

Всеукраїнський
форум
молодих
вчених

з міжнародною участю



ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

27–28 ЧЕРВНЯ 2024 РОКУ
М. ОДЕСА

ЗБІРКА ТЕЗ



Одеса
ОНМедУ
2024

Всеукраїнський
форум
молодих
вчених

з міжнародною участю



ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**27–28 ЧЕРВНЯ 2024 РОКУ
М. ОДЕСА**

ЗБІРКА ТЕЗ



**Одеса
ОНМедУ
2024**

УДК 61(043.2)
Д76

Редакційна рада

Валерія МАРЧЕРЕДА, професор, перший проректор
Світлана КОТЮЖИНСЬКА, професор,
проректор з науково-педагогічної роботи
Олена ФІЛОНЕНКО, доцент,
асоційований член Ради молодих вчених

Організаційний комітет

Голова оргкомітету: Валерій ЗАПОРОЖАН,
лауреат Державної премії України, академік НАМН України,
ректор Одеського національного медичного університету

Члени оргкомітету:

Андрій ДОБРОВОЛЬСЬКИЙ
Олександр ЧОРНИЙ
Вікторія ОСІНЦЕВА
Наталія ГНІДА

**II Всеукраїнський форум молодих вчених з між-
Д76 народною участю. 27–28 червня 2024 року, м. Одеса :**
збірка тез [Електронне видання]. — Одеса : ОНМедУ,
2024. — 36 с.

ISBN 978-966-443-133-7

У збірці викладено тези доповідей учасників II Всеукра-
їнського форуму молодих вчених з міжнародною участю.

УДК 61(043.2)

ISBN 978-966-443-133-7

© Одеський національний
медичний університет, 2024

**МАТЕРІАЛИ ВІДКРИТОГО ЗАСІДАННЯ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ:
СУЧАСНІ ВИКЛИКИ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ
В УКРАЇНІ**

Дата презентації: 27.06.2024

Тема. Перспективи розвитку спільноти молодих вчених медичних закладів: виклики та можливості.

Доповідач:

Голова РМВ ОНМедУ
Добровольський А.

Дата презентації: 27.06.2024

Тема. Проекти ради молодих вчених Одеського національного медичного університету.

Доповідач:

асоційований член РМВ
ОНМедУ Філоненко О.

Дата презентації: 27.06.2024

Тема. Про участь молодих вчених у start-up програмах: досвід іноземних студентів у 2024 році.

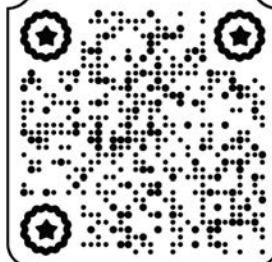
Доповідач:

Анік Ахтар Буч,
лікар загальної практики

Презентація № 1



Презентація № 2



Презентація № 3



ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН ТА ПЕРЕБІГ КОМОРБІДНОЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЖІНКИ МОЛОДОГО ВІКУ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Белінська А. А.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: коморбідна шлунково-кишкова патологія; тривожно-депресивний розлад.

Актуальність: поширеність захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ), ендокринної патології, тривожно-депресивних розладів значно зросла в останні роки. Відомий зв'язок між даними патологіями [1, 2, 5].

Мета: дослідити взаємозв'язок між захворюваннями шлунково-кишкового тракту, аутоімунним тиреоїдитом та тривожно-депресивним синдромом.

Матеріали та методи: історія хвороби жінки 35 років з відповідною коморбідною патологією.

Результати. Скарги на присмак кислоти та гіркоти у роті, біль тягнучого характеру в епігастрії натще, що зменшується після прийому їжі, тупі болі в правому підребер'ї, нудоту та блювання з домішками жовчі вранці, яка приносить полегшення, нестійкі випорожнення; відчуття грудки у горлі, тривоги, швидкої втомлюваності, страх розвитку онкопатології; відходження гельмінта.

Анамнез захворювання: скарги 8 років, значно посилилися з початком воєнних дій та вимушеним переїздом, приймала прокінетики, антациди. Пацієнтка має грижу стравохідного отвору діафрагми (2018), компенсований аутоімунний тиреоїдит, приймає L-тироксин. Попередній діагноз: рефлюкс-езофагіт.

Функціональна диспепсія, не асоційована з *Helicobacter pylori*, дуоденально-гастральний рефлюкс. Хронічний некалькульозний холецистит, стадія нестійкої ремісії, біліарний сладж. Синдром подразненого кишечника (СПК) змішаної форми. Аскаридоз. Генералізований тривожний розлад? Відмічає значне покращення (зменшення ШКТ-симптомів, тривоги та депресивного настрою) під час прийому есциталопраму 10 мг/добу та погіршення після відміни [3, 5, 6].

Результати психологічного інтерв'ю за шкалою тривоги Бека (середній рівень тривоги), Гамільтона (17 балів), шкала Спілберга — 108 балів (високий рівень ситуативної тривоги). Спричинені стресом зміни в нейроендокринно-імунній системі впливають на порушення осі мікробіота-кишечник-мозок і є доведеними чинниками загострення захворювань ШКТ (СПК) [4].

Висновки

1. Ведення пацієнтів з коморбідною шлунково-кишковою патологією потребує ретельного обстеження та комплексного лікування.
2. Корекція психоемоційного стану суттєво покращує перебіг коморбідної патології.

Література

1. Irritable bowel syndrome and mental health comorbidity — approach to multidisciplinary management / Staudacher H. M., Black C. J., Teasdale S. B. et al. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2023. Vol. 20. P. 582–596. DOI: 10.1038/s41575-023-00794-z
2. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis / Fond G., Loundou A., Hamdani N. et al. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2014. Vol. 264. P. 651–660. DOI: 10.1007/s00406-014-0502-z
3. Fritsch P., Kolber M. R., Korownyk Ch. Antidepressants for irritable bowel syndrome. *Canadian Family Physician.* 2020 Apr. Vol. 66. P. 265
4. The neurobiology of irritable bowel syndrome. *Molecular Psychiatry.* 2023. Vol. 28. P. 1451–1465.
5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії : Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14#Text>
6. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на генералізований тривожний розлад : додаток до наказу МОЗ №59 від 05.02.2007 р. URL : <http://medstandart.net/browse/2309>



ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ НИЗЬКИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОЇ РАДІАЦІЇ НА ОРГАНІЗМ

Громадченко А. О., Дімов А. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Іонізуюче випромінювання є поширеним явищем у природі, включаючи α , β , γ та рентгенівське випромінювання, яке має позитивні аспекти для людини, наприклад променева терапія та радіодіагностика, атомні електростанції, проте, водночас, призводить до серйозних травм. До найбільш радіочутливих органів належать кровотворна система, шлунково-кишковий тракт, легені, мозок і шкіра [1, 2].

Індуковані іонізуючим випромінюванням успадковані епігенетичні зміни — одна з основних причин формування віддаленої променевої патології. Епігенетичні зміни клітин мають масовий (детермінований) характер, що відрізняє їх від мутаційних, які є одиничними і ненаправленими. Іонізуюча радіація здатна модифікувати рівень спонтанної генетичної нестабільності, успадкованої у кількох клітинних поколіннях за епігенетичним механізмом [3–7].

Дослідники виявили, що ефекти малих доз опромінення можуть бути більш вираженими, ніж очікувалось, виходячи з лінійної екстраполяції від більш високих доз, і цим самим прискорювати старіння імунної системи, час початку вікових дегенеративних порушень, ушкоджень ока, ризик виникнення серцево-судинних захворювань та атеросклерозу [8].

Несприятливі наслідки впливу іонізуючої радіації на організм можуть суттєво недооцінювати [9]. Хронічне низькодозове опромінення населення в регіонах, які зазнали радіонуклідного забруднення в результаті радіаційних катастроф, здатне призводити до спадкової дестабілізації генетичних структур, що, в свою чергу, проявляється в розривах та перебудові ДНК, ущільненні хроматину, абераціях хромосом, анеуплоїдіях, супресії генів, генних і хромосомних мутаціях, що призводить до порушення балансу генома та, як наслідок, відбуваються малігнізація, індукування апоптозу, загибель клітини [10].

Таким чином, аналізуючи наукові джерела, можна зробити висновок, що вивчення механізмів, які дають змогу зрозуміти мутаційні процеси, що виникають у віддалені строки після опромінення, відкриває нові можливості для розуміння віддалених генетичних наслідків і адаптивних процесів на стресові впливи за дії хімічних чинників.

Література

1. Liu D, Zhuang B, Wei M, Yuan T, Li J, Deng P, Du L, Yuan B, Jin Y. Oral konjac glucomannan for prevention of ionizing radiation-induced injury by regulating gut microbiota and increasing short chain fatty acids. *International Journal of Biological Macromolecules*. 2023 June 15;(240):124402.

2. Kwak SJ, Jang WI, Park S, Cho SS, Lee SB, Kim M-J, Park S, Shim S, Jang H. Metallothionein 2 activation by pravastatin reinforces epithelial integrity and ameliorates radiation-induced enteropathy. *eBioMedicine*. 2021 Nov;(73):103641.

3. Радіоекологія : підруч. / Шапорев В. П., Масікевич Ю. Г., Моїсєєв В. Ф. та ін. Чернівці : «Місто» АНТ, 2018. 440 с.

4. Тридцять п'ять років Чорнобильської катастрофи: радіологічні та медичні наслідки, стратегії захисту та відродження : Національна доповідь України. Київ, 2021. 283 с.

5. Weigel C, Schmezer P, Plass C, Popanda O. Epigenetics in radiation-induced fibrosis. *Oncogene*. 2015;34.

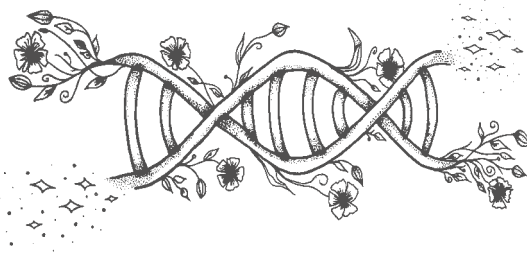
6. Neary R, Watson CJ, Baugh JA. Epigenetics and the overhaling wound: the role of DNA methylation in fibrosis. *Fibrogenesis & Tissue Repair*. 2015;8(1):18. DOI: 10.1186/s13069-015-0035-8.3

7. Mauro Belli, Maria Antonella Tabocchini. Ionizin Radiation-Induced Epigenetic Modifications and Their Relevance to Radiation Protection. *Int. J. Mol. Sci.* 2020;21(17):5993; DOI: 10.3390/ijms21175993.

8. Главін ОА, Дьоміна ЕА, Іванкова ВС, Михайленко ВМ, Маковецька ЛІ, Хруленко ТВ, Дружина МО. Проблеми радіаційної медицини та радіології. 2023;(28):191-205.

9. Стецик МО, Костенко СБ, Костенко ЄЯ, Юрженко АВ. Довготривалий вплив малих доз іонізуючого випромінювання на ліпідний комплекс мембран еритроцитів. *Науковий вісник Ужгородського університету (Серія Медицина)*. 2019;2(60):54-6.

10. Тяжка ОВ, Загородня ЯМ. Стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантної системи у дітей різного віку. *Перинатологія і Педіатрія*. 2016;2(66):101-5.



КАРДІОПРОТРЕКЦІЯ МОДЕЛЬОВАНОЇ АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ЩУРІВ

Шатинська Т. В.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
Івано-Франківськ, Україна*

Вступ. Кардіотоксичність антрациклінових антибіотиків, які входять до протоколів терапії гемобластозів, є актуальною проблемою медицини [2, 4]. Відомо, що зростання їхньої кумулятивної дози посилює кардіотоксичні ефекти та зумовлює розвиток антрациклінової кардіоміопатії (АКМП) [5].

Ключові слова: кардіотоксичність, кардіоміопатія, доксорубіцин, щурі.

Мета роботи. Оцінити кардіопротекторну дію левокарнітину на ушкоджений міокард за умови моделювання АКМП.

Матеріали та методи. Експерименти проводились на 120 білих щурах масою (200±20) г. Моделювали АКМП шляхом в/о введення доксорубіцину (ДР) протягом 4 тижнів (Україна ВАТ «Київмедпрепарат») дозою 5,0 мг/кг м. т. тварини. Групи тварин: 1 — інтактна; 2 — тварини з плацебо; 3 — щурі з модельованою АКМП без корекції; 4 — щурі із АКМП, яким ентерально 42 доби вводився левокарнітин 1 раз на добу в дозі 50,0 мг/кг м. т. тварини. Серцеву тканину брали через 7, 14, 21 і 28 діб після введення ДР. Зрізи, отримані на ультрамікроскопі “Tesla BS-490”, вивчали в електронному мікроскопі «ПЕМ-125К» [3].

Результати дослідження. Зміни у тварин із модельованою АКМП мали місце як в кардіоміоцитах (КМЦ), так і в гемокапілярах [1]. Через 7 діб після першого введення ДР відмічали зміни саркоплазми, ядра, яке мало інвагінації ядерної оболонки, мітохондрій — просвітлений матрикс та редуковані гребені, а також розширені цистерни, трубочки апарату Гольджі та гранулярної ендоплазматичної сітки. У гемокапілярах був набряк ендотеліоцитів із мікропіноцитозними включеннями на периферії, розширений перинуклеарний простір та агрегація тромбоцитів. На 28-му добу у просвіті гемокапілярів визначалися еритроцитарні агрегати, мітохондрії з редукованими кристами та зміни апарату Гольджі, гранулярної ендоплазматичної сітки та ядерної оболонки. Ультраструктура гемокапілярів КМЦ тварин, яким вводили левокарнітин, мала незначну гіпергідратацію ендотеліоцитів, а також зменшену кількість тромболейкоцитарних та еритроцитарних агрегатів у просвіті гемокапілярів.

Висновки. Застосування ДР має прямий токсичний вплив на КМЦ та спричиняє їхній цитоліз та фрагментацію, що зумовлює ішемію міокарда. Кардіопротекція левокарнітином забезпечує метаболічний та енергетичний захист та покращує реологічні властивості міокарда.

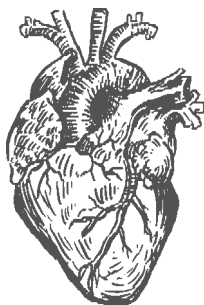
Література

1. Babaei H, Razmaraii N, Assadnassab Gh, Mohajel Nayebi A, Azarmi Y, et al. Ultrastructural and Echocardiographic Assessment of Chronic Doxorubicin — Induced Cardiotoxicity in Rats. Archives of Razi Institute. 2020;75(1):55-62. <https://doi.org/10.22092/ARI.2019.116862.1177>
2. Lazar DR, Farcaş AD, Cristina Blag C, et al. Cardiotoxicity: a major setback in childhood leukemia treatment. Hindawi. 2021:1-9. <https://doi.org/10.1155/2021/8828410>

3. Peng Zhou, Ge Gao, Chun-chun Zhao, Jing-ya Li, Jian-fei Peng, et al. In vivo and in vitro protective effects of shengmai injection against doxorubicin-induced cardiotoxicity. *Pharmaceutical biology*. 2022;60(1):638-51 <https://doi.org/10.1080/13880209.2022.2046801>

4. Samura BB, Panasenکو MO. Sercevo-sudynni uskladnennya polichimioterapiyi mnozhynnoyi miyelomy: suchasni napryamy v diagnostyци. Aktual'ni pytannya pharmacevtychnoyi i medychnoi nauky ta praktyky. 2020;1(32):164-72. <https://doi.org/10.14739/24092932.20-2020/1/198217>

5. Zheng Tan VZ, Chan NM, Wai Lin Ang, et al. Cardiotoxicity after anthracycline chemotherapy for childhood cancer in a multiethnic population. *Frontiers in Pediatrics*. 2021 Feb. 03:1-9. <http://doi.org/10.3389/fped.2021.639603>



СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ У ПИТАННЯХ ФІЗІОЛОГІЇ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Видрін К. Є., Поляков В. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: сечовипускання, нижні сечові шляхи, сечостатеві шляхи, фізіологія, статеві відмінності, статевий диморфізм.

Статевий диморфізм — важливий біологічний фактор різноманітності у тварин та людей. Ці відмінності виявляються і у фізіології сечовидільного тракту. У випадку з порушеннями функцій нижніх сечових шляхів, а саме гіперактивним сечовим міхуром, у багатьох дослідженнях неодноразово відмічались підвищена частота та ступінь проявів симптомів цієї нозоформи в жінок у порівнянні з чоловіками [1–3]. Також панує думка, що функціональні здатності сечового міхура в літніх жінок з симптомами нижніх сечових шляхів значно нижчі, ніж у літніх чоловіків [4].

Доведеним фактом є підвищений ризик розвитку інфекцій сечових шляхів у жінок з наявністю коморбідних станів, таких як цукровий діабет та ожиріння, а також значно більша частота виявлення інтерстиціального циститу або його клінічного прояву у вигляді синдрому болю сечового міхура (цисталгії) в жіночій популяції у порівнянні з чоловічою. Ці дані приводять нас до думки про вагомий вплив жіночого гормонального фону на розвиток цих патологічних станів [5]. На противагу цьому рак сечового міхура серед дорослих та енурез серед дітей є нозологіями, що переважно вражають чоловіків [6, 7].

У свою чергу, значна різниця виявляється при дослідженні рецепторного апарату у чоловіків та жінок, а також у щурів відповідної статі. Поширеність таких рецепторів, як $\alpha 1$ -, $\alpha 2$ - та β -адренорецепторів, мускаринових рецепторів M2 (для літніх жінок), пуринаргічних рецепторів, кислоточутливих іонних каналів типу 2 та TRPV1 рецепторів виявлялась чутливо вищою у жінок. З другого боку, мускаринові рецептори M2 та M5 (для чоловіків молодого віку), холінергічні рецептори та кислоточутливі іонні канали типу 1 проявляли більшу експресію [8–10].

Наявні додаткові свідчення про різницю у мікційних патернах: тиск у детрузорі, час та частота сечовипускання були вищими у чоловічих особин [11, 12].

Підбиваючи підсумки, можна сказати, що через значні фізіологічні відмінності жіночих та чоловічих нижніх сечових шляхів пацієнти потребують різного підходу до виявлення етіологічних факторів, визначення ланок патогенезу, діагностики та лікування, а також більш поглибленого вивчення цих відмінностей.

Література

1. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, Coyne K, Kelleher C, Hampel C, Artibani W, Abrams P. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol.* 2006 Dec;50(6):1306-14; discussion 1314-5. DOI: 10.1016/j.eururo.2006.09.019. Epub 2006 Oct 2. PMID: 17049716.
2. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, Hunt TL, Wein AJ. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003 May;20(6):327-36. DOI: 10.1007/s00345-002-0301-4. Epub 2002 Nov 15. PMID: 12811491.
3. Coyne KS, Sexton CC, Vats V, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology.* 2011 May;77(5):1081-7. DOI: 10.1016/j.urology.2010.08.039. Epub 2011 Jan 22. PMID: 21256571

4. Sekido N, Hinotsu S, Kawai K, Shimazui T, Akaza H. How many uncomplicated male and female overactive bladder patients reveal detrusor overactivity during urodynamic study? *Int J Urol.* 2006 Oct;13(10):1276-9. DOI: 10.1111/j.1442-2042.2006.01558.x. PMID: 17010004.

5. Patra PB, Patra S. Sex differences in the physiology and pharmacology of the lower urinary tract. *Curr Urol.* 2013 Feb;6(4):179-88. DOI: 10.1159/000343536. Epub 2013 Feb 8. PMID: 24917740; PMCID: PMC3783278.

6. Sexton WJ, Wiegand LR, Correa JJ, Politis C, Dickinson SI, Kang LC. Bladder cancer: a review of non-muscle invasive disease. *Cancer Control.* 2010 Oct;17(4):256-68. DOI: 10.1177/107327481001700406. PMID: 20861813.

7. Bottomley G. Treating nocturnal enuresis in children in primary care. *Practitioner.* 2011 Jun;255(1741):23-6, 2-3. PMID: 21776914.

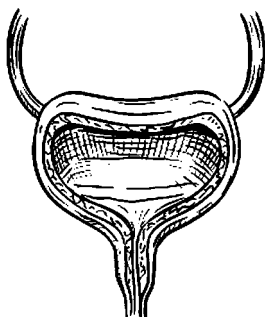
8. Sigala S, Mirabella G, Peroni A, Pezzotti G, Simeone C, Spano P, Cunico SC. Differential gene expression of cholinergic muscarinic receptor subtypes in male and female normal human urinary bladder. *Urology.* 2002 Oct;60(4):719-25. DOI: 10.1016/s0090-4295(02)01819-8. PMID: 12385950.

9. Sigala S, Peroni A, Mirabella G, Fornari S, Palazzolo F, Pezzotti G, Simeone C, Cunico SC, Spano P. Alpha1 adrenoceptor subtypes in human urinary bladder: sex and regional comparison. *Life Sci.* 2004 Dec 10;76(4):417-27. DOI: 10.1016/j.lfs.2004.09.008. PMID: 15530504.

10. Latifpour J, Kondo S, O'Hollaren B, Morita T, Weiss RM. Autonomic receptors in urinary tract: sex and age differences. *J Pharmacol Exp Ther.* 1990 May;253(2):661-7. PMID: 2338651.

11. Groutz A, Blaivas JG, Pies C, Sassone AM. Learned voiding dysfunction (non-neurogenic, neurogenic bladder) among adults. *Neurourol Urodyn.* 2001;20(3):259-68. DOI: 10.1002/nau.1003. PMID: 11385692.

12. Schmidt F, Yoshimura Y, Ni RX, Kneesel S, Constantinou CE. Influence of gender on the diurnal variation of urine production and micturition characteristics of the rat. *Neurourol Urodyn.* 2001;20(3):287-95. DOI: 10.1002/nau.1006. PMID: 11385695.



СТРУКТУРНІ ЗМІНИ МІОКАРДА ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК МАРКЕР ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Карпенко Ю. І., Майстренко М. С.,
Бондаренко О. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: фібриляція передсердь, рецидиви, ускладнення, радіочастотна абляція, ехокардіографія.

Актуальність. Фібриляція передсердь (ФП) — це порушення серцевого ритму, яке зустрічається найбільш часто серед дорослого населення. З кожним десятиліттям кількість пацієнтів з даною патологією збільшується [1, 2] і характеризується найбільшою кількістю ускладнень: тромбоемболії, аритмогенна дилатація серця, серцева недостатність, підвищення ризиків смертності у 2 рази [1, 2]. У більшості випадків розвивається процес структурного ремоделювання передсердь, яке проявляється збільшенням їхніх розмірів при ехокардіографічному (Ехо-КГ) дослідженні [2].

Мета дослідження: оцінка можливостей Ехо-КГ у хворих з підтвердженою ФП для виявлення структурних змін міокарда, а також ризиків появи ускладнень.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилися 32 пацієнти (14 жінок і 20 чоловіків) у віці від 46 до 70 років ((58,3±3,2) року).

Для виявлення структурного ремоделювання передсердь, збільшення їхніх розмірів, відсутності скоординованих скорочень камер серця, а також для визначення ефективності проведеної радіочастотної абляції (РЧА) при фібриляції передсердь проводилися інструментальні методи діагностики серцево-судинної системи (ЕхоКГ та ЧПЕхо-КГ). Під час дослідження визначали лінійні розміри передсердь та їхній об'єм [4, 5].

Результати. Згідно з отриманими даними обстеження, пацієнти були розподілені на дві групи:

1-ша група — 21 (65,63 %) пацієнт — без виявлених структурних змін серця;

2-га група — 11 (34,37 %) пацієнтів, у яких було виявлено структурні зміни камер серця: збільшення лінійних розмірів (дилатація) та об'єму камер серця.

Висновки. На нашу думку, це демонструє, що у пацієнтів з ФП обов'язково треба проводити Ехо-КГ та ЧПЕхо-КГ для оцінки структурних змін міокарда, оскільки наявна відсутність скоординованої скоротливості серця, утворення тромботичних мас, що є одним з механізмів виникнення ускладнень [4, 6].

Література

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь». Для лікарів за спеціальностями «кардіологія», «загальна практика — сімейна медицина», «внутрішні хвороби», «неврологія». Затверджено Наказом № 597. Міністерства охорони здоров'я України 15.06.2016. Київ, 2019:96.

2. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Eur Heart J. 2020;(42):373-498. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa612.

3. Hori Y, Nakahara S, Fukuda R, et al. Atrial reverse remodeling represented by the atrial conduction time in persistent atrial fibrillation patients after catheter ablation: its impact on predicting late atrial fibrillation recurrence. J Cardiol. 2020;75(5):521-8. DOI: 10.1016/j.jjcc.2019.09.018.

4. Njoku A, Kannabhiran M, Arora R, et al. Left atrial volume predicts atrial fibrillation recurrence after radiofrequency ablation: a meta-analysis. Europace. 2018;20(1):33-42. DOI: 10.1093/europace/eux013.

5. Ukita K, Egami Y, Kawamura A, et al. Impact of radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation in patients with left atrial enlargement. Heart Vessels. 2022;37(11):1899-1905. DOI: 10.1007/s00380-022-02094-z.

6. Liu et al. The risk factors of thrombus formation and the effect of catheter ablation on repetitive thrombus formation in patients with atrial fibrillation: a single center retrospective study in China. BMC Cardiovascular Disorders. 2023;23:2



ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТА З МУКОВІСЦИДОЗОМ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Бондаренко О. В., Майстренко М. С., Алавацька Т. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: муковісцидоз, цукровий діабет, інсулінотерапія, орфанні захворювання, безперервний моніторинг глюкози.

Щороку у світі зростає кількість випадків цукрового діабету (ЦД) різних типів. Особливої уваги потребує група інших форм діабету,

які є вторинним проявом при певних патологіях, значна частина з яких належить до групи орфанних, зокрема при муковісцидозі (МВ). Важливим залишається пошук критеріїв та можливостей для встановлення діагнозу муковісцидоз-пов'язаного цукрового діабету (МВЦД) та диференціації від ЦД 1 типу, оскільки немає стандартизованих діагностичних підходів у дорослих пацієнтів.

Актуальність проблеми зумовлена тим, що в Україні середня частота, за даними неонатального скринінгу на МВ 2013–2014 рр., становила 1 : 8400. Європейський реєстр за 2021 р. надає дані — 251 пацієнт, НСЗУ за даними ЕСОЗ — 179 людей (лютий 2024 р.). Середня тривалість життя хворих в Україні становить 30–32 роки.

Скринінг на МВ проводять одразу після народження, але ураження підшлункової залози відбувається поступово, тому ймовірність МВЦД збільшується з часом — у 10 років близько у 10 % виявляють МВЦД, у 20 років — 20 %, після 30 років — майже 50 %.

Метою дослідження є проаналізувати особливості перебігу другого (вторинного) типу ЦД, а саме МВЦД, у пацієнтки, вік якої суттєво перевищив середню тривалість життя для таких хворих.

Пацієнтка А., 37 років, діагноз МВ встановлено при народженні, спостерігається у пульмонолога. Діагноз МВЦД встановлено понад 20 років тому, протягом тривалого часу спостерігається у ендокринолога. Діагноз пацієнтки: МВ з панкреатичною недостатністю (змішана форма), тяжкий перебіг, загострення. Бронхоектазія з кровохарканням. ЛН III ст. МВЦД, інсулін-залежний, тяжкий перебіг, декомпенсація.

Для контролю глікемії було використано безперервний моніторинг глюкози та інсулінову помпу для лікування.

Добове монітування глікемії разом з використанням помпи дало змогу досягти субкомпенсації ЦД протягом 3 днів, а саме: показник time in range (TIR) досяг 62 % (у порівнянні з 44 % на момент госпіталізації), а time before range (TBR) зменшився на 36 %.

Ефективність лікування даної пацієнтки зумовлена можливістю постійного контролю глікемії в реальному часі й оперативній зміні інсулінотерапії, що в умовах МВ є край необхідним через постійну наявність інфекційних ускладнень, які декомпенсують вуглеводний обмін.

Література

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Муковісцидоз». Затверджено Наказом № 723 Міністерства охорони здоров'я України 15.07.2016. Київ, 2016. 72 с.

2. Муковісцидоз. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. 2016. Станом на 19.05.2024 р. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_723_akn_mkvsz.pdf (дата звернення 19.05.2024). — Назва з екрана

3. Стандарти медичної допомоги «Цукровий діабет у дітей». Затверджено Наказом № 413 Міністерства охорони здоров'я України 28.02.2023. Київ, 2023. 188 с.

4. The European Cystic Fibrosis Society Patient Registry [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.ecfs.eu/ecfspr> (дата звернення 19.05.2024). — Назва з екрана

5. Медична допомога пацієнтам з орфаними захворюваннями [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/novini/medichna-dopomoga-paciyentam-z-orfannimi-zahvoryuvannyaми-1186> (дата звернення 19.05.2024). — Назва з екрана



ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ВИБОРОМ ПРОФЕСІЇ СЕРЕД ЛІКАРІВ-НЕВРОПАТОЛОГІВ УКРАЇНИ

Ходос О. С.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: лікар-невропатолог; вибір професії; мотивація.

Актуальність: неврологія входить до першої десятки щодо професійного вигорання серед усіх спеціальностей [1]. В країнах Азії найпоширенішими мотиваційними чинниками щодо вибору професії серед лікарів-невропатологів є: бажання допомагати неврологічним хворим, пристрасть до неврології, престиж та тиск сім'ї [2].

Мета дослідження: виявити вплив мотиваційних чинників щодо вибору професії на задоволеність серед лікарів-невропатологів України.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 102 опитаних лікарів-невропатологів, які пройшли опитування з використанням

google-форми. Оцінювались вік, фактори що вплинули на вибір спеціальності (власне бажання, сторонній вплив, розподіл, вплив особистої драми, наявність вільного місця стажування, непередбачувані причини), задоволеність вибором професії, оцінка з неврології, чи працює за фахом. Оцінка статистичних параметрів проведена за допомогою тесту хі-квадрат і тесту Макнемара.

Результати: абсолютна більшість лікарів, що працюють за фахом (97,8 %) задоволені вибором професії ($\chi^2=80,4$; $p<0,001$). Переважна більшість лікарів, вибір яких базувався на особистій драмі (60 %), не задоволені вибором ($\chi^2=69,4$; $p<0,001$), а всі лікарі, що мріяли стати невропатологом до вступу до університету, задоволені вибором професії ($\chi^2=77,0$; $p<0,001$); серед них абсолютна більшість (95 %) була захоплена під час навчання ($\chi^2=56,1$; $p<0,001$). Переважна більшість тих, що хочуть змінити професію (60 %), обрали спеціальність під стороннім впливом ($\chi^2=19,6$; $p<0,001$).

Висновок: лікарі, які з дитинства мріяли стати невропатологами і свідомо обрали цей шлях, відчувають високу задоволеність своєю професійною діяльністю. Навпаки, ті, хто прийняв рішення стати невропатологом під впливом емоційних імпульсів або через тиск з боку батьків, у більшості випадків виявляються незадоволеними своєю професією.

Література

1. <https://www.medscape.com/slideshow/2023-lifestyle-burnout-6016058>
2. Al-Johar, Zuhair A.; Hatem, Aqeel Kareem; Abbas, Hadeel Mohammed; Khaled, Hajer Waleed; Othman, Maha Tayib. Motivation for Choosing Neurology as a Career, among Students of Baghdad Medical College. Medico-Legal Update. 2020;20(4):1822-8.



**ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА КЛІНІЧНИЙ ЕФЕКТ
ЗАСТОСУВАННЯ ПОРАКТАНТУ АЛЬФА
У ЛІКУВАННІ РЕСПІРАТОРНОГО
ДИСТРЕС-СИНДРОМУ У НЕДОНОШЕНИХ
НОВОНАРОДЖЕНИХ: ВПЛИВ НА ТРИВАЛІСТЬ
ПЕРЕБУВАННЯ НА АПАРАТІ ШТУЧНОЇ
ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ
В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Руденко А. Г., Руденко О. В., Буднюк О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Сучасним стандартом лікування і профілактики респіраторного дистрес-синдрому (РДС) новонароджених є застосування екзогенного сурфактанта.

Актуальність теми. Розвиток ефективних методів лікування РДС серед недоношених новонароджених є важливим завданням для лікарів неонатальної служби. Дослідження впливу порактанту альфа на результати лікування РДС в Україні має велике практичне значення для покращення медичної практики та надання ефективної допомоги цій вразливій групі пацієнтів.

Частота переведень у відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) пацієнтів, що потребують невідкладної медичної допомоги, становить 14 % від усіх новонароджених Одеського обласного перинатального центру, а сумарна смертність у пацієнтів у ВІТН становить 9 %. Загалом 24 % госпіталізованих хворих на респіраторний дистрес-синдром (РДС) І типу перебували на апараті штучної вентиляції легень (ШВЛ) та потребували введення порактанту альфа у лікувальній дозі 200 мг/кг. Із них 4 % пацієнтів, що отримали першу терапевтичну дозу порактанту альфа у лікувальній дозі 200 мг/кг, потребували повторного введення, що становить 100 мг/кг.

Мета дослідження — покращити результати інтенсивної терапії новонароджених з РДС у тяжких і критичних випадках.

Завдання дослідження — застосування ступеневої респіраторної підтримки, введення порактанту альфа у лікувальній та повторній дозі.

Методи дослідження — загальноклінічні, загальний аналіз крові, біохімічні, показники кислотно-лужного стану крові, мікробіологічні, ультразвукова діагностика та рентгенографія органів грудної клітки, пульсоксиметрія.

Отже, нами було проведено аналіз лікування 246 дітей із тяжким і критичним станом, що перебували у ВІТН Одеського обласного пе-

ринатального центру за період з 2023 по 2024 рр. Усі новонароджені були рандомізовані за масою, статтю, гестаційним терміном, тяжкістю стану та супутньою патологією. Основні причини тяжкості стану були дихальна недостатність, недоношеність, незрілість, низька маса тіла, інфекція перинатального періоду.

Досліджувана група новонароджених: усього з РДС І типу 128 новонароджених. Із них 60 новонароджених отримали порактант альфа у лікувальній дозі, 9 із 60 отримали повторну дозу введення сурфактанта, 19 новонароджених отримали порактант альфа і перебували у ВІТН до моменту переведення до відділення патології новонароджених (ВПН). 45 новонароджених дітей потребували респіраторної підтримки і за динамікою мали покращення (легкий та помірний прояв РДС І типу) без застосування порактанту альфа з подальшим переведенням до ВПН.

Інтенсивний догляд новонародженого саме у відділенні реанімації: лікування за допомогою ступеневої респіраторної підтримки та оксигенотерапії без введення порактанту альфа становив 10,5 ліжко-днів. Терапія з респіраторною підтримкою та з введенням порактанту альфа — 12 ліжко-днів.

Висновки

1. Результати дослідження підтверджують, що застосування порактанту альфа у лікувальних дозах сприяє ефективному лікуванню РДС у недоношених новонароджених: усього з РДС І типу було 128 новонароджених, 60 дітей отримали порактант альфа у лікувальній дозі, 9 із 60 — повторну дозу введення сурфактанта.

2. Введення порактанту альфа значно скорочує тривалість перебування на апараті штучної вентиляції легень та сприяє покращенню результатів лікування новонароджених з РДС: 19 дітей, котрі отримали порактант альфа, були переведені до ВПН з подальшим виходжуванням.

3. Виконання послідовної респіраторної підтримки і введення порактанту альфа дало змогу ефективно порівняти перебування пацієнта у тяжкому стані з дихальними розладами з пацієнтом із легким та середнім перебігом дихальної недостатності: без введення порактанту альфа термін становить 10,5 ліжко-дня перебування у ВІТН, а з респіраторною підтримкою та введенням порактанту альфа — 12 ліжко-днів.

**ПЕРШИЙ ОПИС КОМБІНАЦІЇ СИНДРОМУ
ГІЕНА — БАРРЕ ТА БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ
ЯК ПАРАЛЕЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS
АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

Ревурко А. П.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: синдром Гієна — Барре, бактеріальний менінгіт, позаликарняна пневмонія, *Staphylococcus aureus*.

Актуальність: синдром Гієна — Барре (СГБ) — це імуніоопосередкована полірадикулонейропатія, що, як правило, розвивається за кілька тижнів після перенесеного інфекційного захворювання та характеризується гострим млявим висхідним паралічем [1]. У всьому світі СГБ уражає приблизно 100 000 людей на рік [2]. У доступній літературі зустрічаються також поодинокі випадки, коли СГБ розвивався після перенесеного бактеріального менінгіту, асептичного менінгіту, спричиненого вірусом Zika, туберкульозного менінгіту, менінгококкового менінгіту [3–6]. У представленому клінічному випадку ми наводимо описання першого в доступній літературі випадку одночасного розвитку СГБ та бактеріального менінгіту як ускладнень пневмонії, спричиненої *Staphylococcus aureus*.

Клінічний випадок: 77-річний чоловік звернувся до лікарні зі скаргами на загальну слабкість, болі у грудях, непродуктивний кашель, лихоманку, задишку, затримку сечі, які розвинулись протягом 3 тижнів. На КТ ОГК діагностована правобічна полісегментарна пневмонія з плевральним випотом. Лабораторні показники крові типові для бактеріальної інфекції. Неврологічний статус без особливостей. Пацієнту призначили цефепім. Протягом наступної доби у пацієнта розвинулась клініка висхідного млявого грубого тетрапарезу, арефлексії, вегетативні розлади та поліневритичні порушення чутливості. Пацієнту проведено люмбальну пункцію: спинномозкова рідина мала низький тиск, підвищену щільність, була каламутною із молочно-жовтим забарвленням, з клітинно-білковою нейтрофільною дисоціацією. Мікробіологічне дослідження виявило антибіотикочутливий *Staphylococcus aureus*. Протягом третьої доби госпіталізації додалися бульбарний синдром, парез аксіальної мускулатури ший, синкінезійноподібні рухи у паралізованих нижніх кінцівках. Патологічні рефлекси та менінгеальні знаки не викликались. Пацієнтові розпочато терапію в/в людським імуноглобуліном та паралельну комбіновану антибактеріальну терапію. Пацієнт виписаний із клінічною

та рентгенологічною резольуцією пневмонії та частковим відновленням моторного дефіциту.

Висновки: бактеріальний менінгіт був безсимптомним та клінічно нерозпізнаним через одночасний розвиток СГБ. Появу синкінетично-подібних рухів слід трактувати як можливий прояв менінгеального синдрому.

Література

1. Shahrizaila N, Lehmann HC, Kuwabara S. Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*. 2021;397(10280):1214-28. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00517-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00517-1)

2. Van Doorn PA, Van den Bergh PYK, Hadden RDM, et al. European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society Guideline on diagnosis and treatment of Guillain — Barré syndrome. *Eur J Neurol* 2023;30:3646-74. Available from: <https://doi.org/10.1111/ene.16073>

3. Ding L, Chen Z, Sun Y, et al. Guillain-Barré syndrome following bacterial meningitis: a case report and literature review. *BMC Neurol*. 2018;(18):208. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1211-4>

4. Wright JK, Castellani L, Lecce C, et al. Zika Virus-Associated Aseptic Meningitis and Guillain–Barre Syndrome in a Traveler Returning from Latin America: a Case Report and Mini-Review. *Current Infectious Disease Reports*. 2019;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1007/s11908-019-0661-1>

5. Nishanth D, Rahul K, Ashok K, Sanjay C. Tuberculous meningitis: An unlikely cause of Guillain-Barre syndrome. *Indian Journal of Tuberculosis*. 2020;67(1):139-42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2019.12.002>

6. Khangarot D, Panegyres PK. Guillain-Barre syndrome complicating Neisseria meningitidis infection. *Oxford Medical Case Reports*. 2022;(4):163-5. Available from: <https://doi.org/10.1093/omcr/omac033>

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Шалашний М. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: інтраопераційний нейромоніторинг, зворотний гортанний нерв, парез голосових зв'язок.

Вступ. Незважаючи на розвиток сучасних медичних технологій, ушкодження зворотного гортанного нерва (ЗГН) залишається одним із

найсерйозніших ускладнень при операціях на щитоподібній та паращитоподібних залозах. Це ускладнення призводить до значного погіршення якості життя пацієнтів через порушення голосу та ковтання. Інтраопераційний нейромоніторинг (ІОНМ) допомагає хірургам ідентифікувати нерви в реальному часі та знижує ризик їхнього ушкодження, особливо в складних випадках, таких як тяжкий дифузно-токсичний та загрудинний зоб.

Мета. Це дослідження було спрямоване на оцінку впливу інтраопераційного нейромоніторингу (ІОНМ) на поширеність парезу голосових зв'язок (ПГЗ) у пацієнтів, які піддаються високоризикованим операціям на щитоподібній залозі, включаючи випадки тяжкого дифузно-токсичного та загрудинного зоба.

Методи. Було проведено ретроспективний аналіз даних 30 пацієнтів віком від 25 до 70 років, які мали операції на щитоподібній залозі. Пацієнти були розділені на дві групи: у 15 пацієнтів для ідентифікації зворотних нервів ми використовували ІОНМ (група 1), а у 15 пацієнтів проводилася тільки візуальна оцінка (група 2). Усі операції виконували досвідчені хірурги з використанням однакових хірургічних методик. ІОНМ проводився відповідно до Міжнародних рекомендацій з нейромоніторингу. У групі 1 було 12 жінок і 3 чоловіки, у групі 2 — 13 жінок і 2 чоловіки. У групі 1 було 7 пацієнтів з дифузно-токсичним зобом та 8 із загрудинними зобами, у групі 2 — 9 пацієнтів з дифузно-токсичним зобом та 6 із загрудинним зобом. Стан хворих оцінювався за системою Американської асоціації анестезіологів (ASA): у групі 1 — 9 пацієнтів з ASA II та 6 з ASA III, у групі 2 — 8 пацієнтів з ASA II та 7 з ASA III.

Результати. Термін спостереження за пацієнтами становив 3 місяці. Загальна частота парезу голосових зв'язок (ПГЗ) у групі 1 становила 2 (13,3 %) випадки, а у групі 2 — 4 (26,6 %) випадки ($p = 0,045$). У групі 2 у 3 пацієнтів ПГЗ зник протягом 1–1,5 місяця. В одному випадку парез зберігався більше 2 місяців. Двосторонній ПГЗ не спостерігався в жодній групі.

У групі 2 без ІОНМ ідентифікація зворотних нервів була успішною в 9 випадках з обох боків, у 3 випадках з одного боку та в 3 випадках не вдалося виконати ідентифікацію. У групі з використанням ІОНМ в 12 випадках ідентифікація була з обох боків і в 2 випадках — з одного боку. Слід зазначити, що ІОНМ особливо допомагав при ідентифікації нервів у випадках запальної інфільтрації навколо щитоподібної залози при тиреоїдиті та дифузно-токсичному зобі.

Висновки. Використання ІОНМ дало змогу значно покращити ідентифікацію зворотних нервів, що, в свою чергу, знижує ризик їхнього ушкодження. Це особливо важливо при запальній інфільтрації навколо щитоподібної залози.

Література

1. Mohebbati A, Shaha AR. Anatomy of thyroid and parathyroid glands and neurovascular relations. *Clin Anat.* 2012 Jan;25(1):19-31. DOI: 10.1002/ca.21220. Epub 2011 Jul 28. PMID: 21800365.
2. Barczyński M, Konturek A, Pragacz K, et al. Intraoperative Nerve Monitoring Can Reduce Prevalence of Recurrent Laryngeal Nerve Injury in Thyroid Reoperations: Results of a Retrospective Cohort Study. *World J. Surg.* 2013;38(3):599-606. DOI: 10.1007/s00268-013-2260-x.
3. Bai B, Chen W. Protective Effects of Intraoperative Nerve Monitoring (IONM) for Recurrent Laryngeal Nerve Injury in Thyroidectomy: Meta-analysis. *Scientific Reports.* 2018;8(1). DOI: 10.1038/s41598-018-26219-5.
4. Fundakowski CE, Hales NW, Agrawal N, et al. Surgical management of the recurrent laryngeal nerve in thyroidectomy: American Head and Neck Society Consensus Statement. *Head & Neck.* 2018;40(4):663-75. DOI: 10.1002/hed.24928.
5. Chinese guidelines on intraoperative neuromonitoring in thyroid and parathyroid surgery (2023 edition) Hui Sun, Wen Tian; Chinese Thyroid Association, College of Surgeons, Chinese Medical Doctor Association; Chinese Research Hospital Association Thyroid Disease Committee
6. Malik R, Linos D. Intraoperative Neuromonitoring in Thyroid Surgery: A Systematic Review. *World J Surg.* 2016 Aug;40(8):2051-8. DOI: 10.1007/s00268-016-3594-y. PMID: 27329143.
7. Thomusch O, Sekulla C, Walls G, Machens A, Dralle H. Intraoperative neuromonitoring of surgery for benign goiter. *Am J Surg.* 2002;(183):673-8. DOI: 10.1016/S0002-9610(02)00856-5
8. Snyder SK, Sigmond BR, Lairmore TC, Govednik-Horny CM, Janicek AK, Jupiter DC. The long-term impact of routine intraoperative nerve monitoring during thyroid and parathyroid surgery. *Surgery.* 2013;154(4):704-11; discussion 711-3. DOI: 10.1016/j.surg.2013.06.03
9. Frattini F, Mangano A, Boni L, Rausei S, Biondi A, Dionigi G. Intraoperative neuromonitoring for thyroid malignancy surgery: technical notes and results from a retrospective series. *Updates Surg.* 2010;(62):183-7.
10. Singer MC, Rosenfeld RM, Sundaram K. Laryngeal nerve monitoring: current utilization among head and neck surgeons. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146:895-9



КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ МЕТАБОЛІЧНО АСОЦІЙОВАНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Шаповаленко І. Є.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: ожиріння, метаболічно асоційована жирова хвороба печінки, діти.

Ожиріння є однією з найважливіших сучасних проблем здоров'я дорослих та дітей. Воно супроводжується цілою низкою супутніх захворювань. У розвинутих країнах світу 25 % підлітків мають надмірну масу тіла, 15 % — ожиріння [1]. В Україні щорічно фіксують 18–20 тисяч нових випадків ожиріння серед дітей та підлітків. Найбільш поширеною та одночасно недостатньо вивченою патологією травної системи, що має зв'язок з ожирінням, є метаболічно асоційована жирова хвороба печінки [2]. Метою дослідження було проаналізувати клінічні прояви метаболічно асоційованої жирової хвороби печінки у дітей з ожирінням та надмірною масою тіла [3, 4]. У дослідженні взяли участь діти від 8 до 14 років з індексом маси тіла більше 85-го перцентиля для віку та статі та/або окружністю талії більше 95-го перцентиля для віку та статі. У досліджувану когорту увійшли 30 дітей з метаболічно асоційованою жировою хворобою печінки на фоні ожиріння. Серед скарг функціональний абдомінальний біль був у 12 (40 % 95 ДТ 20,67–69,87) дітей, гіркота у роті — у 4 дітей (13,33 % 95 ДТ 3,63–34,14), зміни у харчових вподобаннях (переважно вуглеводи) — у 27 дітей (90 % 95 ДТ 59,31–100), нудота — у 5 дітей (16,67 % 95 ДТ 5,41–38,89), швидкий набір маси тіла — 8 дітей (26,67 % 95 ДТ 11,57–52,54). В анамнезі життя штучне годування відмічалось у 22 дітей (73,33 % 95 ДТ 45,96–100), пізні введення твердих компонентів прикорму у 18 дітей (60 % 95 ДТ 35,56–94,83), тенденція до змін у фізичному розвитку з 2-го року життя у 15 дітей (50 % 95 ДТ 27,98–82,47). У переважній більшості дітей в сімейному анамнезі спостерігалися надмірна маса / ожиріння, цукровий діабет 2 типу у батьків (96,67 % 95 ДТ 64,74–100). Параметри фізичного розвитку в усіх дітей досліджуваної когорти відповідали діагнозу ожиріння. Підвищення артеріального тиску спостерігалось у 5 дітей (16,67 % 95 ДТ 5,41–38,89). Серед даних біохімічного дослідження найбільш суттєвими клінічними знахідками були зміни показників, що свідчили про порушення вуглеводного та жирового обміну.

Таким чином, клінічні прояви метаболічно асоційованої жирової хвороби печінки на фоні надмірної маси тіла і ожиріння є маломані-

фестними і неспецифічними. Вивчення факторів, що пов'язані з ризиком її розвитку, буде сприяти оптимізації профілактики метаболічних ускладнень у дітей з надмірною масою тіла та ожирінням.

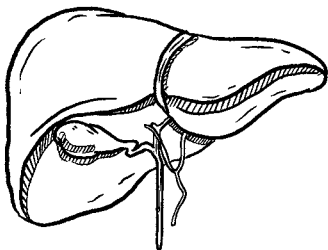
Література

1. Ezzati M, Bentham J, Di Cesare M, et al. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017;(390):2627-42.

2. Méndez-Sánchez N, Bugianesi E, Gish RG, et al. Global multi-stakeholder endorsement of the MAFLD definition. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;(7):388-90.

3. Levy-Marchal C, Arslanian S, Cutfield W, Sinaiko A, Druet C, Marcovecchio ML, et al. Insulin resistance in children: consensus, perspective, and future directions. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(5189):98.

4. Slam M, Alkhoury N, Vajro P, et al. Defining paediatric metabolic (dysfunction) — associated fatty liver disease: an international expert consensus statement. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(864):873.



АНАЛІЗ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЖІНОК, ХВОРИХ НА АДЕНОМІОЗ, У ПОСТКОВІДНОМУ ПЕРІОДІ

Булгар А. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: аденоміоз, COVID-19, лабораторні дослідження.

Вступ. При аденоміозі доведено порушення мікроциркуляції, що характеризує хронічний імунозапальний процес в ендометрії та міометрії, неоангіогенез, наявність імунної дисфункції [1–4]. Особливо

тяжко перебігають ці процеси на тлі COVID-19, що призводить до ендотеліальної дисфункції і як наслідок — тромбозу та гіперкоагуляції [5, 6]. Також дослідження показали зв'язок між дефіцитом магнію та вітаміну D з тяжкістю COVID-19, що проявляється метаболічним синдромом, хронічною втомою, міалгією, головними болями тощо [7–9].

Мета. Аналіз результатів лабораторних обстежень жінок, хворих на аденоміоз, протягом 3 місяців після перенесеного захворювання COVID-19.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим наглядом знаходились 60 жінок, хворих на аденоміоз I–II ступеня (група В), та 60 жінок, хворих на аденоміоз III–IV ступеня (група С). Лабораторні обстеження містили визначення біологічних маркерів запалення (С-реактивний білок, D-димер, прокальцитонін, ЛДГ, феритин), коагулограми (фібриноген, ПІ, АЧТЧ, ТЧ), ліпідограми, загального білка, вітаміну D (загального), мікроелемента магнію (Mg).

Результати дослідження. Аналіз результатів лабораторних обстежень показав вірогідні відмінності показників між групами обстежуваних. С-реактивний білок — позитивний (+) в обох групах перші 3 місяці нагляду ($p < 0,05$); D-димер — ($355,9 \pm 16,4$) нг/мл (група В) і ($355,9 \pm 17,4$) нг/мл (група С) ($p < 0,05$); прокальцитонін — ($1,10 \pm 0,06$) нг/мл (група В) і ($1,70 \pm 0,09$) нг/мл (група С) ($p < 0,05$); лактатдегідрогеназа (ЛДГ) — ($286,4 \pm 5,6$) Од/л (група В) і ($289,4 \pm 5,6$) Од/л (група С) ($p < 0,05$); феритин — ($8,0 \pm 0,5$) нг/мл (група В) і ($7,0 \pm 0,5$) нг/мл (група С) ($p < 0,05$). Фібриноген — ($5,40 \pm 0,16$) г/л (група В) і ($5,80 \pm 0,23$) г/л (група С) ($p < 0,05$); ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) — ($1,96 \pm 3,10$) ммоль/л (група В) і ($2,10 \pm 0,06$) ммоль/л (група С) ($p < 0,05$); загальний білок — ($55,0 \pm 3,1$) г/л (група В) і ($55,8 \pm 3,2$) г/л (група С) ($p < 0,05$). Вітамін D — ($7,40 \pm 0,37$) нг/мл (група В) і ($7,20 \pm 0,36$) нг/мл (група С) ($p < 0,05$); мікроелемент магній (Mg) — ($0,60 \pm 0,03$) ммоль/л (група В) і ($0,41 \pm 0,02$) ммоль/л (група С) ($p < 0,05$). Ці дані підтверджують наявність гіперкоагуляції, тромбоутворення, активації біологічних маркерів запалення, порушень білкового і ліпопротеїнового обміну.

Обговорення та висновки. Аналіз лабораторних показників біологічних маркерів запалення (С-реактивний білок, D-димер, прокальцитонін, ЛДГ, феритин) виявив їхнє підвищення та вірогідну різницю між групами (у групі С показники вищі на відміну від групи В) ($p < 0,05$). Рівень фібриногену в групі С був вірогідно вищий — ($5,80 \pm 0,23$) г/л. Ідентична динаміка інших показників коагулограми (ПІ, АЧТЧ, ТЧ) ($p < 0,05$). Виявлено зниження рівня загального білка в обох групах та підвищення рівня ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) в обох групах (у групі С рівні вірогідно вищі — ($2,10 \pm 0,06$)).

ммоль/л), зниження рівнів вітаміну D і мікроелемента магнію (Mg) в обох групах (група С мала вірогідно нижчі показники — $(7,20 \pm 0,36)$ нг/мл та $(0,41 \pm 0,02)$ ммоль/л). Аналіз отриманих даних підтверджує наявність гіперкоагуляції, тромбоутворення, активації біологічних маркерів запалення, порушень білкового і ліпопротеїнового обміну.

Література

1. Tatarchuk TF, Kalugina LV, Danylova AO, Pavlova KS. An integrated approach to the treatment of pelvic pain associated with adenomyosis. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2021;(59):53-60 (Ukrainian). DOI: 10.18370/2309-4117.2021.59.53-60

2. Pontis A, D'Alterio MN, Pirarba S, de Angelis C, Tinelli R, Angioni S. Adenomyosis: a systematic review of medical treatment. Gynecol Endocrinol. 2016;32(9):696-700. DOI: 10.1080/09513590.2016.1197200

3. Vannuccini S, Tosti C, Carmona F, et al. Pathogenesis of adenomyosis: an update on molecular mechanisms. Reprod Biomed Online. 2017;35(5):592-601. DOI: 10.1016/j.rbmo.2017.06.016

4. Kalugina LV, Pavlova KS. Pain syndrome in adenomyosis. Finding new pathogenesis links and non-hormonal correction opportunities. Literature review. Reproductive Endocrinology. 2021;(58):40-4 (Ukrainian). DOI: 10.18370/2309-4117.2021.58.40-4

5. Ahmed S, Zimba O, Gasparyan FY. Thrombosis in Coronavirus disease 2019 (COVID-19) through the prism of Virchow's triad. Clin Rheumatol. 2020;39(9):2529-43. DOI: 10.1007/s10067-020-05275-1

6. Chen G, Wu D, Guo W, et al. Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. J Clin Invest. 2020;130(5):2620-29. DOI: 10.1172/JCI137244

7. Chiodini I, Gatti D, Soranna D et al. Vitamin D status and SARS-CoV-2 infection and COVID-19 clinical outcomes. Front Public Health. 2021;(9):736665. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35004568>.

8. Trapani V, Rosanoff A, Baniyadi S, et al. The relevance of magnesium homeostasis in COVID-19. Eur J Nutr. 2022;61(2):625-36. DOI: 10.1007/s00394-021-02704-y

9. Bulavenko OV, Bodnarchuk OV, Honcharenko OM, Kosianenko SM, Konkov DH. Dynamics of markers of lipid metabolism during combined preventive therapy of pregnant women with obesity and reduced vitamin D status. REPRODUCTIVE ENDOCRINOLOGY. 2022;(66):54-60 (Ukrainian). DOI: 10.18370/2309-4117.2022.66.54-60



ВИБІР МЕТОДУ ДОСТУПУ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНІЙ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Слепов В. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: пухлини надниркових залоз, трансабдомінальна адреналектомія, ретроперитонеальна адреналектомія.

Вступ. Малоінвазивні методи адреналектомії застосовуються при лікуванні пухлин надниркових залоз (ПНЗ). Найбільш поширеними є два методи: лапароскопічна трансабдомінальна адреналектомія (ЛТА) і ретроперитонеальна ендоскопічна адреналектомія (РЕА) [1]. Однак раніше перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини можуть створити труднощі, що пов'язані зі спайковим процесом [2].

Мета дослідження — покращити результати лікування у пацієнтів з ПНЗ, які раніше перенесли операції на органах черевної порожнини із застосуванням малоінвазивної техніки.

Матеріали та методи. Ретроспективне дослідження виконане у період з 2000 по 2022 рр. Проведено аналіз лікування 73 хворих з ПНЗ, яким було виконане малоінвазивне втручання. Усі хворі раніше перенесли оперативні втручання на черевній порожнині. 39 хворим була виконана ТЛА, а 34 — РПА. У післяопераційному періоді хворі отримували: антибіотикопрофілактику (при показаннях) і відповідне знеболення (препарати групи НПВС, при необхідності наркотичні анальгетики). Проводили оцінку вираженості больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) та облік таких показників: тривалість операції, об'єм крововтрати, післяопераційна кровотеча, конверсії, термін перебування в стаціонарі.

Результати. Виконання ЛТА після попередніх операцій завжди супроводжується додатковими труднощами, що пов'язані зі спайковим процесом, особливо це стосується лапаротомних операцій на верхніх відділах черевної порожнини. РЕА була позбавлена цих труднощів, бо раніше перенесені втручання не впливали на хід виконання операції. Тривалість операції: ЛТА — 98 хв, РЕА — 58 хв. Кількість крововтрати при ЛТА — 110 мл, РЕА — 80 мл. Больовий синдром у групі РЕА був виражений значно менше, ці хворі не потребували введення опіоїдних анальгетиків. У групі ТЛА у 13 хворих виникла потреба введення опіоїдних анальгетиків. Серед хворих, яким виконано ЛТА було

4 конверсії через тяжкий спайковий процес. Відповідно у групі РЕА конверсій через спайковий процес не було.

Висновки. Проведене дослідження показало, що попередні хірургічні втручання на черевній порожнині збільшують ризики ускладнень при виконанні ЛТА, але при цьому не впливають на результати РЕА.

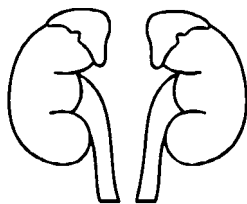
Література

1. Grubnik VV, Parfentiev RS, Grubnyk VV, Grubnik YV, Sliopov VV. Transabdominal and retroperitoneal adrenalectomy: comparative study. Surg Endosc. 2024 Mar;38(3):1541-7. DOI: 10.1007/s00464-023-10533-9. Epub 2023 Dec 13. PMID: 38092972.

2. Toutouchi S, Pogorzelski R, Legocka ME, Krajewska E, Celejewski K, Ambroziak U, Gałazka Z. Lateral laparoscopic adrenalectomy in patients with previous abdominal surgery — single-center experience. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2018 Sep;13(3):283-7. DOI: 10.5114/wiitm.2018.77706. Epub 2018 Aug 19. PMID: 30302139; PMCID: PMC6174173.

3. Uludağ M, Aygün N, İşgör A. Surgical Indications and Techniques for Adrenalectomy. Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2020 Mar 24;54(1):8-22. DOI: 10.14744/SEMB.2019.05578. PMID: 32377128; PMCID: PMC7192258

4. Prudhomme T, Roumiguié M, Gas J, Soulié M, Thoulouzan M, Huyghe E. Comparison between retroperitoneal and transperitoneal laparoscopic adrenalectomy: Are both equally safe? J Visc Surg. 2021 Jun;158(3):204-10. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2020.07.009. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32773296



СТРУКТУРА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Браткова Л. Б.

Одеський національний медичний університет

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, функціональні гастроінтестинальні порушення, синдром подразненого кишечника, функціональний розлад біліарного тракту, синтропна патологія.

Доведено, що розлади аутистичного спектра (РАС) є генетично зумовленим станом, який пов'язаний із такими порушеннями, як дисрегуляція вегетативної іннервації та імунної системи, порушення метаболічних процесів та зміни функціональної активності мікробіому. Думка про двосторонній зв'язок між мозком і травною системою — вісь «мозок — кишечник — мікробіом», дає змогу пояснити прояви вегетативної дезадаптації, характерні для РАС, особливостями взаємодії між центральною та ентеральною нервовими системами [1–13].

Мета: проаналізувати структуру та перебіг функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР) у дітей з РАС.

Матеріали і методи. Обстежено 66 дітей з РАС віком ($3,67 \pm 0,17$) року. Сформовано 2 підгрупи: А — із супутніми ФГІР (45 дітей), В — без супутньої патології травної системи (21 дитина). Оцінка ступеня клінічних проявів РАС проводилася за шкалою Childhood autism rating scale (CARS) (Schopler et al., 1980, 1988).

Отримані результати. У 68,20 % дітей з РАС наявні ФГІР. Найпоширенішими ФГІР у дітей з РАС є функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ) — у 22,70 % (із них 12,90 % — розлад сфінктера Одді), синдром подразненого кишечника (СПК) виявлено у 27,30 % (з переважанням діареї — 18,20 %, закрепи — 9,10 %). Синтропні ФГІР виявлено 18,20 %. Оцінка впливу ФГІР на перебіг РАС показала переважання тяжких форм РАС у групі В (5,5:1,0). Аналізуючи психічні та поведінкові розлади у дітей з РАС за доменами шкали CARS, виявили значно високі показники порушень у таких сферах: емоційна реакція, здатність адаптуватися до змін, а також схильність до підвищеного нервового напруження та страхів. Коморбідність ФГІР та РАС обтяжує перебіг обох захворювань залежно від варіанта ФГІР: при СПК рівень значущості становив $p = 0,004$, при ФРБТ — $p = 0,009$, а при синтропії — $p = 0,04$.

Висновки. Частота ФГІР у дітей з РАС становить ($68,20 \pm 4,66$) %. У структурі ФГІР домінують СПК — ($27,30 \pm 4,46$) %, ФРБТ — ($22,7 \pm 4,19$) % і синтропні ФРБТ — ($18,20 \pm 3,86$) %.

Асоціативний зв'язок між ступенем тяжкості психічних та поведінкових розладів при РАС і ФГІР ($p < 0,001$) підтверджує обтяжливий вплив ФГІР.

Література

1. Stoieva TV, Dzhagiashvili OV, Larionov OP, Fedin MV. Peculiarities of syntropic functional disorders of the digestive system against the ground of connective tissue dysplasia. Deutscher Wissenschaftsherold. 2018;(1):9-13. DOI: 10.19221/201813.

2. Penzol MJ, Salazar de Pablo G, Llorente C, et al. Functional Gastrointestinal Disease in Autism Spectrum Disorder: A Retrospective Descriptive Study in a Clinical Sample. *Front Psychiatry*. 2019 Apr 10;(10):179. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00179.

3. Lefter R, Ciobica A, Timofte D, Stanciu C, Trifan A. A Descriptive Review on the Prevalence of Gastrointestinal Disturbances and Their Multiple Associations in Autism Spectrum Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019 Dec 27;56(1):11. DOI: 10.3390/medicina56010011.

4. Barrea C, Jadot A, Debray FG, Vrancken G, Leroy P. Comment j'explore... un trouble du spectre de l'autisme chez l'enfant [How I explore... autism spectrum disorder in a child]. *Rev Med Liege*. 2021 Oct;76(10):761-7. (in French).

5. Belousova O. Yu., Kazarian L. V. Funktsionalni hastrointestynalni rozlady v ditei rannoho viku: likuvaty, sposterihaty chy korehuvaty? *Zdorovia dytyny*. 2020 Jan;15(1):24-9 [in Ukraine]

6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211.

7. Jeffrey S. Hyams, Carlo Di Lorenzo, Miguel Saps, Robert J. Shulman, Annamaria Staiano, Miranda van Tilburg. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology*. 2016;(150):1456–1468

8. Marchenko T. Z., Semeniuk O. O. Kompleksne ambulatorne likuvannya funktsionalnykh zakrepiv u ditei doshkilnoho viku. *Liky Ukrainy. Medicine of Ukraine* 2018 Jan;1(217):50-54 [in Ukraine]

9. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy: Unifikovanyi klinichnyi protokol medychnoi dopomohy ditiam iz funktsionalnymy hastrointestynalnymy rozladamy. 2013. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0059282-13/print#n1089>. (Із змінами і доповненнями, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 липня 2016 року N 723)

10. Pashkova O. Іe. Taktyka likuvannya funktsionalnykh zakrepiv u ditei. *Zdorove rebenka*. 2019;14(4) [in Ukraine].

11. Rosenberg HJ, Rao M. Enteric glia in homeostasis and disease: From fundamental biology to human pathology. *Science*. 2021 Jul 15;24(8):102863. DOI: 10.1016/j.isci.2021.102863.

12. Wang S, Harvey L, Martin R, et al. Targeting the gut microbiota to influence brain development and function in early life. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Dec;(95):191-201. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.002.

13. Zeevenhooven J., Koppen I., Benninga M. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2017 Mar;20(1):1-13.

АНАЛІЗ ЗМІН ЧАСТОТИ ЗВЕРНЕНЬ ПАЦІЄНТІВ ДИТЯЧОГО ВІКУ ЗА РІЗНИМИ НОЗОЛОГІЯМИ ДО ООБФРДІ «МАЙБУТНЄ» ЗА 2019–2024 РОКИ

Кравець С. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Ключові слова: фізична реабілітація, хвороби нервової системи, хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини, розлади психіки та поведінки.

Актуальність. ООБФРДІ «Майбутнє» з 1996 р. займається медичною, фізичною, психолого-педагогічною та соціальною реабілітацією дітей з особливими потребами, а також дітей з порушенням розвитку з усієї України.

Мета роботи. Проаналізувати зміни частоти звернень пацієнтів дитячого віку за різними нозологіями до ООБФРДІ «Майбутнє» за 2019–2024 рр.

Матеріали і методи. Проведено аналіз та узагальнення даних медичної документації медичного закладу за захворюваннями за МКХ M00-M99 (хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини), G00-G99 (хвороби нервової системи), F00-F99 (розлади психіки та поведінки).

Результати дослідження. Метою аналізу матеріалів було дослідження звернень за 2019 р. (1-ше місце — захворювання G00-G99, 2-ге місце — захворювання M00-M99, 3-тє — захворювання F00-F99), 2020 та 2021 р. (1-ше місце — захворювання G00-G99, 2-ге місце — захворювання F00-F99, 3-тє — захворювання M00-M99), 2022 та 2023 рр. (1-ше місце — захворювання F00-F99, 2-ге місце — захворювання G00-G99, 3-тє — захворювання M00-M99), першу половину 2024 р. (1-ше місце — захворювання F00-F99, 2-ге місце — захворювання G00-G99, 3-тє — захворювання M00-M99).

Висновок. Отримані дані вказують на те, що реабілітація дітей з особливими потребами, а також дітей з порушенням розвитку зміщується в сторону психолого-педагогічної реабілітації. Тому заклади, які надають реабілітацію дітям з особливими потребами, повинні забезпечити штат психологами, клінічними психологами, психіатрами. Фахівці закладів і сімейні лікарі повинні підвищувати кваліфікацію з дитячої психіатрії для ранньої діагностики, лікування та реабілітації таких пацієнтів.



ЗМІСТ

МАТЕРІАЛИ ВІДКРИТОГО ЗАСІДАННЯ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ
МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ В УКРАЇНІ3

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН
ТА ПЕРЕБІГ КОМОРБІДНОЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЇ
ПАТОЛОГІЇ У ЖІНКИ МОЛОДОГО ВІКУ
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)
Белінська А. А.
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна4

ПАТОГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ДІЇ
НИЗЬКИХ ДОЗ ІОНІЗУЮЧОЇ РАДІАЦІЇ
НА ОРГАНІЗМ
Громадченко А. О., Дімов А. О.
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна5

КАРДІОПРОТРЕКЦІЯ МОДЕЛЬОВАНОЇ
АНТРАЦИКЛІНОВОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ У ЩУРІВ
Шатинська Т. В.
*Івано-Франківський національний медичний університет,
Івано-Франківськ, Україна7*

СТАТЕВІ ВІДМІННОСТІ У ПИТАННЯХ ФІЗІОЛОГІЇ
НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ
Видрін К. Є., Поляков В. О.
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна9

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ МІОКАРДА ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ
ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК МАРКЕР ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ
УСКЛАДНЕНЬ
Карпенко Ю. І., Майстренко М. С., Бондаренко О. В.
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна12

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОРУШЕННЯ
ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТА
З МУКОВІСЦИДОЗОМ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК
Бондаренко О. В., Майстренко М. С., Алавацька Т. В.
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна13

**ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ВИБОРОМ ПРОФЕСІЇ
СЕРЕД ЛІКАРІВ-НЕВРОПАТОЛОГІВ УКРАЇНИ**

Ходос О. С.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна15

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА КЛІНІЧНИЙ ЕФЕКТ
ЗАСТОСУВАННЯ ПОРАКТАНТУ АЛЬФА У ЛІКУВАННІ
РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ
У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ: ВПЛИВ
НА ТРИВАЛІСТЬ ПЕРЕБУВАННЯ НА АПАРАТІ ШТУЧНОЇ
ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ
В УМОВАХ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ
НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Руденко А. Г., Руденко О. В., Буднюк О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна17

**ПЕРШИЙ ОПИС КОМБІНАЦІЇ СИНДРОМУ
ГІСНА — БАРРЕ ТА БАКТЕРІАЛЬНОГО МЕНІНГІТУ
ЯК ПАРАЛЕЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ
STAPHYLOCOCCUS AUREUS АСОЦІЙОВАНОЇ ПНЕВМОНІЇ**

Ревурко А. П.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна19

**ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ
ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

Шалашний М. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна20

**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ МЕТАБОЛІЧНО АСОЦІЙОВАНОЇ
ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ
З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТА ОЖИРІННЯМ**

Шаповаленко І. Є.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна23

**АНАЛІЗ ЛАБОРАТОРНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ЖІНОК,
ХВОРИХ НА АДЕНОМІОЗ, У ПОСТКОВІДНОМУ
ПЕРІОДІ**

Булгар А. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна24

**ВИБІР МЕТОДУ ДОСТУПУ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНІЙ
АДРЕНАЛЕКТОМІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ
ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ
ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Слепов В. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна27

**СТРУКТУРА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ
ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ
З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА**

Браткова Л. Б.

Одеський національний медичний університет28

**АНАЛІЗ ЗМІН ЧАСТОТИ ЗВЕРНЕНЬ ПАЦІЄНТІВ
ДИТЯЧОГО ВІКУ ЗА РІЗНИМИ НОЗОЛОГІЯМИ
ДО ООБФРДІ «МАЙБУТНЄ» ЗА 2019–2024 РОКИ**

Кравець С. В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна31

ДЛЯ ПОТАТОК

Наукове видання

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

27–28 червня 2024 року

м. Одеса

Збірка тез

Електронне видання

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 2,07. Тираж 1 пр. Зам. 2852.

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

