Алавацька Т. В. 20, 56, 65  
Артюх А. О. 32
- Байдик В. В. 30  
Бойко А. В. 29  
Бондаренко О. В. 63  
Браткова Л. Б. 19  
Бугаєнко А. Р. 38  
Булгар А. В. 9  
Бульба П. О. 35
- Волик Ю. В. 10  
Волянюк А. В. 49
- Габінет К. М. 30  
Ганєв М. М. 5  
Гладких Ф. В. 58, 59, 76  
Гладчук З. І. 4  
Гнатовська Д. І. 40  
Гніда Н. І. 19  
Гринь В. Г. 16  
Гришко Н. О. 28  
Гуненко І. І. 24
- Данилюк М. Б. 35  
Добровольський А. Л. 13  
Дробот Д. І. 44, 47  
Дубина І. І. 83  
Дьячкова З. Е. 23
- Зарецька В. В. 77  
Заславська А. О. 45
- Ібрагімова Л. І. 49
- Каліцинська Ю. Л. 46  
Кенгельян Т. Р. 17  
Ковальчук Л. С. 18  
Кормілець О. Ю. 44, 47  
Кофанова Д. М. 29  
Кошурба І. В. 76  
Крепєц С. М. 89  
Кулініч Г. В. 58  
Куліш Т. А. 7, 51  
Купрій Я. С. 48
- Лісковський С. В. 45  
Літвін К. П. 11, 42  
Луцько А. С. 46
- Мазніченко Є. О. 61, 62  
Майстрєнко М. С. 20, 54  
Максименко О. С. 16  
Мартиновська О. В. 6  
Матюшенко П. М. 88  
Матюшкіна М. В. 84  
Меліксетян К. Г. 29  
Миронов О. О. 69  
Насс В. О. 28  
Никитюк П. В. 72  
Новосельцев Ю. В. 23
- Олексієнко М. С. 70  
Остапчук Т. М. 21  
Очеретна Ю. С. 48

Паламарчук Д. В. 24  
Педченко Д. М. 85  
Пилипчук І. А. 73  
Півень В. Р. 11, 42  
Посохова С. П. 8  
Потапчук Ю. О. 33  
Прус І. В. 27  
Прус Р. В. 27

Руденко О. В. 33  
Руських О. О. 39

Садовий О. С. 89  
Саморукова А. Є. 21  
Сарахан В. М. 90  
Сарахан Л. В. 90  
Сергеєва В. С. 78  
Сивий С. М. 4  
Станіславчук В. В. 37  
Старовойтова Г. Ю. 42  
Степова В. О. 78  
Сухіна Ю. О. 20, 54, 56, 65

Тер-Варданян Д. Г. 32  
Ткаченко О. 26  
Тодорова Т. П. 12

Угненко С. О. 55

Фам Нгок Фіонг Янг 49  
Філоненко О. В. 25  
Фільчук М. М. 31

Ходос О. С. 38

Чимбер Д. С. 71

Шаханов О. Г. 22  
Швага М. Ю. 42  
Широка А. Д. 8

Яковлева Н. В. 11, 42  
Январьова О. Ю. 54, 56, 65

Daliop Christopher Hijang 64

Lytvynchuk I. V. 64

Onyshchenko V. I. 82  
Osmolovska I. I. 82

Pervak M. P. 82

Rakyta N. S. 68

Sachim Kumar Singh 82

Yehorenko O. S. 82

# ЗМІСТ

<b>ДОПОВІДАЧІ ФОРУМУ .....</b>	<b>3</b>
<b>БЛОК 1 .....</b>	<b>4</b>
<b>ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ</b> Сивий С. М., Гладчук З. І. ....	4
<b>СУЧАСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ</b> <b>ПРОСТАТИТ. СИНДРОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ</b> Ганєв М. М. ....	5
<b>ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ ТА СПКЯ, ВПЛИВ</b> <b>ТА ЇХНІЙ КОНТРОЛЬ У ПАЦІЄНТОК ІЗ БЕЗПЛІДДЯМ</b> Мартиновська О. В. ....	6
<b>МАГНЕЗІАЛЬНА ТЕРАПІЯ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ</b> Куліш Т. А. ....	7
<b>АНАЛІЗ ЧАСТОТИ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА</b> <b>У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ</b> Посохова С. П., Широка А. Д. ....	8
<b>СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ У ЖІНОК</b> <b>РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА АДЕНОМІОЗ</b> Булгар А. В. ....	9
<b>РОЛЬ ПОЛІФОКАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПРОСТАТИ</b> <b>ПРИ НЕГАТИВНОМУ ЛАБОРАТОРНОМУ СКРИНІНГУ</b> <b>РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ</b> Волик Ю. В. ....	10
<b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: АНОМАЛІЯ РОЗВИТКУ МАТКИ,</b> <b>КЛАС U2 В (МАТКА З ПОВНОЮ ПЕРЕТИНКОЮ),</b> <b>ГІПОПЛАЗІЯ МАТКИ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ,</b> <b>ДВОБІЧНИЙ ГІДРОСАЛЬПІНКС, ПЕРВИННА АМЕНОРЕЯ</b> Яковлева Н. В., Літвін К. П., Півень В. Р. ....	11



СТАН ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ Тодорова Т. П. ....	12
РОЛЬ МІКРОБІОМУ ТА ЦИРКАДНИХ РИТМІВ У РОЗВИТКУ ГІПЕРЕСТРОГЕНЕМІЇ Добровольський А. Л. ....	13
<b>БЛОК 2</b> .....	16
МОРФОГЕНЕЗ ТА ЦИТОАРХІТЕКТОНІКА МОЛОЧНИХ ПЛЯМ ВЕЛИКОГО ЧЕПЦЯ У БІЛИХ ЩУРІВ Максименко О. С., Гринь В. Г. ....	16
ВПЛИВ АРТТЕРАПІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ДІТЕЙ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПЕРЕБІГУ ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Кенгельян Т. Р. ....	17
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ВЕРНІКЕ У ДІВЧИНКИ 13 РОКІВ ВНАСЛІДОК РОЗЛАДУ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ Ковальчук Л. С. ....	18
ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ ПРОТЕЇНУ S-100 У ФОРМУВАННІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ Гніда Н. І., Браткова Л. Б. ....	19
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА ЯК ПРЕДИКТОР УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ Майстренко М. С., Сухіна Ю. О., Алавацька Т. В. ....	20
АНАЛІЗ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СТУДЕНТІВ ТА ІНТЕРНІВ ВИЩОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ Остапчук Т. М., Саморукова А. Є. ....	21

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОЛІЗАТУ КОЛАГЕНУ Шаханов О. Г. ....	22
КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗОРОВИЙ СИНДРОМ У ШКОЛЯРІВ. ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ Новосельцев Ю. В., Дьячкова З. Е. ....	23
ШВИДКІСТЬ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПУЛЬСОВОЇ ХВИЛІ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ Гуненко І. І., Паламарчук Д. В. ....	24
МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ Філоненко О. В. ....	25
<i>Стенова доповідь</i> МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРЕДИКТОРИ ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ Ткаченко О. ....	26
<b>БЛОК 3</b> .....	27
ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ НА КАФЕДРІ АНАТОМІЇ ТА РЕГЕНЕРАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ В ІРЛАНДСЬКОМУ КОРОЛІВСЬКОМУ УНІВЕРСИТЕТІ ХІРУРГІВ Прус Р. В., Прус І. В. ....	27
ВИПАДОК НЕДОСКОНАЛОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ У НОВОНАРОДЖЕНОГО Гришко Н. О., Насс В. О. ....	28
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ДЕСТРУКТИВНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ Меліксетян К. Г., Бойко А. В., Кофанова Д. М. ....	29

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ Габінет К. М., Байдик В. В. ....	30
ВИКОРИСТАННЯ БІОАКТИВНОГО БОРАТНОГО СКЛОМАТЕРІАЛУ У ЛІКУВАННІ ЗНАЧНИХ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ М'ЯКИХ ТКАНИН ШКІРИ ГОЛОВИ Фільчук М. М. ....	31
СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ РІЗНОМАНІТНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ Тер-Варданян Д. Г., Артюх А. О. ....	32
ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ ЯК СКЛАДОВОЇ ЧАСТИНИ ПРОГРАМИ ШВИДКОГО ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ Руденко О. В., Потапчук Ю. О. ....	33
<b>БЛОК 4</b> .....	35
ПОРІВНЯННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ОЦІНКИ СИНДРОМУ СТАРЕЧОЇ АСТЕНІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ШКАЛИ FRAILTY ТА EDMONTON FRAIL У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ Бульба П. О., Данилюк М. Б. ....	35
АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ОНКОХВОРИХ ЖІНОК Станіславчук В. В. ....	37
БЕЗСУДОМНИЙ ФОКАЛЬНИЙ ЕПІСТАТУС: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ ТА ВЛАСНИЙ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК Бугаєнко А. Р., Ходос О. С. ....	38

КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ МАРКЕРИ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ ХИБНІСТЬ В ДІАГНОСТИЦІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ Руських О. О. ....	39
СИНДРОМ ПРОКЛЯТТЯ УНДИНИ ЯК РІДКІСНИЙ ПРОЯВ АВТОІМУННОГО ЕНЦЕФАЛІТУ Гнатовська Д. І. ....	40
<b>АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ І УРОЛОГІЯ</b> .....	41
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВИНИКНЕННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ Яковлева Н. В., Півень В. Р., Літвін К. П. ....	42
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ У ПАЦІЄНТОК ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ Швага М. Ю., Старовойтова Г. Ю. ....	42
ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ПРИ ГЛИБОКОМУ ІНФІЛЬТРАТИВНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ У ПОЄДНАННІ З ЕНДОМЕТРІОМОЮ ЯЄЧНИКА Кормілець О. Ю., Дробот Д. І. ....	44
ВПЛИВ ВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА РОЗВИТОК УСКЛАДНЕНЬ ЗА ТИПОМ РОЗРИВІВ СЛИЗОВОЇ ПІХВИ ПІД ЧАС ІІ ПЕРІОДУ ПОЛОГІВ Заславська А. О., Лісковський С. В. ....	45
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОМАТКОВИХ ПЕРЕТИНОК З ВИКОРИСТАННЯМ МОНО- ЧИ БІПОЛЯРНОЇ ЕНЕРГІЇ Каліцинська Ю. Л., Лунько А. С. ....	46

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОЄДНАННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ТА ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЛЕЙОМІОМАТОЗА Дробот Д. І., Кормілець О. Ю. ....	47
ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ Очеретна Ю. С., Купрій Я. С. ....	48
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ Ібрагімова Л. І., Волянчук А. В., Фам Нгок Фіонг Янг.....	49
ВАГІТНА ЖІНКА У ТВОРАХ ЖИВОПИСУ Куліш Т. А. ....	51
<b>ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА:</b> <b>Частина 1</b> .....	53
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕХОКАРДІОСКОПІЇ ТА КАРТУВАННЯ СЕРЦЯ Январьова О. Ю, Сухіна Ю. О., Майстренко М. С. ....	54
АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК «НАРІЖНИЙ КАМІНЬ» ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ Угненко С. О. ....	55
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕСИНХРОНІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ Сухіна Ю. О., Алавацька Т. В., Январьова О. Ю. ....	56

## **ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА:**

**Частина 2** ..... 57

РАДІОСЕНСИБІЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ  
ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ  
ЯК ПРИКЛАД ЇХНІХ ПЛЕЙОТРОПНИХ ЕФЕКТІВ

Гладких Ф. В., Кулініч Г. В. .... 58

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ  
МЕТОДУ РЕДАГУВАННЯ ГЕНІВ CRISPR/CAS9  
У ПЕРСОНІФІКОВАНОМУ ЛІКУВАННЯ  
ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Гладких Ф. В. .... 59

ОЦІНКА БІОМАРКЕРІВ  
ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ  
З ГІПЕРЛІПІДЕМІЄЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИМ  
СИНДРОМОМ

Мазніченко Є. О. .... 61

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ПЕЧІНКИ  
У ХВОРИХ НА ГЕТЕРОЗИГОТНУ СІМЕЙНУ  
ГІПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМІЮ

Мазніченко Є. О. .... 62

КОМПЕНСАЦІЯ ГІПОТИРЕОЗУ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ  
З СУПУТНЬОЮ ТАХІКАРДІЄЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ  
ГІПЕРТЕНЗІЄЮ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Бондаренко О. В. .... 63

DETERMINATION OF THE BIOLOGICAL ACTIVITY OF  
2-, 3-, 4-AMINOPHENYLACETIC ACID HEXAFLUOSILICATES  
AS POTENTIAL ANTI-CARIES AGENTS

Daliop Christopher Hijang, Lytvynchuk I. V. .... 64

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Алавацька Т. В., Сухіна Ю. О., Январьова О. Ю. .... 65

## **ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА:**

**Частина 3** ..... 67

THE INFLUENCE OF TRANSFERRED INFECTION COVID-19  
ON INDICATORS OF FUNCTIONAL ABILITY IN  
PARKINSON'S DISEASE

Rakytá N. S. .... 68

ДИСФУНКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ СИСТЕМИ  
ЯК ПРОВІДНИЙ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕХАНІЗМ  
РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ

Мионов О. О. .... 69

ПСИХОДІАГНОСТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Олексієнко М. С. .... 70

ВПЛИВ ВІТАМІНУ D  
НА ЛІКУВАННЯ ДЕЯКИХ ПСЕВДОРЕЗИСТЕНТНИХ  
ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

Чимбер Д. С. .... 71

ОЦІНКА СТАНУ СКЕЛЕТНО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ  
У МОЛЯКІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО COVID-19

Никитюк П. В. .... 72

МЕТОДИ КЛІНІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ  
МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛОВОГО СИНДРОМУ  
ПРИ РОЗВИТКУ НЕСПЕЦИФІЧНИХ БОЛІВ У СПИНІ

Пилипчук І. А. .... 73

**ПЕДІАТРІЯ ТА ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ** ..... 75

РОЛЬ СИГНАЛЬНОГО ШЛЯХУ  
ФОСФАТИДИЛІНОЗИТОЛ-3-КІНАЗИ – ПРОТЕЇНКІНАЗИ-В  
ПРИ РОЗВИТКУ ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЇ  
ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Кошурба І. В., Гладких Ф. В. .... 76

ВИПАДОК ГІПОГАММАГЛОБУЛІНЕМІЇ У ДИТИНИ 4 РОКІВ Зарецька В. В. ....	77
ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: АНАЛІЗ СТРУКТУРИ Степова В. О., Сергеева В. С. ....	78
<b>ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА ТА СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ</b> .....	81
SCENARIO-BASED LEARNING DURING EMERGENCY MEDICINE MODULE Sachim Kumar Singh, Pervak M. P., Onyshchenko V. I., Yehorenko O. S. ....	82
SIMULATED PATIENT METHODOLOGY IN HIGHER MEDICAL EDUCATION CAN FOSTER STUDENTS EMPATHY Osmolovska I. I., Pervak M. P., Onyshchenko V. I., Yehorenko O. S. ....	82
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ТЯЖКОГО СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ Дубина І. І. ....	83
АНАЛІЗ ТОКСИКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ ТАРТРАТОГЕРМАНАТУ МАГНІЮ Матюшкіна М. В. ....	84
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ПЕРВИННОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ОБРОБКИ РАНИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ ПОРАНЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ Педченко Д. М. ....	85



<b>ЕКСПЕРИМЕНТ</b> .....	87
<b>ЗМІНИ РУХОВОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЕМОЦІЙНИХ РЕАКЦІЙ У ЩУРІВ З ХРОНІЧНИМ НЕПЕРЕДБАЧУВАНИМ СТРЕСОМ</b> Матюшенко П. М. ....	88
<b>ВПЛИВ МЕТФОРМІНУ ТА АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ НА ВИРАЖЕНІСТЬ ПРОЦЕСІВ ПАМ'ЯТІ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ</b> Садовий О. С., Крепец С. М. ....	89
<b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ МОДЕЛІ ВІДТВОРЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ</b> Сарахан Л. В., Сарахан В. М. ....	90
<b>ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК</b> .....	92

Наукове видання

**I ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**22–23 червня 2023 року**

**м. Одеса**

*Збірка тез*

Електронне видання. Формат 60×84/16.

Ум. друк. арк. 5,98. Зам. 2606.

Одеський національний медичний університет

65082, Одеса, Валіховський пров., 2.

тел: (048) 723-42-49, факс: (048) 723-22-15

e-mail: office@onmedu.edu.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 668 від 13.11.2001



