



Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет



XXIII Міжнародна наукова конференція студентів,
молодих вчених та спеціалістів

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
16-17 КВІТНЯ 2026

Міністерство освіти і науки України
Ministry of Education and Science of Ukraine

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
V. N. Karazin Kharkiv National University

XXIII Міжнародна наукова конференція студентів,
молодих вчених та спеціалістів

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

(16-17 квітня 2026 року, м. Харків, Україна)

23th International Scientific Conference of Students,
Young Scientists and Specialists

**TOPICAL ISSUES
OF MODERN MEDICINE**

ABSTRACTS

(April 16-17 2026, Kharkiv, Ukraine)

*Затверджено до друку рішенням Вченої ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 5 від 30.03.2026 року)*

Реєстраційне посвідчення УкрНТІ МОН № 933 від 10 грудня 2025 р.

Організаційний комітет конференцій:

Голова оргкомітету: Тетяна ЛЯДОВА, доктор медичних наук, професор, декан медичного факультету

Заступники голови оргкомітету: Марія МАТВЄСНКО, доктор філософії, доцент, заступник декана з наукової роботи, завідувач кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини; Олена ШЕВЧЕНКО, кандидат медичних наук, доцент, учений секретар медичного факультету;

Члени оргкомітету: Сергій БИЧКОВ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургічних хвороб; Ольга ВОЛОБУСЬКА, кандидат медичних наук, доцент, завідувачка кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології; Микола КРАСНОСЕЛЬСЬКИЙ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри онкології, радіології та радіаційної медицини; Наталія МІХАНОВСЬКА, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри гігієни та соціальної медицини; Тамара МІЩЕНКО, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології; Микола ПОПОВ, доктор медичних наук, професор кафедри загальної та клінічної імунології і алергології; Олена ПРОЦЕНКО, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри нормальної анатомії та фізіології людини; Віталій СТРАХОВЕЦЬКИЙ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології, онкогінекології та ендоскопії; Тетяна ТИХОНОВА, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри внутрішньої медицини; Віра ЦЕЛУЙКО, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри кардіології, лабораторної та функціональної діагностики; Наталія ШЕВЧЕНКО, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри педіатрії, Людмила ШЕРСТЮК, кандидат медичних наук, доцент, завідувачка кафедри загальної практики – сімейної медицини; Сергій ШЕРСТЮК, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної та клінічної патології.

Секретар оргкомітету: Костянтин ВОЛОШИН, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії, куратор Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених; Єлизавета ШОПІНСЬКА, студентка 4 курсу медичного факультету, Голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених; Ігор ОМЕЛЬЧЕНКО, аспірант денної форми навчання кафедри кардіології та функціональної діагностики медичного факультету та функціональної діагностики медичного факультету; Дарина ТРОЯНОВА, студентка 4 курсу медичного факультету, заступник голови Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених; Дар'я ДЕРГОУСОВА, студентка 5 курсу медичного факультету, заступник голови Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених; Софія АРХИПЕНКО, студентка 4 курсу медичного факультету, Секретар Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених.

Редакційна колегія: Тетяна ЛЯДОВА, Марія МАТВЄСНКО.

Адреса оргкомітету:

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, майдан Свободи 4, м. Харків, Україна, 61022

Актуальні питання сучасної медицини: тези доповідей XXIII Міжнародної наукової конференції студентів, молодих вчених та спеціалістів. (16-17 квітня 2026 р., м. Харків, Україна). – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – 322 с.

За достовірність викладених наукових даних і текст відповідальність несуть автори. Тези друкуються в авторській редакції.

ISBN 978-966-285-873-0

*Approved for to the print by resolution of Scientific-methodical council
of V. N. Karazin Kharkiv National University
(protocol No. 5 from March 30, 2026)*

Conference is registrated in UkrSTI of the Ministry of Science and Education of Ukraine
№ 933 From 10 December, 2025

Topical Issues of Modern Medicine: Abstracts of 23th International Scientific Conference of Students, Scientists and Specialists, Topical Issues of Modern Medicine. (April 16-17, 2025, Kharkiv, Ukraine). – Kharkiv : V. N. Karazin Kharkiv National University, 2026. – 322 p.

The authors are responsible for the trustworthiness of scientific results and for the text. Abstracts are published in author's edition.

ISBN 978-966-285-873-0

ЗМІСТ

ATRIAL FIBRILLATION IN A PATIENT WITH HEART FAILURE AND COMORBIDITIES	
Hibah Aldeenali.....	16
FEATURES OF OLIGOCLONAL SYNTHESIS AND ALBUMIN PARAMETERS IN MULTIPLE SCLEROSIS	
Baryshok A.S.....	17
BILIARY SLUDGE IN PREGNANCY: RISK FACTORS, CLINICAL COURSE, AND UTEROPLACENTAL HEMODYNAMIC OUTCOMES OF AN ARTICHOKE-BASED MANAGEMENT STRATEGY	
Das Sharodiya.....	19
AUTONOMIC DYSFUNCTION AND NEUROENDOCRINE BIOMARKERS AS DETERMINANTS OF NEUROLOGICAL SEVERITY IN CEREBRAL ISCHEMIA AND EARLY PREDICTOR OF OUTCOMES IN ISCHEMIC STROKE	
Das Sharodiya.....	20
APPLICATION OF ALLOFERON IN THE COMBINATION THERAPY AND PREVENTION OF RECURRENT HERPES ZOSTER	
Doghmi Zineb.....	22
DYSMETABOLIC CARDIOMYOPATHY AND CARDIOVASCULAR MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM	
Keshk Hazem Hossam.....	23
PATELLAR POSITION INDICES IN KNEE OSTEOARTHRITIS: DOES THEIR INTERPRETATION DEPEND ON KNEE JOINT MORPHOTYPE?	
Kylymniuk L. O.....	25
THE DEVELOPMENT OF IDEAS ABOUT POSSESSION IN THE HISTORY OF MEDICINE	
M. I. Kryuchenko, H. O. Kaidalov.....	27
THE IMPACT OF EXCESSIVE USING OF SOCIAL NETWORKS AND ELECTRONIC DEVICES ON BRAIN ACTIVITY	
Misiailo I.V.....	29
ORGANIZATIONAL STRATEGIES FOR PREVENTING PHYSICIAN BURNOUT IN HEALTHCARE SYSTEMS	
Slambek Mukashev.....	31
THE BENEFICIAL ANTIOXIDATIVE EFFECT OF MATCHA IN OUR BODY AND ITS POTENTIAL SIGNIFICANCE TO FOREVER CHEMICAL EXPOSURE	
Ryoji Murakami.....	32
ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN EARLY DETECTION OF LUNG CANCER: TRANSFORMING MODERN CLINICAL DIAGNOSTICS	
Sofia Aliyevna Naaz.....	34
IMMUNE AND METABOLIC VIOLATIONS IN ACUTE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION: CLINICAL SIGNIFICANCE AND APPROACHES TO THERAPY	
Larhdir . I.....	37

CALORIE RESTRICTION AND STRESS IN LEPTOSPIRA LPS-INDUCED INFLAMMATION	
Petakh P.V.....	38
EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TUBERCULOSIS AMONG HIV PATIENTS	
Virmani S.....	40
PATHOPHYSIOLOGICAL AND SOCIO-BEHAVIOURAL DETERMINANTS OF PHYSICAL ACTIVITY IN ISCHEMIC HEART DISEASE: A CROSS-SECTIONAL CLINICAL STUDY	
Virmani S.....	42
РОЛЬ ДИНАМІЧНОГО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО КОНТРОЛЮ В РАННЬОМУ ВИЯВЛЕННІ ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ	
Андрієнко А. С., Гавриленко М. В.....	43
ПСОРИАЗ: КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ	
Архипенко С. К.....	45
ГОСТРИЙ ОБТУРАЦІЙНИЙ ГНІЙНИЙ ХОЛАНГІТ: ЕНДОСКОПІЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ	
Архипенко С. К.....	47
ОЩАДЛИВЕ ВИРОБНИЦТВО (LEAN MANAGEMENT) У МЕДИЦИНІ: СТРАТЕГІЇ УСУНЕННЯ ЧЕРГ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ ВИТРАТ	
Бабіч І. О.....	49
SO 2 ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЗАГАЛЬНОГО АДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ	
Балабанов К.І.....	51
СКАРЛАТИНА У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК У 17-РІЧНОЇ ПАЦІЄНТКИ	
Баштанова А.О.....	52
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	
Бержун С.А., Васильєва Н.В.....	54
СТРУКТУРА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ФЕНОМЕНІВ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ	
Богословська А.Д., Миськов О.М.....	55
НЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОРОВОЇ ІНФЕКЦІЇ: МЕХАНІЗМИ НЕЙРОІНВАЗІЇ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ФОРМИ УСКЛАДНЕНЬ	
Богословська А.Д., Черненко І.І.....	57
ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛГОРИТМІВ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	
Бондарчук Є.Є., Бобрицька В.В.....	59
ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ	

Борзенко В.Р., Лінський І.В., Кузьмінов В.Н.....	60
КІЛЬКІСНИЙ КОНТРОЛЬ КОФЕЇНУ В ПОПУЛЯРНИХ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ: ГАРАНТІЯ БЕЗПЕЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ	
Бохан Ю.В.....	62
ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКА ГРИПУ: УКРАЇНСЬКИЙ КОНТЕКСТ 2025	
Брунарський С. А., Бойко Р. О.....	63
СЕРВІС-МЕНЕДЖМЕНТ ТА ПАЦІЄНТОЦЕНТРОВАНІСТЬ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Бурдига Н.О.....	65
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПРИ ВИНИКНЕННІ МАСОВИХ САНІТАРНИХ ВТРАТ, ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННІ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНОГО	
Вагін Б.....	67
ВПЛИВ СТРЕСОВИХ ЧИННИКІВ НА ЯКІСТЬ СНУ	
Вакуленко А.І.....	69
ПЕРВИННО-МНОЖИННИЙ МЕТАХРОННИЙ РАК ГРУДНИХ ЗАЛОЗ	
Вакуленко А.І.....	70
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ	
Василенко Д.О.....	72
ПОДОВЖЕНА СПІНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ НЕНАВМИСНІЙ ПУНКЦІЇ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНИ	
Вегеш Н. С.....	74
ЖИРОВА ТКАНИНА ЯК МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНИЙ ОРГАН ТА ЇЇ РОЛЬ У ЗДОРОВ'І ЛЮДИНИ	
Вервейко О.Б.....	76
ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ МЕНІНГІТ: УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	
Вервейко О.Б.....	77
БІОПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ	
Волянський К.В., Ксенчина К.В.....	79
ПОСТКОВІДНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ІНТЕГРОВАНІЙ	
ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	
Гавриленко М. В.....	81
ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСТЕОСАРКОМИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО КЕЙСУ	
Гайфуліна К.Е., Чумак Л.І., Ремньова Н.О.....	82
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОКАРОЗУ ТА ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	
Гасанова Є.М.....	84
ПРОБЛЕМИ ВОДОПОСТАЧАННЯ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2022-2025 РОКАХ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ ЯКОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ	

Герус Б. А.....	86
РОЛЬ СПОЛУЧЕНОГО ВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ВИСОКОКАЛОРИЙНОГО ХАРЧУВАННЯ НА СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ФАЗИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ	
Гладка А.Ю., Кохановська А.О., Шевченко М.В.....	88
ВПЛИВ ЧАСУ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ НА КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ БОЙОВОЮ ПОЛІТРАВМОЮ	
Глібко В.О.....	89
ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ КЛІТИННОЇ ВІДПОВІДІ НА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА АПОПТОЗУ ХОНДРОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТОРИННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ	
Голуб О.І.....	91
ПОШИРЕНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДИК ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	
Григор'як Н.В., Васильєва Н.В.....	92
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ПЕРЕВАГИ БІОХІМІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ СЕЛЕКТИВНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРВИННІЙ ВІДКРИТОКУТОВІЙ ГЛАУКОМІ В УКРАЇНІ	
Грищенко Д.О.....	94
ФЕНОТИПОВИЙ СПЕКТР МІЖ ДЕКАЛЬВУЮЧИМ ФОЛІКУЛИТОМ І ПЛОСКИМ ФОЛІКУЛЯРНИМ ЛІХЕНОМ: ОГЛЯД КЛІНІЧНОГО КЕЙСА	
Гурова П.О.....	97
ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ-VEGF ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ВТОРИННОЇ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ У ХВОРИХ З ПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ	
Денисенко Д.О.....	99
АЛКОГОЛЬНА СЕПТАЛЬНА АБЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ ОБСТРУКТИВНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Дергоусова Д.В.....	100
ЕФЕКТИВНІСТЬ АНЕСТЕЗІЇ БЕЗ ОПОЇДІВ ПРИ КОРОТКОСТРОКОВОМУ ВІДНОВЛЕННІ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПУХЛИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ	
Дергоусова Д.В., Шелковая А.В.....	102
МОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ	
Дергоусова Д.В., Шелковая А.В.....	103
АСОЦІАЦІЯ СІРОВАТКОВОГО СЕКРЕТОРНОГО БІЛКА КЛУБНИХ КЛІТИН 16 (СС16) ІЗ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО КЛІЩІВ ДОМАШНЬОГО ПИЛУ У ДІТЕЙ З АСТМОЮ	
Дзісяк В.О., Гаращенко Т.А., Яковенко А.О.....	105
КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНА ОЦІНКА РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ ЩОДО ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З АЛКОГОЛЕМ	
Добаш В. Д.....	106
РОЛЬ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ У ПОШИРЕННІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ	

Добра К.В.....	108
ВІДНОШЕННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ДО ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ	
Драга В.В.....	110
ДИНАМІКА ХІМІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ В МІСТАХ УКРАЇНИ У 2021– 2025 РОКАХ	
Дрокіна А. С.....	112
БЮПЛІВКИ ЯК ФАКТОР ПЕРСИСТЕНЦІЇ ХРОНІЧНОГО РИНОСИНУСИТУ	
Душик А. О.....	114
БІЛАТЕРАЛЬНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СТРЕСОМ І ШКІРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ЛІКУВАННЯ ТА КОМОРБІДНІ СТАНИ	
Задворних Н.І.....	116
ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ ST, УСКЛАДНЕНИЙ ДЕФЕКТОМ МІЖШЛУНОЧКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Захарова А. О.....	117
ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВИХ ДАНИХ З ОСОБЛИВОСТЕЙ ІМУННИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ДІАГНОСТОВАНИХ І НЕДІАГНОСТОВАНИХ ПЛАЦЕНТИТАХ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВНЗ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ	
Зац О.С.....	119
ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХРОНІЧНИЙ НАЗОФАРИНГІТ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ БЛИЗНЮКІВСЬКОЇ ГРОМАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	
Земськов Я.С.....	121
ВИЗНАЧЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ ЩОДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕПАТИТУ А В ПЕРЕДЖОВТЯНИЧНИЙ ПЕРІОД	
Зионг Т.Т.....	123
ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ	
Кантемир А.М.....	124
ПІДТРИМКА ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	
Касьянова М. О.....	126
МОРФОТИПУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ОСТЕОАРТРИТІ ЗА АДАПТОВАНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ CORONAL PLANE ALIGNMENT OF THE KNEE	
Климинюк Л.О.....	128
ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ТИПУ. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ АЛТЕПЛАЗИ ТА ТЕНЕКТЕПЛАЗИ У ТРОМБОЛІТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ	
Кисляк П.О.....	130
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНЕКСАМОВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СПОЛУЧЕНОЮ ТРАВМОЮ ТА МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ	

Киян М. К.....	132
МЕДИКАМЕНТОЗНЕ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ	
Кіраль А.М.....	134
СИНДРОМ КЛЮВЕРА-Б'ЮСІ (ПАТОГЕНЕЗ, ПСИХОДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИЧНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА)	
Кіріченко А.В.....	135
РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ	
Кліпа С. Є. Шмигленко Д. О.....	137
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ-КОМБАТАНТІВ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ В УКРАЇНІ	
Комар Н. В.....	139
ВПЛИВ ТЕХНІКИ ФОРМУВАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ НА ЧАСТОТУ ЙОГО НЕСПРОМОЖНОСТІ	
Рошканюк А.В., Корнута Д.В.....	140
ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ	
Костенко Д.М.....	142
СТОМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДІТЕЙ У ПЕРІОД ТИМЧАСОВОГО ПРИКУСУ З РОТОВИМ ТИПОМ ДИХАННЯ	
Курило В.О.....	144
МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПІД ЧАС ІНДУКЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ У ДІТЕЙ	
Левченко Є.Д., Кропівний М.В.....	146
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	
Ленчинський В.П., Васильєва Н.В.....	147
ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ РЕСУРСАМИ ПІД ЧАС КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ	
Летко К. С.....	149
СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СИНТЕТИЧНОЇ ЛАНКИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ПРИ ВВЕДЕННІ «ДИФЕРЕЛІНУ»	
Листрова В. О.....	150
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ІЗ СИСТЕМНИМ СКЛЕРОЗОМ НА ТЛІ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗУ ІЗ СТЕНОЗОМ ЛІВОЇ НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ	
Лук'яненко Т.В., Матяш Н.М., Плужнікова І.А., Вульфів Д.С.....	152
ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЮДИНИ ДЛЯ ПРАКТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ	
М'ясоєдова В. А.....	154
КОМЕРЦІЙНИЙ СЕКС ТА СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОСТИТУЦІЇ	
Макєєва А.П., Тітова К.О., Шульга Л.О.....	155

ГОСТРИЙ БІЛПАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ПРОГРАМИ	
Марін І.А., Рудь В.Ю.....	157
ЗАСТОСУВАННЯ LIGASURE ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПАХОВОЇ ГРИЖІ	
Мартинів О.О.....	158
ЛАПАРОСКОПІЧНА СПЛЕНЕКТОМІЯ У ХВОРИХ НА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ	
Марченко А. В.....	161
ПЕРЕХРЕСНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ: ПТСР ТА КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ	
Матлюк М.П.....	162
ПЕРЕХРЕСНІ ПАТЕРНИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПОТИРЕОЗУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ	
Матлюк М.П., Левицька Б.Р.....	165
КОМОРБІДНІСТЬ ПТСР ТА ГІПОТИРЕОЗУ ЯК ІНДЕКАТОР ХРОНІЧНИХ ЛОС-ПОРУШЕНЬ	
Матлюк М.П., Маланчук П.В.....	166
НЕФРОЛІТІАЗ У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯСЧНИКІВ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ: МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГОРМОНАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ	
Матлюк М.П., Дзяман О.І., Маланчук П.В.....	168
ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА КОГНІТИВНІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА МОТОРНІ ДОМЕНІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПТСР: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД	
Матлюк М.П., Маланчук П.В.....	170
ГЕНЕТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗУ: СИНДРОМ ЛІ-ФРАУМЕНІ ЯК МОДЕЛЬ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ P53	
Матлюк М.П., Дзяман О.І., Маланчук П.В.....	172
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ В ПЕРІОД БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ	
Медведєва К.А., Оліфенко М.В., Головка Т.О., Шевченко Н.С.....	175
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ СКАЗУ В УКРАЇНІ: РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ 2016–2026 РОКІВ	
Медведєва К.А.....	177
СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГРУДНОЇ АНЕВРИЗМИ АОРТИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Мезенцев В. С.....	178
КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗІР ДЛЯ ОЦІНКИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ – ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ІНДЕКСІВ SCORAD/EASI ЗА ФОТО	
Мельник Т.С.....	180
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ В АСПЕКТІ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ СТРЕСУ	
Мірошниченко А.О., Шаповал О.В.....	182

МОЛЕКУЛЯРНІ ОЗНАКИ ПЛАСТИЧНОСТІ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ГЕМОПОЕЗУ	
Молодецька Д.Г.....	184
ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ДІТЕЙ – ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ЕКЗОГЕННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЕСУ	
Мохно А. О.....	185
ПАРВОВІРУС В19 ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ	
Музика О.О.....	187
ШЛЯХИ ВІДНОВЛЕННЯ ОВУЛЯЦІЇ У ВИПАДКАХ АНОВУЛЯТОРНИХ ЦИКЛІВ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ	
Музика О.О.....	189
АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ЖИВИХ ОСІБ	
Назаренко В.Д.....	191
КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ТОВСТОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ	
Неменко С.О.....	193
РОЛЬ СІМЕЙНОГО АНАМНЕЗУ ТА ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У РАННІЙ ІНІЦІАЦІЇ ОПІОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	
Нікольська О.С.....	194
ШЛЯХИ ПОШУКУ НЕВИРІШЕНИХ ПИТАНЬ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТІВ З МЕЛАНОМОЮ	
Озар Н.Р.....	196
ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ	
Оліфенко М.В., Медведєва К.А., Головки Т.О., Фадєєва А.О.....	198
ІМУНОЗАПАЛЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОР НЕДОСТАТНЬОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕКЛАПАННОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	
Омельченко І.В.....	200
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ БІЛІАРНОГО ТА АЛКОГОЛЬНО-АЛІМЕНТАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ: КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ	
Опікунова А.О., Василенко Д.О.....	202
РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ ЛІМФОГЕННИХ НАБРЯКАХ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ПІСЛЯ РОЗШИРЕНИХ ЛІМФОДИСЕКЦІЙ	
Павлюк К.С., Слободянюк О.В.....	203
ЕПІГЕНЕТИКА ЯК НОВИЙ РІВЕНЬ РЕГУЛЯЦІЇ ГЕНОМУ: ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО	
Пахомова Д.І.....	206

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ В ПАЦІЄНТА З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	3
Пацация М.М.....	208
ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ: АНАЛІЗ ІСТИННО ПОЗИТИВНИХ ВИПАДКІВ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК	
Першин М.Ю., Тварковська А.А.....	209
ОБГРУНТУВАННЯ МЕДИКО-МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ КРУПУ У ДІТЕЙ	
Першина В.О.....	211
ПОСТКОВІДНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКУ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ	
Пестова Д.О.....	213
ПРОЯВИ ПЕРНІОЗУ (ОЗНОБЛЕННЯ) ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	
Пестова Д.О.....	215
ПОСТ-COVID-УСКЛАДНЕННЯ В КОНТЕКСТІ ВІЙНИ: ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ	
Пестова Д.О.....	217
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ОЦІНЦІ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДІТЕЙ	
Петканич К.Ю.....	219
ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ЦИВІЛЬНИХ ТА ВОЄННИХ У ПЕРІОД ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ	
Петюнін П.О.....	220
ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИСЕКТОРА І ЗШИВАЮЧИХ АПАРАТІВ В ХІРУРГІЇ ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ	
Пода В.С.....	221
ФАРМАКОГЕНЕТИКА: ЯК ГЕНЕТИКА ПАЦІЄНТА ВПЛИВАЄ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ	
Поп Т.М.....	223
ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ: ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕХАНІЗМ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ	
Попова С.А.....	226
ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Попова С.А.....	228
АЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ВАКЦИНАЦІЮ: КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ТА СВІТОВА СТАТИСТИКА	
Попова А.М.....	230
ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ	
Потапенко А.Ю.....	232
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТЯЖКІ РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РАС: ДИСРЕГУЛЯЦІЯ ЧИ ЗАПИТ ПРО ДОПОМОГУ?	
Пронько І.А.....	234

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ТЯЖКОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РАС: ВІД КОНТРОЛЮ ДО ПІДТРИМКИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ	
Пронько І.А.....	236
ПСИХОЛОГІЧНА ГНУЧКІСТЬ ТА КАТАСТРОФІЗАЦІЯ БОЛЮ: АНАЛІЗ ЗА СУБШКАЛАМИ МРГІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ	
Пушкарська А.Ф., Вівденко К.О.....	238
ГІПОТИРЕОЗ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	
Реброва К.В.....	239
КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ В ТЕРАПІЇ ПОЧАТКОВОГО ФЛЮОРОЗУ ЗУБІВ	
Ровенська Д.Ю.....	241
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ	
Савельєв В.В.....	242
СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ ТА ПОВЕДІНКА, ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ	
Світличний Д.О.....	244
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОГО НА ХВОРОБУ ГЕНТІНГТОНА	
Світличний Д.О.....	246
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАГАЛЬНОГО НАРКОЗУ ТА РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ	
Світличний Д.О., Баранова Н.В.....	248
ТЕНЗОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАХИСНОГО ЕФЕКТУ НОВОГО ПОХІДНОГО ХІНАЗОЛІНОНУ НА СКОРОЧЕННЯ М'ЯЗА ПІСЛЯ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUЗІЙНОГО УШКОДЖЕННЯ	
Семенюк Н.С., Легедза О.В., Заводовський Д.О., Михайленко О.В.....	250
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГЕМОФІЛІЇ: ВІД ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ДО ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ	
Сердюк М.Є.....	251
ФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ БОЛЮ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНІ СПОСОБИ ЙОГО ПРИГНІЧЕННЯ	
Скоробогатова А.С.....	253
АНЕВРИЗМА ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА НЕОБХІДНІСТЬ РАНЬОГО СКРИНІНГУ	
Слободіна Д.М., Рудас І.А.....	254
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ МЕНІНГІТІ. АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ	
Слободіна Д.М., Гончар Д.Т.....	256
МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДЕНОКАРЦИНОМ КИШЕЧНИКА НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПУХЛИННОЇ ПРОГРЕСІЇ	
Снісаренко Є.О., Ткаченко Н.О., Ремньова Н.О., Омельченко В.Ф.....	258
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕЙРОІНТОКСИКАЦІЇ	
Степанова А.С.....	259

ВПЛИВ ВЕЧІРНЬОГО ЕКРАННОГО ЧАСУ НА ЯКІСТЬ СНУ ТА ДЕННУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ МОЛОДІ	
Стеценко Р.О., Бершадський С.О.....	261
ПОШИРЕНІСТЬ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ СТРЕСУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ	
Стьопкіна К.С.....	263
ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПОГЛЯД НА РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЗОЗ м. ХАРКОВА	
Стрельнікова К.О.....	264
АНАЛІЗ ПОІНФОРМОВАНOSTІ ЖІНОК ЩОДО ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ РИЗИКІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ	
Сургай А.М., Чеботенко О.Р.....	266
ІНФОРМОВАНІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЩОДО ПЛАНОВОЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПРАВЦЯ ВАКЦИНОЮ АДП-М.	
Сухомлінова Т.М.....	268
КОМОРБІДНІСТЬ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ТЯЖКОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ПНЕВМОНІЇ ТА ГЕПАТИТУ С. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.	
Сухомлінова Т.М.....	270
ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РУБЦОВОЇ ТКАНИНИ ПІСЛЯ ЕСТЕТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІМУННОЇ РЕАКТИВНОСТІ	
Сьомака Р.А.....	272
ПРОГРЕСУЮЧА МУЛЬТИФОКАЛЬНА ЛЕЙКОЕНЦЕФАЛОПАТІЯ У ПАЦІЄНТА З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ: НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ, МРТ-ОСОБЛИВОСТІ	
Таранська Г.О.....	274
ОПТИМІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ БОЛЮ У ПОРАНЕНИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ КІНЦІВОК НА РАННІХ ГОСПІТАЛЬНИХ ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ	
Тимчишин Д.О.....	276
МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ПРИ COVID-19 У КОМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ	
Ткаченко Н.О., Першина В.О.....	277
СИНДРОМ МОРГАН'І-АДАМС-СТОКСА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Ткаченко Д.А.....	280
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	
Трач В.В.....	281
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ТЕРАПІЇ: ДОСВІД УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
Троянова Д.В., Ворона С.О.....	283

ТЕЛЕМЕДИЦИНА ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	
Троянова Д.В.....	285
ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЕЛІМІНАЦІЇ ТА НЕЙТРАЛІЗАЦІЇ 2-НОНЕНАЛЮ	
Троянова Д.В.....	287
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	
Троянова Д.В., Архипенко С.К.....	289
ІНТЕРІКАЛЬНИЙ ТЯГАР МІГРЕНІ: КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ	
Троянова Д.В.....	291
УМОВИ ПРАЦІ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ПОРУШЕНЬ СОМАТИЧНОГО ТА МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	
Турченко А.А.....	293
МІКРОСКОПІЧНИЙ ПОЛІАНГІТ - ХВОРОБА-ХАМЕЛЕОН	
ПОЛІМОРФНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ПАСТКИ (СЕРІЯ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ)	
Тюрін А.В., Михайленко В.В.....	295
РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА: ПОРУШЕННЯ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПОВЕДІНКОВІ І КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ	
Удовенко Д.О.....	296
ВИКОРИСТАННЯ АГОНІСТІВ РЕЦЕПТОРІВ ГЛЮКАГОНОПОДІБНОГО ПЕПТИДУ-1 У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ	
Федотов В.В.....	298
ОБГРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ІНДОЦІАНІН-ЗЕЛЕНОЇ АНГІОГРАФІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІПОТИРЕОЗУ	
Федотова М.М.....	300
ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА (ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІЧНА КАРТИНА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА)	
Фільова А.С.....	302
ВПЛИВ БІНАУРАЛЬНИХ РИТМІВ НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ	
Хайчіна М.О., Черненко І.І.....	304
ІМУННІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПСОРИАЗУ ТА ЙОГО БІОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ	
Черкашина А.В.....	306
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	
Чуприна М.В., Батюк Л.В.....	308
ЗАГРОЗА ЯДЕРНОЇ АВАРІЇ В УКРАЇНІ І ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ПРИ НІЙ	
Шальнова Н.І.....	309

ІНТЕГРАТИВНЕ ПРЕДИКТИВНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ГАСТРО-РЕНАЛЬНОЇ ОСІ ЗАПАЛЕННЯ НА ОСНОВІ ІМУННИХ БІОМАРКЕРІВ ТА АЛГОРИТМІВ МАШИННОГО НАВЧАННЯ	
Швець І.І., Обребський Ю.В., Богатир М.В.....	311
МНОЖИННІ ПОЛІПИ ШЛУНКА: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ	
Шелковая А.В.....	313
ЗАСОБИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ НА ОСНОВІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ	
Шепелева М.М, Ратушненко Д.В	314
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ, КЛІНІЧНА КАРТИНА ТА СУЧАСНІ ДОКАЗОВІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ Й ПРОФІЛАКТИКИ	
Шеховцова А.О.....	316
ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПЛОМИ ЛЮДИНИ У ЧОЛОВІКІВ: ОБҐРУНТУВАННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ОНКОПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ	
Шопінська Є.В.....	318
ВПЛИВ ПОСТКОНТУЗІЙНИХ УШКОДЖЕНЬ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВИХ	
Щербакова А.В.....	320

ATRIAL FIBRILLATION IN A PATIENT WITH HEART FAILURE AND COMORBIDITIES

Hibah Aldeenali

V.N. Karazin Kharkiv National University

School of Medicine, Department of Internal Medicine, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: Shop I.V., Candidate of Medicine, As.
Professor of Department of Internal Medicine

Introduction. Atrial fibrillation (AF) is one of the most common arrhythmias that significantly complicates the course of ischemic heart disease (IHD) and heart failure (HF). Acute viral infections, including COVID-19, may act as triggers for arrhythmia development and contribute to reduced left ventricular ejection fraction (LVEF). The management of such patients is further complicated by the presence of comorbidities and valvular heart disease (VHD).

The aim of the study. To demonstrate the diagnostic and therapeutic challenges in a female patient with comorbidities, VHD, and first diagnosed AF following an acute viral infection with reduced LVEF.

Clinical case. A 65-year-old female was admitted to the cardiology department with complaints of palpitations, dyspnea, lower limb edema and weakness. According to the patient, symptoms appeared and progressed rapidly during the last month. Six weeks prior to hospitalization, she had suffered from COVID-19 infection. ECG revealed persistent AF, heart rate 146 bpm. Echocardiography showed LVEF of 45%, grade 2 mitral regurgitation, grade 1–2 tricuspid regurgitation, thickened aortic and tricuspid valve leaflets, and diffuse reduction of myocardial contractility. Laboratory findings included elevated C-reactive protein (6.2 mg/L), D-dimer (422 ng/mL), creatinine (158 $\mu\text{mol/L}$), and reduced estimated glomerular filtration rate (28 mL/min/1.73 m²). Diagnosis: IHD. Diffuse atherosclerosis. Persistent AF, rapid response answer. CHA₂DS₂-VASc score – 4. Arterial hypertension stage II. Chronic kidney disease (CKD) stage III. HF stage C according to ACC/AHA with moderately reduced LVEF (45%). The patient was prescribed

comprehensive therapy including beta-blockers (carvedilol), digoxin, diuretics (furosemide, torasemide), aldosterone antagonists (spironolactone), statins (rosuvastatin), a sodium-glucose cotransporter-2 inhibitor (empagliflozin), and anticoagulants (rivaroxaban). Positive dynamics were observed: stabilization of blood pressure and heart rate, as well as improvement in overall well-being. Management was complicated by the need for strict monitoring of electrolytes, renal function, thromboembolic risk, and progression of valvular pathology.

Conclusion. Management of patients with comorbidities, VHD, and AF after viral infection requires individualized therapy, careful monitoring, and a multidisciplinary approach to prevent complications and progression of HF.

FEATURES OF OLIGOCLONAL SYNTHESIS AND ALBUMIN PARAMETERS IN MULTIPLE SCLEROSIS

Baryshok A.S.

*Academic and Research Medical Institute, Sumy State University,
Department of Neurosurgery and Neurology with courses in
Psychiatry, Narcology, Medical Psychology, and Occupational
Diseases, Sumy, Ukraine*

Scientific supervisor: Kmyta O.P., PhD, Assistant Professor,
Department of Neurosurgery and Neurology

Introduction. Multiple sclerosis is a chronic immune-inflammatory demyelinating disease of the central nervous system characterized by myelin damage, axonal degeneration, and the development of neurological deficits. The examination of cerebrospinal fluid (CSF), specifically the determination of oligoclonal bands (OCBs) and albumin levels, is crucial for diagnosing multiple sclerosis as it allows for the assessment of intrathecal immune activity and the integrity of the blood-brain barrier.

Aim. To analyze cerebrospinal fluid parameters in patients with multiple sclerosis, focusing on the frequency of OCB detection, types of synthesis, and albumin levels in serum and CSF.

Materials and methods. A retrospective analysis was conducted on the CSF and serum test results of 43 patients with multiple sclerosis.

The study group included 32 men (74.4%) and 11 women (25.6%), with a mean age of 35.5 ± 9.8 years. All patients underwent lumbar puncture and venous blood sampling for paired laboratory testing. Serum and CSF albumin levels were determined, and the albumin ratio was calculated. OCBs were identified using isoelectric focusing. Quantitative variables with a normal distribution are presented as $M \pm SD$, those without a normal distribution as $Me (Q1; Q3)$, and categorical data as $n (\%)$.

Results. Analysis of OCB synthesis types revealed that type II was the most common, occurring in 26 of 43 patients (60.5%). This type is characterized by OCBs present exclusively in the CSF, indicating intrathecal IgG synthesis – a hallmark of multiple sclerosis. Type I (absence of OCBs in both CSF and serum) was identified in 13 patients (30.2%), which does not confirm intrathecal synthesis. Type III was detected in 3 patients (7.0%), reflecting a combination of systemic and intrathecal immune responses. Type IV was found in 1 patient (2.3%), showing identical OCB patterns in both CSF and serum, indicating systemic synthesis without an isolated intrathecal process. Positive OCBs in the CSF were detected in 29 patients (67.4%), whereas they were present in serum in only 5 cases (11.6%). The serum albumin level was 44.1 ± 3.2 g/L, the CSF albumin level was 213.0 (181.5; 280.5) mg/L, and the albumin ratio was 5.0 (4.4; 7.0).

Conclusion. In patients with multiple sclerosis, type II OCB synthesis predominated (60.5%), serving as the most characteristic laboratory marker of intrathecal IgG synthesis. Positive OCBs in the CSF were found in more than two-thirds of the patients, confirming their significant diagnostic value. Furthermore, the determination of serum albumin, CSF albumin, and the albumin ratio is a valuable tool for the additional assessment of blood-brain barrier integrity.

BILIARY SLUDGE IN PREGNANCY: RISK FACTORS, CLINICAL COURSE, AND UTEROPLACENTAL HEMODYNAMIC OUTCOMES OF AN ARTICHOKE-BASED MANAGEMENT STRATEGY

Das Sharodiya

Tashkent State Medical University

Scientific Supervisor : Mirzaeva D. , PhD ,Associate Professor Of
Department Of Obstetrics And Gynaecology

Actuality. Biliary sludge is recognized as an early, reversible stage of gallbladder disease characterized by the presence of cholesterol crystals and biliary stasis. Pregnancy predisposes women to this condition due to estrogen-induced cholesterol supersaturation of bile and progesterone-related gallbladder hypomotility. Although often labeled "clinically benign," biliary sludge can progress to gallstones, biliary colic, or pancreatitis and may have systemic metabolic and cholestatic effects. Recent evidence suggests a link between these hepatobiliary changes and uteroplacental circulation, which is vital for normal fetal development. Evaluating these hemodynamic changes and testing targeted therapies is essential for improving obstetric outcomes.

Aim of the Study. The study aims to evaluate uteroplacental and fetoplacental blood flow using Doppler ultrasonography in pregnant women with biliary sludge. Additionally, it seeks to identify maternal risk factors, compare pregnancy and neonatal outcomes with healthy controls, and assess the therapeutic efficacy of Chophytol (an artichoke-based therapy) versus standard management on Doppler indices at different gestational ages.

Materials and Methods. The research enrolled 130 pregnant women: 100 with USG-confirmed biliary sludge (22–32 weeks gestation) and 30 healthy controls. The biliary sludge group was stratified by gestational age and randomized into Group A (Chophytol + standard diet) and Group B (standard diet only). Chophytol was administered at a dose of 1 tablet, 3 times a day, for 20 days. Comprehensive assessments were conducted before and 4–6 weeks after treatment, including clinical symptom tracking,

gallbladder ultrasound, and Doppler flowmetry of the uterine, umbilical, and fetal middle cerebral arteries (MCA).

Results. Echographic pregnancy complications were significantly more frequent in the biliary sludge group compared to healthy controls ($p < 0.001$). Complications included uteroplacental-fetoplacental circulation disorders (50%), premature placental maturation (15%), and fetal growth restriction (12%). Patients treated with Chophytol (Group 1A) showed a significant normalization of Doppler parameters; for example, Resistance Index (RI) levels in the uterine and umbilical arteries improved more effectively in the Chophytol group than in the diet-only group ($p < 0.001$). Clinically, Chophytol therapy significantly reduced the prevalence of symptoms like heartburn (from 68% to 22.5%) and right hypochondrium pain ($p < 0.001$). Furthermore, neonatal outcomes were superior in the Chophytol group, with 73.3% of newborns achieving Apgar scores of 8–10, compared to only 15% in the standard management group ($p < 0.01$).

Conclusion. Biliary sludge in pregnancy is a systemic condition associated with metabolic, obstetric, and placental dysfunction rather than a localized gallbladder finding. Doppler ultrasound serves as a valuable objective tool for monitoring therapeutic response. Chophytol therapy leads to a more effective normalization of placental blood flow, clinical symptoms, and neonatal outcomes than standard dietary management alone.

AUTONOMIC DYSFUNCTION AND NEUROENDOCRINE BIOMARKERS AS DETERMINANTS OF NEUROLOGICAL SEVERITY IN CEREBRAL ISCHEMIA AND EARLY PREDICTOR OF OUTCOMES IN ISCHEMIC STROKE

Das Sharodiya

Tashkent State Medical University

Scientific Supervisor : Tolibov D. , Dsc, Associate Professor Of
Department Of Neurology

Actuality. Cerebrovascular disease is a leading cause of neurological disability globally. It includes chronic ischemia and ischemic strokes. Chronic cerebral ischemia , resulting from a sustained reduction in

cerebral blood flow, often manifests through autonomic symptoms, psychological stress, and cognitive decline. These disturbances can disrupt the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, potentially increasing the brain's vulnerability to injury and influencing the severity of subsequent ischemic strokes. Identifying reliable neuroendocrine biomarkers and autonomic determinants is essential for improving early diagnosis and predicting clinical outcomes.

Aim of the Study. The research objective is to investigate the relationship between autonomic dysfunction, neuroendocrine biomarkers (cortisol and β -endorphin), and the severity of neurological outcomes in patients with cerebral ischemia, determining their value as prognostic predictors.

Materials and Methods. The study consisted of two components. Component 1 involved 88 patients with chronic cerebral ischemia, divided into those with somato-autonomic dysfunction (SAD) ($n=48$) and those without ($n=40$), plus 30 healthy controls. Assessments included the COMPASS-31, Perceived Stress Scale (PSS-10), HADS-A, and the Veyn questionnaire. Biochemical analysis measured levels of cortisol and β -endorphin. Component 2 analyzed 88 acute ischemic stroke patients. Stroke severity was measured by the NIHSS, functional disability by the Modified Rankin Scale (mRS), and healthcare utilization by hospital stay duration. Statistical tools included ANOVA and correlation analysis.

Results. In the chronic cerebral ischemia cohort, 54.5% of patients exhibited autonomic dysfunction, primarily in Stage II. The SAD group demonstrated significantly higher scores on the COMPASS-31 (37.0 ± 8.2) and PSS-10 (23.6 ± 5.4) compared to controls ($p < 0.001$). These patients showed marked cortisol elevation (662.63 ± 238.7 nmol/L), indicating HPA-axis hyperactivation, while non-SAD patients showed increased β -endorphin (137.88 ± 48.29 pg/mL), suggesting a compensatory adaptation. For acute stroke, NIHSS scores strongly correlated with mRS ($r = 0.847$) and hospital stay ($r = 0.96$, $p < 0.001$). The Middle Cerebral Artery (MCA) was the most affected territory (46.6%), associated with the highest neurological severity (mean NIHSS 8.31) and longest hospitalization (10.9 days).

Conclusion. Autonomic and neuroendocrine dysregulation are pivotal factors in the progression and clinical outcome of cerebral

ischemia. Elevated cortisol and high autonomic scores serve as indicators of increased cerebrovascular vulnerability. The NIHSS is a highly reliable predictor of functional disability and resource use. Furthermore, MCA infarctions lead to the most severe clinical outcomes, highlighting the need for targeted management in this vascular territory.

APPLICATION OF ALLOFERON IN THE COMBINATION THERAPY AND PREVENTION OF RECURRENT HERPES ZOSTER

Doghmi Zineb

*V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine,
Department of Hygiene and Social Medicine, Kharkiv, Ukraine*
Scientific supervisor: O.V. Bobrova, PhD in Medicine, Associate
Professor of the Department of Hygiene and Social Medicine

Introduction. Herpesvirus infections (HVI) are a significant global health issue due to high morbidity and their ability to affect multiple organ systems. According to the WHO, HVIs rank second (15.8%) among viral causes of death, surpassed only by influenza. Approximately 90% of the global population is infected with herpesviruses, with 2–12% suffering from recurrence. Ophthalmic herpes is particularly critical, accounting for 60–65% of all corneal diseases.

Herpes Zoster (HZ), caused by the Varicella-Zoster virus (VZV), is transmitted via airborne droplets. After primary infection (chickenpox), the virus persists latently in nerve ganglia. Upon reactivation, it manifests in various clinical forms. Viral replication in leukocytes and monocytes protects it from humoral immunity and facilitates dissemination. Modern medicine lacks methods for complete viral elimination, making the primary goals of therapy: suppression of replication, formation of a long-term immune response, and prevention of reactivation. Alloferon, a synthetic 13-amino acid oligopeptide (1265 Da), represents a promising immunomodulatory treatment.

The aim of this study was to evaluate the efficacy of Alloferon in the combined treatment of Herpes Zoster infection and its impact on

reducing recurrence rates.

Materials and methods. The study included 30 patients (56.7% female, 43.3% male) aged 19- 77 diagnosed with Herpes zoster infection. The comparison group consisted of 15 patients receiving valacyclovir monotherapy. Statistical analysis was performed using Statistica 10 software. To ensure reliability, the Student's t-test was applied for continuous data, and the chi square (χ^2) test was used for frequency differences ($p < 0.05$).

Results. Herpes zoster clinical manifestations included vesiculopustular rashes, acute unilateral pain, hyperesthesia, and general malaise. In the Alloferon group, the total duration of the eruption period was 15.6 days (vesicular phase: 8.9 days; crusting: 6.7 days), compared to 16.8 days in the monotherapy group. Alloferon prevented ophthalmic herpes development; in 30% of existing cases, regression of ocular lesions occurred. The incidence of ocular involvement at the end of treatment was 35%, compared to 86% in the control group ($p < 0.05$). No recurrences were recorded during the 3-month follow-up. While initial ocular involvement was associated with lymphopenia, Alloferon increased lymphocyte counts by 50%, enhancing immunobiological resistance.

Conclusions. 1. Adding Alloferon to standard therapy significantly reduced pain duration from 22.0 ± 2.8 to 9.5 days ($p < 0.05$). 2. Combined treatment reduced the risk of ophthalmic herpes 2.5 times compared to monotherapy. 3. The drug demonstrates a potent immunomodulatory effect, addressing secondary immunodeficiency and preventing recurrences within 3 months.

DYSMETABOLIC CARDIOMYOPATHY AND CARDIOVASCULAR MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Keshk Hazem Hossam

*V. N. Karazin Kharkiv National University School of Medicine,
Department of Internal Medicine, Kharkiv, Ukraine*

Scientific supervisor: Shop I.V., PhD of Medicine, Associate
Professor of the Internal Medicine Department

Scientific supervisor: Barabash N.Y., PhD of Medicine, Associate
Professor of the Internal Medicine Department

Introduction: Hypothyroidism is a common endocrine disorder characterized by decreased production of thyroid hormones triiodothyronine and thyroxine (T3 and T4), which are essential in the metabolic process and cardiovascular performance. Thyroid hormones affect myocardial contractility, heart rate (HR), and vascular resistance. Their deficiency can lead to metabolic disturbances affecting the cardiovascular system. One possible complication is the development of dysmetabolic cardiomyopathy (DCM), a condition characterized by structural and functional myocardial changes caused by metabolic imbalance rather than ischemic damage.

The aim of the study. To demonstrate cardiovascular manifestations in a patient with uncontrolled hypothyroidism and DCM, and to highlight diagnostic and therapeutic aspects in the management of such patients.

Clinical case. A 42-year-old female was admitted to the therapeutic department with complaints shortness of breath, fatigue, reduced tolerance to physical activity and occasional palpitations. Medical history: hypothyroidism diagnosed 4 years ago. Clinical findings: HR — 56 beats per minute (bpm), blood pressure (BP) — 130/85 mm Hg. Laboratory findings included a significantly elevated thyroid-stimulating hormone (TSH) of 24.5 mIU/L and a low free T4 of 7.7 pmol/L, total cholesterol of 6.85 mmol/L and low-density lipoproteins (LDL) of 4.78 mmol/L. Echocardiography: sinus bradycardia at 56 bpm with low voltage QRS complexes and flattened T-waves, further supported by echocardiographic evidence of mild left ventricular diastolic dysfunction, a small pericardial effusion, and a borderline low ejection fraction of 52%. Diagnosis: Primary hypothyroidism, stage of decompensation. Dysmetabolic cardiomyopathy. Sinus bradycardia. HF stage C according to ACC/AHA borderline systolic function (EF 52%). CHF III FC (NYHA). Hormone replacement therapy with levothyroxine was prescribed, with gradual dose titration according to TSH levels. In addition, regular cardiovascular monitoring was recommended, including electrocardiography, echocardiography, lipid profile assessment, and routine monitoring of HR and BP.

Conclusions. The present case illustrates how DCM can develop insidiously and remain underappreciated until cardiovascular symptoms become apparent. Therefore, DCM should be considered not only as an isolated complication but also as a predictable consequence of untreated or poorly controlled hypothyroidism. Management of patients with hypothyroidism and DCM requires individualized therapy, careful monitoring, and a multidisciplinary approach to prevent progression of cardiac dysfunction.

PATELLAR POSITION INDICES IN KNEE OSTEOARTHRITIS: DOES THEIR INTERPRETATION DEPEND ON KNEE JOINT MORPHOTYPE?

Kylymniuk L. O.

State Institution “Institute of Traumatology and Orthopedics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

Scientific advisor: Blonskyi R. I., Dr. Sci. (Med.), Professor, Senior Researcher at the Clinic of Sports and Ballet Injuries

Background. In knee osteoarthritis, the assessment of patellar position is often performed without considering the morphological variant of the knee joint. At the same time, structural changes in the proximal tibia and the patellofemoral joint may influence measurement results and result in different diagnostic values of individual indices.

Aim. To analyze differences in patellar position indices in patients with medial knee osteoarthritis with different knee joint morphotypes identified by cluster analysis.

Materials and Methods. The study analyzed 100 knee radiographs obtained from 70 patients with medial knee osteoarthritis. The mean age of the examined patients was 63.6 ± 8.1 years. The analysis included 26 (37.1 %) men and 44 (62.9 %) women. Signs of unilateral knee osteoarthritis were identified in 40 (57.1 %) patients, while bilateral involvement was recorded in 30 (42.9 %) cases. Patellar position was assessed using the Insall–Salvati, Caton–Deschamps, Grelsamer–Meadows, and Blackburne–Peel indices, which were measured according to generally accepted standards. The obtained results were analyzed according to the knee

joint morphotype determined by cluster analysis. In addition, the relationship between the studied patellar position indices and the femorotibial angle (FTA) was evaluated. FTA was defined as the angle between the anatomical axes of the femur and tibia.

Results. Cluster analysis of morphological parameters resulted in the formation of four groups corresponding to four morphological variants of the knee joint in osteoarthritis. Morphotype I was identified in 21 (21.0 %) patients, morphotype II in 38 (38.0 %), morphotype III in 29 (29.0 %), and morphotype IV in 12 (12.0 %) cases. Analysis of patellar position indices showed that morphotypes I and II were more often characterized by normal or relatively low patellar position, whereas morphotypes III and IV were associated with a higher patellar position. Increasing FTA values were accompanied by an increase in the studied indices, including Insall–Salvati ($\tau=+0.32$; $p=0.0002$), Caton–Deschamps ($\tau=+0.28$; $p=0.001$), Grelsamer–Meadows ($\tau=+0.26$; $p=0.002$), and Blackburne–Peel ($\tau=+0.38$; $p=0.00002$), indicating an association between valgus alignment and the presence of patella alta. The most pronounced changes were observed in patients with morphotype IV. At the same time, the analysis showed that indices based on reference points located on the articular surface of the proximal tibia may reflect not only patellar position but also the degree of degenerative remodeling in this region.

Conclusion. Assessment of patellar position in knee osteoarthritis should be performed with consideration of the knee joint morphotype. The Insall–Salvati and Grelsamer–Meadows indices appear to be more reliable for assessing actual patellar position, whereas Caton–Deschamps and Blackburne–Peel require more careful interpretation due to their dependence on structural changes of the proximal tibia.

THE DEVELOPMENT OF IDEAS ABOUT POSSESSION IN THE HISTORY OF MEDICINE

M. I. Kyrychenko, H. O. Kaidalov

*V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine,
Department of General and Clinical Pathology, Kharkiv, Ukraine*
Scientific Supervisor: O. S. Protsenko, MD, PhD, Professor of the
Department of General and Clinical Pathology

Relevance. For thousands of years, medicine was considered inseparable from religion, and diseases were explained mostly in terms of a religious worldview. This was especially true for mental abnormalities, which were closely linked to the seizure of the soul by otherworldly entities. A turning point in this sense was the period of scientific rethinking of diseases (18th–19th centuries), when medicine began to resolutely resist religious interference in treatment processes. However, in our time (the end of the 20th and especially the beginning of the 21st century), the attitude of medicine toward religion has softened significantly. Some modern physicians pay attention to the spiritual needs of patients, actively working on bringing the religious and medical worlds closer (e.g., Harold Koenig), and some even openly admit their belief in the possibility of their patients' possession by evil spirits. According to skeptical doctors, such a tendency carries significant risks. This makes the topic of the development of ideas about possession in the history of medicine an urgent issue for modern medicine.

Purpose of the work. To identify historical tendencies and the current state of understanding the phenomenon of possession in medicine.

Materials and methods. A qualitative analysis of primary and secondary scientific sources from various periods was conducted, primarily those containing analytical reflections on the nature of possession or the attitude of patients and doctors toward this phenomenon.

Results. At the heart of the religious understanding of possession lies the doctrine of the duality of the universe, according to which everything good is created by God, and everything evil — by the devil. Accordingly, deviant desires and behavior are considered such

that they cannot be inherent to a believer, and therefore are a signs of possession by evil spirits. In the *Compendium Maleficarum*, an influential textbook for exorcists of the 17th century, the list of signs of possession consists of 47 points, 42 of which (according to our analysis) can be explained today scientifically.

At the end of the 18th century, mental disorders began to be perceived as pathologies of the brain and nervous system, rather than the consequences of otherworldly influences. In the 19th and mid-20th centuries, scientific medicine began to perceive possession as an archaism not worthy of significant attention. In particular, S. Freud considered it no more than a way to shift the sense of guilt for deviant thoughts onto evil spirits.

Nevertheless, mystical ideas about possession continued to exist in parallel with the development of scientific medicine, so exorcism remained in demand among believers. The destructiveness of this practice occasionally gained publicity (e.g., Osset exorcism murder, 1974) and forced medics to study the phenomenon of possession closely. Most of them expressed about this from a position of superiority, characterizing the belief in possession as a phenomenon inherent only to primitive cultures, which would disappear by itself with the global victory of scientific thought.

In particular, the English psychiatrist W. Trethowan expressed the opinion that psychodynamic processes lie behind possession: attempts by the believer's psyche to protect itself from its own deviant desires or childhood psychological traumas, or simply to attract attention. He also identified the main principles of an exorcist's work: choosing suggestible patients; intensive suggestion; physical and emotional exhaustion; secrecy for the sake of eliminating criticism.

The modern shift of medicine toward a loyal attitude to religion has led to the emergence of two tendencies: doctors with high spirituality have begun to speak more boldly regarding their own belief in possession in their practice and even scientific publications; on the other hand, skeptical doctors are forced to be more restrained in their expressions and rely not on hypotheses, but on research in clinical settings. The latter is problematic, as published clinical observations of patients who have undergone the exorcism procedure are

extremely scarce. However, the few observations that have been published confirm Trethowan's theory. For example, a long-term (2016–2021) study by I. Pietkiewicz showed that such patients usually have: severe childhood psychological traumas; a social circle limited to religious community; a need for attention; suppressed thoughts and desires; a high level of suggestibility. Descriptions of modern exorcism procedures also coincide with the previously proposed scheme: isolation, secrecy, suggestion, physical and emotional exhaustion.

Conclusion. Changes in medicine's attitude toward the phenomenon of possession are historically linked to changes in its attitude toward religion in general — in the 19th century it changed from complete acceptance to complete refutation, but in our time, the belief of doctors in the possibility of possession is gradually returning. Until the end of the 18th century, when medicine was subordinate to religion, possession explained almost all mental and even psychological deviations. In the 19th century and until the last quarter of the 20th century, the victory of science over mysticism in the healthcare system gave medics confidence that possession was a relic of the past that would soon disappear. In contrast, in recent decades, medicine and religion are converging again, leading to the return of the topic of possession and creating new challenges for the healthcare system.

THE IMPACT OF EXCESSIVE USING OF SOCIAL NETWORKS AND ELECTRONIC DEVICES ON BRAIN ACTIVITY

Misiailo I.V.

*V.N. Karazin Kharkiv National University School of Medicine,
Kharkiv, Ukraine*

Scientific supervisor: Revyakin G.V., Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Department of Theoretical Physics named after Academician I. I. Lifshitz

Relevance. In recent years, social networks and electronic devices have become increasingly widespread. The growth of screen time

necessitates studying the impact of digital technologies on the human brain.

Aim of the study. To investigate the impact of excessive use of social networks and electronic devices on human brain activity.

Materials and Methods. The study employed generalization of modern research findings, and elements of observation.

Results. Research shows that adults spend about 6 hours per day in front of screens, while adolescents spend up to 8 hours. Prolonged use of digital technologies is associated with changes in the brain's gray matter responsible for attention and impulse control. The prefrontal cortex in adolescents is particularly vulnerable due to its incomplete development, which may lead to decreased concentration. Frequent switching between short videos is linked to impaired prospective memory and difficulty recalling recently viewed information (most active users are unable to recall the plot of three short videos watched the previous day). In recent years, the risk of dementia among people aged 30 to 40 has significantly increased compared to previous periods, and this is linked to active use of social networks. Excessive screen time also reduces the ability to focus on long-term tasks, such as reading books, watching full-length films. As a result, information is often processed superficially rather than deeply. At the same time, active use of digital technologies has positive aspects. It contributes to faster information processing, improved reaction speed, and the ability to multitask. The younger generation, raised in a digital environment, adapts quickly to streaming information and can independently explore complex topics through online platforms. Social networks also provide rapid access to global events and promote social engagement.

Conclusion. Digital technologies significantly influence brain activity. This influence can be negative, reducing attention and cognitive stability, or positive, enhancing reaction speed and multitasking abilities. The overall effect depends on conscious and balanced use of social networks and electronic devices.

ORGANIZATIONAL STRATEGIES FOR PREVENTING PHYSICIAN BURNOUT IN HEALTHCARE SYSTEMS

Mukashev S.

Astana Medical University (Main Campus)

*Department of Healthcare Management, Astana, Republic of
Kazakhstan*

Scientific Supervisor: Bokenchin K.K., PhD, Associate Professor,
Astana Medical University, Astana, Republic of Kazakhstan

Introduction. Physician burnout is a significant challenge in modern healthcare systems, driven by high workload, emotional stress, and increasing demands for quality of care. Despite growing awareness of this issue, effective organizational strategies for burnout prevention remain insufficiently implemented in many healthcare institutions. The problem is particularly relevant in the context of increasing patient flow and administrative burden on medical staff.

The aim of the study. This study aimed to analyze the key factors contributing to physician burnout and to identify effective organizational strategies for its prevention within healthcare systems.

Materials and methods. The study is based on a comprehensive analysis of contemporary scientific literature and existing research on occupational stress, burnout syndrome, and healthcare management practices. Key factors such as workload intensity, staffing shortages, administrative burden, and level of organizational support were evaluated.

Results. The analysis revealed that approximately 60–70% of physicians experience symptoms of emotional exhaustion, while nearly 40% demonstrate signs of depersonalization. High workload and administrative burden were identified as the primary contributing factors. Additionally, insufficient organizational support and lack of structured stress-management programs significantly increase the risk of burnout. Healthcare institutions implementing effective management strategies demonstrate lower burnout levels and higher staff satisfaction.

Conclusion. Effective prevention of physician burnout requires the implementation of comprehensive organizational strategies, including workload optimization, development of psychological

support programs, and improvement of organizational culture. These measures can significantly enhance physician well-being and improve the overall quality of healthcare services.

THE BENEFICIAL ANTIOXIDATIVE EFFECT OF MATCHA IN OUR BODY AND ITS POTENTIAL SIGNIFICANCE TO FOREVER CHEMICAL EXPOSURE

Murakami R.

*V. N. Karazin Kharkiv National University, Medical Faculty,
Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical
Psychology, Kharkiv, Ukraine*

Scientific Supervisor: I. V. Kabachna, PhD in Medical Sciences,
Associate Professor of the Department of Neurology, Psychiatry,
Narcology and Medical Psychology

Relevance. Perfluoroalkyl substances (PFAS) are a group of synthetic organofluorine compounds widely used in industry and everyday products due to their high chemical stability, heat resistance, and water- and oil-repellent properties. They are commonly used in the production of non-stick cookware, textiles, food packaging, and firefighting foams, aeroplane lubricant, military ammunition. Because of their strong chemical stability, PFAS accumulate in the environment, water, and living organisms, which is why they are often referred to as “forever chemicals.” With time, these substances accumulate in the liver, kidneys, brain, and other organs and cause toxic effects producing reactive oxygen species (ROS) inside mitochondria by disturbing mitochondrial electron transport chain. Because of Russian invasion, various frontline, and cities has been exposed with such chemical through tap water, underground water, air, and food sauces. Currently there has no exact number of people who has been affected in Ukraine. Study from Europe estimates that 17,000 to 23,000 sites has been contaminated and 12.5 million Europeans living in areas with polluted drinking water. Veneto, Italy: over 350,000 residents, Dordrecht, Netherland: approximately 750,000. PFASs causes cancers of testicles, kidneys, breast, prostate; thyroid disease: autoimmune, hypothyroidism; immune suppression; increased male and female infertility; and

increased cholesterol level. PFASs is ubiquitous and avoiding from such forever chemical is unavoidable, one key approach of reducing the affection of PFASs is reducing the oxidative damage though consumption of foods rich in natural antioxidants, such as matcha green tea.

Aim of the Study. To evaluate the antioxidant activity of powdered matcha green tea infusions and determine the effect of brewing temperature on the content of polyphenols and the ability to neutralize free radicals.

Materials and Methods. Samples from ceremonial matcha (1st and 2nd harvest matcha), and daily matcha (2nd and 3rd harvest) weighing 1.75 g was infused with 100 mL of distilled water at different temperatures (25 °C, 70 °C, 80 °C, and 90 °C) and brewed for 10 minutes with constant rotation. After brewing, the infused solutions were filtered and cooled to room temperature. Antioxidant activity was determined using a spectrophotometric method with the stable DPPH radical. The samples were diluted tenfold, and absorbance was measured at a wavelength of 518 nm. The results were expressed as the percentage inhibition of the DPPH radical. All measurements were performed in triplicate.

Results and discussion. The results showed that brewing temperature significantly affects the extraction of biologically active compounds from matcha. As the temperature increases, the content of polyphenols and the antioxidant activity of the infusion also increase. The highest level of DPPH radical inhibition was observed in samples brewed at approximately 90 °C. The high antioxidant activity is associated with the presence of catechins, particularly epigallocatechin gallate (EGCG), as well as other polyphenols and flavonoids. It is known that EGCG in our body inhibits lipopolysaccharide induced reactive oxygen species production; in experimental level it has shown: that it prevented striatal dopamine (DA) depletion and substantia nigra dopaminergic neuron loss when given chronically to mice treated with the parkinsonism-inducing neurotoxin, N-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridine (MPTP). Similarly, long-term administration of EGCG has improved spatial cognition and learning ability in rats and reduced cerebral amyloidosis in Alzheimer's transgenic mice. It also has iron

chelating effect which reduces risk of developing Alzheimer's disease by reducing numbers of ROS in brain. However, because of its chelating effect, it binds to non-heme iron and disturbs its absorption in the gut which accelerates vegetarian and vegan's (plant based) iron deficiency anemia. In general, there are about 40mg of caffeine in 2g of matcha, and daily tolerance of caffeine is 400mg. therefore daily limit is about 2-4 servings. However taking matcha everyday might have too much negative effect to some group of people, therefore, it is best take matcha 2-3 times a week to avoid hematoma, anemia.

Conclusion. PFASs are ubiquitous chemical we get exposed daily through water, foods, takeaway packages, clothes. When consumed, it accumulates in fatty organs such as brain, liver, kidney, testicles, breast, etc. It then disturbs mitochondrial electron transport chain producing excess ROS. With long term exposure it leads to cancer, hypothyroidism, immune suppression, infertility, dyslipidemia, hepatotoxic, neurotoxic. Matcha is a natural antioxidants capable of neutralizing free radicals and reducing oxidative stress caused by toxic substances such as PFAS. Higher brewing temperatures promote more effective extraction of polyphenols and increase the antioxidant activity of the infusion. Moderate consumption of matcha may therefore contribute to supporting the body's antioxidant defence system, reducing risk of developing Alzheimer's disease, Parkinson's in long term.

ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN EARLY DETECTION OF LUNG CANCER: TRANSFORMING MODERN CLINICAL DIAGNOSTICS

Sofia Aliyevna Naaz

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Scientific supervisor: Najmiddinova Nilufar Nurali qizi, Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Abstract. Lung cancer remains the leading cause of cancer-related mortality worldwide, accounting for over 1.8 million deaths annually. A major challenge is late diagnosis, as early stages are often asymptomatic or present with non-specific symptoms. Early

detection is essential to improve patient survival and reduce the global disease burden. Conventional methods, including low-dose computed tomography (CT), rely heavily on radiologist expertise and may miss small pulmonary nodules.

Our analysis of recent literature demonstrates that artificial intelligence (AI), using machine learning and deep learning algorithms, can identify subtle radiological changes often undetectable by human observers. Across multiple studies, AI-assisted detection achieved sensitivities of 89–94% and diagnostic accuracies of 88–92% for early-stage nodules. Integration of AI not only improves detection but also enhances workflow efficiency, reduces radiologist workload, and supports timely clinical decision-making. These findings suggest that AI could substantially improve early lung cancer diagnosis, with significant implications for global screening programs.

Introduction. Lung cancer is one of the most serious public health challenges globally, with mortality strongly correlated to the stage at diagnosis. Early-stage lesions are often asymptomatic or present with vague clinical signs, leading to delayed detection and reduced survival rates. Low-dose CT is the primary imaging tool for high-risk populations, yet even experienced radiologists may overlook subtle nodules.

Artificial intelligence, particularly deep learning-based image analysis, offers a new paradigm in clinical diagnostics. By analyzing complex imaging patterns, AI provides a second layer of diagnostic precision, enabling earlier detection and supporting more accurate clinical decision-making.

Aim of the study. To evaluate the role of artificial intelligence technologies in the early detection of lung cancer and assess their impact on diagnostic accuracy, efficiency, and clinical decision-making in contemporary practice.

Materials and Methods. This study was conducted as an analytical review of peer-reviewed publications from 2019–2025, using PubMed, Scopus, and Google Scholar. Studies were selected based on: detection of pulmonary nodules with CT, use of AI algorithms (machine learning and deep learning), and comparison of AI-assisted versus conventional radiological interpretation. Sensitivity,

specificity, and overall accuracy were extracted and analyzed. Emphasis was placed on studies demonstrating clinical relevance and potential for real-world implementation.

Results. Our analysis indicates that AI-assisted diagnostic systems consistently improve early detection of pulmonary nodules. Deep learning algorithms achieved sensitivities ranging from 89–94% and diagnostic accuracy between 88–92%, outperforming traditional radiological interpretation. For example, Ardila et al. (2019) reported 94% sensitivity using CNN-based CT analysis, while Esteva et al. (2019) reported 91% sensitivity and 90% accuracy. Risk-based AI models improved prioritization of high-risk nodules (McWilliams et al., 2018), and AI decision support enhanced workflow efficiency and reduced radiologist workload. Collectively, these findings suggest that AI could reduce diagnostic delays by up to 30%, particularly in high-risk screening populations.

Discussion. AI represents a paradigm shift in lung cancer diagnostics, complementing human expertise rather than replacing clinicians. By automatically analyzing large imaging datasets and highlighting suspicious lesions, AI reduces diagnostic errors, supports timely intervention, and enhances workflow efficiency. Challenges remain, including validation across diverse populations, standardization of algorithms, and ethical use of patient data. Widespread adoption could facilitate national screening initiatives, improve early detection in resource-limited settings, and enable personalized risk assessment. Interdisciplinary collaboration is essential to fully integrate AI into routine clinical practice.

Conclusion. Artificial intelligence offers a transformative approach to early lung cancer detection. Its ability to accurately and efficiently identify small pulmonary lesions can significantly reduce diagnostic delays, support clinician decision-making, and improve patient survival. Integration of AI into routine clinical workflows represents a critical advancement in modern medicine, with the potential to reduce the global burden of lung cancer. Continued research, clinical validation, and interdisciplinary collaboration will be crucial to maximize its impact on patient care worldwide.

IMMUNE AND METABOLIC VIOLATIONS IN ACUTE EPSTEIN-BARR VIRUS INFECTION: CLINICAL SIGNIFICANCE AND APPROACHES TO THERAPY

Larhdir . I

V. N. Karazin Kharkiv National University

*School of Medicine, Department of Infectious Diseases and Clinical
Immunology, Kharkiv, Ukraine*

Scientific supervisor: Pavlikova K. V, PhD in Medicine, Associate
Professor

Introduction. Epstein-Barr virus remains a significant concern in modern infectious diseases practice because, despite the usually favorable course of infectious mononucleosis, immune disturbances during the acute phase may influence the course of disease and recovery. Cellular immunity is of particular interest since Epstein-Barr virus affects immunocompetent cells and disturbs the balance between lymphocyte subpopulations and altered immune regulation. Same for metabolic disturbances associated with oxidative stress also contribute to disease pathogenesis by prolonging the inflammation. Ribonucleic acid may be useful in complex therapy because of its antiviral and immunomodulatory effects and its possible role in supporting recovery in acute Epstein-Barr virus infection. Disturbances of immune regulation in acute Epstein-Barr virus infection are accompanied by changes in the balance of lymphocyte subpopulations and metabolic shifts associated with oxidative stress. This determines the need to search for effective pathogenetically substantiated therapeutic approaches aimed at correcting immune and metabolic disorders.

The aim of the study. To determine whether adding ribonucleic acid to standard therapy improves clinical recovery and affects immunological changes in patients with infectious mononucleosis.

Materials and methods. A total of 110 patients with acute Epstein-Barr virus infection were included in the study, divided according to disease severity. Immunological assessment involved flow cytometry analysis of lymphocyte subpopulations and Th1/Th2 balance. Treatment outcomes were compared between patients

receiving combined therapy with ribonucleic acid and valacyclovir and those treated with basic antiviral therapy alone.

Results. In the acute stage, patients showed increased levels of CD3+,CD8+,CD20+ and CD25+ cells, reflecting activation of cellular immunity. In the group treated with ribonucleic acid, clinical symptoms resolved earlier than in patients receiving basic therapy alone in addition the immunological indicators recovery was also faster with better normalization of lymphocyte balance. These findings confirm that acute Epstein-Barr virus infection is associated with immune imbalance and that adding ribonucleic acid to the treatment improve the outcomes.

Conclusion. disturbances in immune regulation associated with acute Epstein-Barr virus infection indicate the need for a pathogenetic treatment approach. The use of immunomodulatory drugs such as ribonucleic acid in the complex therapy may support the immune normalisation, improve the metabolic balance and contribute to faster recovery.

CALORIE RESTRICTION AND STRESS IN LEPTOSPIRA LPS-INDUCED INFLAMMATION

Petakh P.V.

*Uzhhorod National University, Department of Biochemistry and
Pharmacology, Uzhhorod, Ukraine*

Scientific supervisor: Kamyshnyi O.M., Doctor of Medicine, Full
professor

Introduction. Leptospirosis is a zoonotic infectious disease caused by bacteria of the genus *Leptospira*. The severity of the disease depends not only on the pathogen but also on the host immune response and physiological state. Factors such as nutritional status and chronic stress may significantly influence susceptibility to infection and inflammatory reactions. Calorie restriction (CR) is known to modulate immune responses and gut microbiota composition, often producing anti-inflammatory effects. However, under conditions of chronic stress, such as those associated with war, displacement, or overcrowding, these beneficial effects may change. Understanding how calorie restriction combined with stress affects

immune responses and microbiota is important for predicting disease severity and developing preventive strategies.

The aim of the study. The aim of this study was to investigate the combined effects of calorie restriction and chronic social stress on systemic immune responses and gut microbiota composition in rats exposed to *Leptospira interrogans* lipopolysaccharide (LPS).

Materials and methods. Male Wistar rats were divided into three groups: a control group with ad libitum feeding, a calorie restriction group (30% reduction of caloric intake), and a calorie restriction combined with chronic social stress group. Chronic stress was induced through overcrowding conditions for 14 days. After the experimental period, all animals were injected with *Leptospira interrogans* LPS to induce systemic inflammation. Gene expression of immune-related markers was analyzed in peripheral blood using RT-qPCR arrays. Gut microbiota composition was evaluated by culture-based microbiological methods. Statistical analyses were performed to determine differences between groups and correlations between microbial abundance and cytokine gene expression.

Results. Calorie restriction alone increased the expression of the anti-inflammatory cytokine IL-10 and reduced the expression of TNF- α . It was also associated with an increased abundance of beneficial gut bacteria, including *Lactobacillus* and *Bifidobacterium*. In contrast, the combination of calorie restriction and chronic stress resulted in a pronounced pro-inflammatory response, characterized by increased expression of cytokine genes such as IL-1 β , IL-6, TNF- α , and CCL3. This condition was also associated with gut dysbiosis, including higher levels of opportunistic bacteria such as *Klebsiella* spp., *Escherichia coli*, and *Enterococcus* spp. Principal component analysis showed clear differences in microbiota composition between the experimental groups. Significant correlations were also found between specific bacterial taxa and cytokine gene expression.

Conclusion. The results indicate that moderate calorie restriction alone may have beneficial anti-inflammatory effects and support a healthy gut microbiota. However, when combined with chronic stress, these beneficial effects are reversed, leading to increased inflammation and microbial dysbiosis. These findings suggest that

nutritional restriction under stressful conditions may worsen inflammatory responses to infections such as leptospirosis. Understanding the interaction between stress, nutrition, and microbiota may help develop strategies to reduce infection severity in vulnerable populations.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TUBERCULOSIS AMONG HIV PATIENTS

Virmani S.

*Tashkent State Medical University (Main Campus), Department of
Epidemiology, Tashkent, Republic of Uzbekistan*

Scientific Supervisor: Ubbiniyazova K.T., PhD, Assistant of the
Epidemiology Department

Introduction. Tuberculosis (TB) remains the leading cause of mortality among people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV) globally, accounting for approximately 167 000 deaths annually despite expanded antiretroviral therapy coverage. The World Health Organization Global Tuberculosis Report 2025 estimates 10.8 million incident TB cases worldwide, with HIV-positive individuals accounting for 6.7% of this burden. Regional heterogeneity persists, with Africa contributing 72% of TB-HIV cases, followed by Southeast Asia at 18%. Understanding current epidemiological trends is essential for achieving End TB Strategy targets and Sustainable Development Goals.

The aim of the study. To delineate the epidemiological features of TB-HIV coinfection including prevalence trends, demographic determinants, clinical manifestations, and mortality risk factors based on latest clinical and scientific data from India, Uzbekistan, Ukraine, and global sources.

Materials and methods. A comprehensive synthesis was conducted utilizing 2024-2026 data from peer-reviewed literature, WHO Global Tuberculosis Reports, national tuberculosis programme data, and multicentric studies. Sources included systematic reviews encompassing 371 studies with 13 265 230 patients, prospective cohort studies from high-burden settings, and country-specific surveillance data from India, Uzbekistan, and Ukraine.

Results. Global pooled prevalence of TB-HIV coinfection is 6.7% among incident TB cases, with regional variation: Africa 22%, Americas 9%, Europe 11%, Southeast Asia 7%, and Western Pacific 4%. Temporal analysis demonstrates 57% decline in TB-HIV incidence since 2010, attributed to 84% antiretroviral therapy coverage among notified TB patients. In India, the Gujarat mixed-method study (2026) of 314 patients revealed significantly higher mortality among HIV-TB coinfecting patients (16%) compared to TB-only patients (4%), with unsuccessful outcomes associated with low socioeconomic status, lack of microbiological confirmation, and poor treatment adherence. The West Bengal study (2023) of 6503 samples demonstrated TB-HIV coinfection prevalence of 3.91% among MTB-positive cases, with 67.77% aged 20-39 years and male predominance (77.69%). Alarming, rifampicin resistance among HIV coinfecting patients was 11.57% compared to lower rates in HIV-negative counterparts. In Uzbekistan, recent unpublished surveillance data from Tashkent indicates TB-HIV coinfection prevalence of 5.2% among registered TB cases, with 62% extrapulmonary involvement and 78% Anti-Retroviral Therapy (ART) coverage, though published peer-reviewed literature remains limited. Ukraine faces escalating challenges amid ongoing conflict, with WHO European Region data showing TB incidence of 71 per 100 000 and HIV coinfection affecting approximately 19% of TB patients, though 2024-2026 published studies are scarce due to disrupted surveillance systems. Common risk factors across all settings include male sex, age 25-45 years, injecting drug use in Eastern European contexts, and low CD4 counts below 200 cells/ μ L associated with disseminated disease and elevated mortality. Clinical presentation varies, with pulmonary TB predominant in 55-70% of cases, while extrapulmonary and disseminated forms increase with advancing immunosuppression.

Conclusion. TB-HIV coinfection remains a significant public health challenge with persistent regional disparities. Key epidemiological features include elevated mortality among coinfecting patients, emerging rifampicin resistance in Indian cohorts, and substantial regional variation in prevalence and clinical presentation. Addressing these requires integrated early diagnosis, sustained ART coverage,

and context-specific interventions accounting for regional epidemiological profiles and healthcare system challenges.

PATHOPHYSIOLOGICAL AND SOCIO-BEHAVIOURAL DETERMINANTS OF PHYSICAL ACTIVITY IN ISCHEMIC HEART DISEASE: A CROSS-SECTIONAL CLINICAL STUDY

Virmani S.

Tashkent State Medical University (Main Campus), Department of Internal Diseases in Family Medicine № 1, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Scientific Supervisor: Rajabova R.Sh., PhD, Associate Professor, Senior Lecturer, Assistant of the Internal Diseases Department, and the Basics of Family Medicine, Cardiology Department № 1, Multidisciplinary Clinic of Tashkent State Medical University, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Introduction. Ischemic heart disease (IHD) remains a primary driver of global mortality, with coronary atherosclerosis often manifesting as stable exertion angina pectoris. Despite the known benefits of physical activity (PA) in managing cardiovascular pathophysiology, there is a significant gap in understanding how residential environments—specifically urban versus rural settings—and subjective perceptions of activity correlate with objective functional capacity.

The aim of the study. This study aimed to evaluate the intersection of structured and unstructured PA, residential living conditions, and objective exercise tolerance among patients diagnosed with IHD and stable exertion angina pectoris.

Materials and methods. A cross-sectional study was conducted between 2022 and 2025 at the Multidisciplinary Clinic of Tashkent State Medical University, enrolling 183 patients (98 men, 85 women; mean age 64.2 ± 5.1 years) diagnosed with IHD and stable exertion angina pectoris (Functional Class II–III). Participants were categorized into urban (n=89) and rural (n=94) cohorts. Subjective PA was assessed using the ODA-23+ questionnaire and daily activity diaries. Objective exercise tolerance was evaluated via cycle

ergometry. All units are expressed in the International System of Units (SI).

Results. Arterial hypertension was highly prevalent, affecting 84.3% of urban and 80.8% of rural patients. Daily diaries revealed profound sedentarism across both cohorts; urban men averaged 11.4 ± 1.8 hours of sleep per day, while rural women averaged 5.7 ± 0.7 hours of sedentary television viewing. Subjective assessments demonstrated a massive overestimation of physical condition, with 64.7% of rural men self-rating their activity as medium to high. Conversely, objective cycle ergometry revealed that 80% of urban patients and 88.4% of rural women possessed low or very low exercise tolerance. Ultimately, 36.2% of men and 44.1% of rural women significantly overestimated their physical capabilities compared to their physiological performance.

Conclusion. A severe disconnect exists between self-perceived health literacy and objective physiological tolerance among patients with IHD. These findings underscore a critical need to combat hypodynamia across both urban and rural demographics. Management should transition from passive medical advice to the implementation of objectively quantified, culturally tailored cardiac rehabilitation programs to bridge the gap between perceived and actual functional capacity.

РОЛЬ ДИНАМІЧНОГО РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО КОНТРОЛЮ В РАНЬОМУ

ВИЯВЛЕННІ ПЛЕВРАЛЬНИХ УСКЛАДНЕННЯХ

Андрієнко А. С., Гавриленко М. В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра онкології, радіології та
радіаційної медицини*

Харків, Україна

Науковий керівник: Красносельський М. В., д. мед. н.,
професор, завідувач кафедри онкології, радіології та радіаційної
медицини

Актуальність. Плевральні ускладнення у пацієнтів кардіологічного профілю є поширеною клінічною проблемою та

можуть мати мультифакторний генез, включаючи серцеву недостатність, ускладнення інвазивних втручань, інфекційні та неопластичні процеси.

Особливої уваги такі стани потребують у пацієнтів з онкологічно обтяженим анамнезом, оскільки це ускладнює клінічну інтерпретацію та потребує проведення диференційної діагностики. У цьому контексті динамічний рентгенологічний контроль відіграє ключову роль у своєчасному виявленні ускладнень та корекції лікувальної тактики.

Мета роботи. Продемонструвати можливості серійної цифрової рентгенографії органів грудної клітки у діагностиці та динамічному моніторингу плевральних ускладнень у пацієнта кардіологічного профілю з підозрою на вторинне ураження.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз серії цифрових оглядових рентгенограм органів грудної клітки, виконаних у прямій проекції в динаміці з 03.02.26 по 13.02.26. Під час оцінки аналізувалися об'єм і рівні плевральної рідини, ступінь колабування легені, наявність та динаміка пневмотораксу, ознаки пневмомедіастину, характер змін легеневого рисунка та стан м'яких тканин грудної клітки. Отримані рентгенологічні дані

співставлялися з клінічними та анамнестичними відомостями.

Результати. На первинній рентгенограмі виявлено лівосторонній субтотальний гідроторакс та правосторонній мінімальний гідроторакс. В динаміці відзначалося прогресування випоту

зліва. Після пункції лівої плевральної порожнини зафіксовано розвиток лівостороннього пневмотораксу з колабуванням легені до симптому “грудочки”. Після дренування плевральної порожнини за Бюлау відзначалася тимчасова позитивна динаміка зі зменшенням об'єму пневмотораксу. У подальшому виявлено контрлатеральні інфільтративні зміни, що вимагали диференційної діагностики між запальним процесом та вторинним ураженням. На наступних етапах динамічного спостереження зафіксовано розвиток вираженої двобічної підшкірної емфіземи м'яких тканин грудної клітки з поширенням на верхні кінцівки та шию, прогресування

лівостороннього пневмотораксу та появу пневмомедіастинуму. У зв'язку з негативною рентгенологічною динамікою та ризиком подальших ускладнень було прийнято рішення про переведення пацієнта до профільного пульмонологічного відділення для подальшого спеціалізованого лікування.

Висновки. Серійна рентгенографія органів грудної клітки є інформативним, доступним та ефективним методом динамічного контролю плевральних ускладнень і наслідків інвазивних втручань. Вона дозволяє своєчасно виявляти як позитивну, так і негативну динаміку, ускладнення з боку легенів, середостіння та м'яких тканин, що має вирішальне значення для корекції лікувальної тактики та міждисциплінарного ведення пацієнтів.

ПСОРІАЗ: КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ Архипенко С. К.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Кабачна І. В., к. мед. н., доцент

Актуальність. Псоріаз є одним із найпоширеніших хронічних імунозапальних дерматозів, що уражає до 3% населення світу та характеризується не лише шкірними проявами, а й розвитком системних ускладнень. За останні десятиліття в Україні спостерігається тенденція до зростання поширеності псоріазу 0,2-0,3 % на рік і вражає близько 1,5 % населення, що підкреслює медико-соціальну значущість проблеми.

Мета роботи. Метою дослідження було проаналізувати сучасні клініко-патогенетичні механізми розвитку псоріазу та оцінити ефективність сучасних методів діагностики, лікування та профілактики.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали сучасні наукові публікації, клінічні рекомендації та результати

досліджень за останні 5 років щодо клінічних проявів, патогенезу, діагностики, лікування та профілактики псоріазу.

Результати. Псоріаз - хронічне мультифакторне імунзапальне захворювання шкіри, що зумовлене генетичними, імунологічними та зовнішніми чинниками. Ключову роль у патогенезі відіграє активація Т-лімфоцитів і підвищена продукція прозапальних цитокінів (TNF- α , IL-17, IL-23), що спричиняє проліферацію кератиноцитів і формування бляшок. Провокуючими факторами є стрес, інфекції, травматизація шкіри, гормональні зміни та деякі ліки (β -блокатори, нестероїдні протизапальні препарати, антималярійні засоби, інгібітори АТФ-ази). Клінічно псоріаз проявляється еритематозно-сквамозними висипаннями на волосистій частині голови, ліктях, колінах та попереку, із свербіжем і лущенням. Хронічний свербіж і дискомфорт часто призводять до порушення сну, нервового напруження, зниження концентрації та розвитку тривожно-депресивних станів.

За тяжкістю виділяють легку, середню та тяжку стадії, а за формами - вульгарний, краплеподібний, пустульозний, еритродермічний псоріаз та псоріатичний артрит. Лікування має бути комплексним і індивідуалізованим - місцева терапія кортикостероїдами, (клобетазол, бетаметазон або флуоцинолон), аналоги вітаміну D, кератолітичні засоби (саліцилова кислота, сечовина), фототерапія та психотерапевтична підтримка пацієнтів. У тяжких формах - імуносупресивні препарати, метотрексат, циклоспорин, та біологічні агенти, що блокують ключові цитокіни запалення. Важливу роль відіграє корекція способу життя та уникнення провокуючих факторів, при цьому прояви псоріазу значно залежать від клімату: у холодному континентальному кліматі шкіра пересихає більше, тоді як у мешканців прибережних регіонів симптоми часто легкі або непомітні. Профілактика передбачає обмеження жирного м'яса, алкоголю, солодоців і солоних страв, зволоження шкіри спеціальними кремами (гіалуронова кислота, кераміди), уникання агресивних мильних засобів.

Висновки. Аналіз досліджень показав, що ефективне лікування псоріазу потребує комплексного підходу, з урахуванням клінічних і патогенетичних особливостей.

Поєднання місцевої терапії, системних препаратів, та психотерапії дозволяє значно знизити активність запального процесу та покращити якість життя пацієнтів.

ГОСТРИЙ ОБТУРАЦІЙНИЙ ГНІЙНИЙ ХОЛАНГІТ: ЕНДОСКОПІЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

Архипенко С. К.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургії, Харків, Україна*

Науковий керівник: Захарченко Ю.Б., к.мед.н., доцент кафедри
хірургічних хвороб

Актуальність. Гострий обтураційний гнійний холангіт являє собою складну патологію, що потребує невідкладних втручань, спрямованих в першу чергу на ліквідацію порушення прохідності жочновідвідних шляхів оскільки ефективному лікуванню часто перешкоджає тяжкий загальний стан пацієнтів.

Мета роботи. Метою дослідження було визначення оптимізації методики ендоскопічного втручання при гострому обтураційному гнійному холангіті на етапі декомпресії жовчних проток та оцінка доцільності і показання до використання продовженого назобіліарного дренирування одним або двома катетерами в залежності від результатів проведеного ендоскопічного втручання.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на результатах лікування 146 пацієнтів з гострим обтураційним гнійним холангітом віком 43-82 роки (39 чоловіків - 26,7%, 107 жінок - 73,3%). Діагностика включала клінічно-лабораторні методи, сонографічне сканування та дуоденофіброскопію з ретроградною холангіографією. Лікувальня передбачало виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії, холедохолітоекстракції, назобіліарного дренирування та медикаментозну терапію (антибіотики, інфузійно-трансфузійну

терапію). Назобіліарне дренування одним катетером використовували для фракційного відмивання жовчних проток у пацієнтів після одномоментного усунення холестазу (розсічення стенозованого гирла великого дуоденального сосочка, екстракція жовного конкремента з проток). Назобіліарне дренування двома катетерами використовували, у випадках, коли видалити ендоскопічно жовчний конкремент було неможливо через невідповідність розмірів конкремента і діаметра термінального відділа загальної жовчної протоки. Обидва катетера проводили по протоці вище локалізації контремента і в подальшому налагоджували постійний крапельний лаваж жовчного дерева.

Результати. В результаті проведеного лікування куповані симптоми гострого обтураційного гнійного холангіту у 97(66,4%) пацієнтів. У інших 49(33,6%), в результаті зняття біліарної гіпертензії і зменшення виразності синдрому ендогенної інтоксикації, була створена можливість виконати хірургічне втручання - холедохолітотомію в плановому порядку за умов мінімального анестезіологічно-операційного ризику для хворого.

Висновки. Ендоскопічне втручання при гострому обтураційному гнійному холангіті, спрямоване на усунення холестазу і жовчної гіпертензії, доцільно завершувати назобілірним дренуванням: одним катетером при одномоментному усуненні причини холестазу, і двома - коли усунути причину порушення пасажу жовчі одноменто виявляється неможливо. Це дозволяє створити адекватні умови для чітко контрольованої адекватної санації вогнища гнійного запалення в жовчно видних потоках і досягти в короткий термін стабільного усунення симптомів захворювання.

ОЩАДЛИВЕ ВИРОБНИЦТВО (LEAN MANAGEMENT) У МЕДИЦИНИ: СТРАТЕГІЇ УСУНЕННЯ ЧЕРГ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ ВИТРАТ

Бабіч І.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини
Харків, Україна*

Науковий керівник: Фоміна Є.В., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Сучасний стан галузі охорони здоров'я вимагає від адміністрації лікувальних закладів пошуку нових підходів до управління, які б дозволили підвищити якість надання медичної допомоги при одночасному скороченні експлуатаційних витрат. Одним із найбільш перспективних напрямів у цьому контексті є адаптація принципів ощадливого виробництва (LeanManagement). Дана методологія сьогодні демонструє високу ефективність у медичній сфері, дозволяючи мінімізувати часові затримки та забезпечити раціональне використання наявних ресурсів без втрати якості послуг.

Мета роботи. Обґрунтувати доцільність впровадження інструментів ощадливого менеджменту для ліквідації черг та підвищення загальної фінансової та операційної стабільності медичних установ.

Матеріали та методи. У ході дослідження було проаналізовано досвід вітчизняних та закордонних клінік, що успішно інтегрували ощадливі технології в щоденну практику. Використовувалися методи системного аналізу, класифікація втрат за моделлю Muda та методи візуального менеджменту для оцінки ефективності робочих процесів.

Результати. Основним завданням ощадливого підходу в медицині є виявлення та усунення восьми фундаментальних видів втрат (Muda), які не створюють цінності для пацієнта. Першою важливою втратою є очікування на прийом або результати діагностики. Другою — зайві рухи медичного персоналу через нераціональне планування робочих кабінетів. Третьою — неефективна логістика транспортування хворих або

обладнання. Четвертою — надлишкова обробка документації, що часто дублюється. П'ятий вид втрат складають надзапаси дороговартісних медикаментів, які з часом псуються на складах. Шостою втратою є дефекти в медичних записах та помилки в діагнозах, що потребують тривалих повторних перевірок. Сьомою — надвиробництво, тобто призначення зайвих аналізів або обстежень «про всяк випадок». Восьмою, найбільш критичною втратою, є невикористаний інтелектуальний потенціал працівників, коли кваліфіковані лікарі змушені виконувати рутинну адміністративну роботу замість безпосередньої клінічної практики. Для вирішення проблеми черг запропоновано використання картування потоку створення цінності — Value Stream Mapping (VSM), що дозволяє чітко ідентифікувати «вузькі місця» в маршруті пацієнта. Впровадження системи 5S (сортування, дотримання порядку, утримання в чистоті, стандартизація, вдосконалення) дозволяє значно скоротити час на пошук інструментів. Вирівнювання навантаження (Heijunka) сприяє рівномірному розподілу пацієнтів протягом робочого дня, що запобігає виникненню «пікових» годин та простою спеціалістів. Оптимізація витрат реалізується через принцип точно вчасно — Just-in-Time, що мінімізує складські запаси та звільняє значні обігові кошти установи.

Висновки. Впровадження концепції ощадливого виробництва у роботу медичного закладу є стратегічно важливим кроком для створення сучасної пацієнтоорієнтованої моделі обслуговування. Застосування інструментів, таких як VSM, система 5S, Heijunka та Just-in-Time, дозволяє досягти сталого скорочення черг, мінімізації помилок персоналу та суттєвої економії бюджетних коштів. Це забезпечує не лише фінансову стабільність установи, а й значно підвищує рівень задоволеності пацієнтів та покращує умови праці медичного персоналу.

SO₂ ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ В СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ЩУРІВ ЗА УМОВ ЗАГАЛЬНОГО АДАПТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ

Балабанов К.І.

*Полтавський державний медичний університет,
стоматологічний факультет, кафедра біологічної та
біоорганічної хімії,
Полтава, Україна*

Науковий керівник: Микитенко А.О., д. мед. н., доцент

Актуальність. Школою професора Тарасенко Л.М. встановлено, що за умов загального адаптаційного синдрому відбувається ушкодження білкових та ліпідних структур ацинусів слинних залоз, що відображається у порушенні їх функціонування. Роль діоксиду сульфуру, який володіє антиоксидантними та протизапальними властивостями, в слинних залозах щурів за умов стрес-синдрому недостатньо вивчена.

Мета роботи встановити вплив донора SO₂ на маркери оксидативного стресу в слинних залозах щурів за умов моделювання загального адаптаційного синдрому.

Матеріали та методи. Експерименти виконані на 24 статевозрілих щурах-самцях лінії Вістар масою 210-295 г, яких рандомно розділили на 4 групи по 6 щурів. I група - інтактні щури; II група - щури, яким щодня вводили внутрішньоочеревинно донор SO₂ Na₂SO₃/NaHSO₃ (0,54 ммоль/кг / 0,18 ммоль/кг) (Huang X.L., 2013); III група – щури, яким моделювали загальний адаптаційний синдром за Г. Сельє; IV група – щури, яким вводили донор SO₂ за 30 хв до моделювання стрес-синдрому. Тривалість експерименту 5 діб. Об'єктом дослідження були слинні залози, в яких визначали активність каталази та супероксиддисмутази (Кайдашев І.П., 2003), продукцію супероксидного аніон-радикалу (Костенко В.О., 2000) та малонового діальдегіду (МДА) (Жерар Монье, 1998). Статистичну обробку здійснювали, використовуючи непараметричний метод - тест Мана-Вітні.

Результати. Введення донора SO_2 протягом 5 діб призвело до підвищення продукції супероксидного аніон-радикалу в 1,28 раза в слинних залозах щурів ($P < 0,05$). За умов моделювання загального адаптаційного синдрому за Г. Сельє активність каталази в слинних залозах щурів зросла в 1,12 раза, СОД в 1,39 раза, продукція супероксидного аніон-радикалу в 1,74 раза і вміст МДА в 1,61 раза по відношенню до групи контролю ($P < 0,05$). Введення неорганічного донора SO_2 за 30 хв до моделювання загального адаптаційного синдрому підвищило активність каталази в слинних залозах щурів в 1,01 раза і знизило активність СОД в 1,12 раза, продукцію супероксидного аніон-радикалу в 1,17 раза і вміст МДА у 1,15 раза по відношенню до групи щурів, яким моделювали загальний адаптаційний синдром без корекції ($P < 0,05$).

Висновки. Введення донора SO_2 $\text{Na}_2\text{SO}_3/\text{NaHSO}_3$ (0,54 ммоль/кг / 0,18 ммоль/кг) за умов загального адаптаційного синдрому попереджає перекисне окиснення ліпідів та розвиток оксидативного стресу у слинних залозах щурів.

СКАРЛАТИНА У ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК У 17-РІЧНОЇ ПАЦІЄНТКИ.

Баштанова А.О.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Волобуєва О.В., кандидат медичних наук,
доцент кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Скарлатина — гостра стрептококова інфекція, що супроводжується інтоксикацією, тонзилофарингітом та висипом. Через тенденцію до «подорослішання» дитячих інфекцій, захворювання у підлітків і дорослих є вкрай актуальним: його атиповий перебіг ускладнює діагностику та підвищує ризик тяжких пізніх ускладнень (з боку серця, нирок і суглобів). **Мета.** Проаналізувати та представити клінічний випадок типової скарлатини середнього ступеня тяжкості у пацієнтки підліткового віку (17 років) для покращення ранньої

діагностики захворювання лікарями загальної практики. **Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз медичної карти стаціонарного хворого. Проаналізовано дані лабораторних (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові з визначенням С-реактивного білка (СРБ) та антистрептолізину-О (АСЛО), бактеріологічний посів із зіву та носа) та інструментальних (електрокардіографія) досліджень, а також висновки консультацій суміжних спеціалістів.

Результати. Пацієнтка 17 років була госпіталізована до інфекційного стаціонару на 2-гу добу захворювання з фебрильною лихоманкою, головним болем, біль у горлі при ковтанні, повторну блювоту та висип. Загальний стан середньої тяжкості. Під час огляду на гіперемованому фоні шкіри наявний поширений дрібнокрапковий висип із тенденцією до згущення у природних складках та окремими геморагіями. Слизова ротоглотки гіперемована, на піднебінні — петехії. Мигдалики гіпертрофовані (II ст.), без нальотів. Язик «малиновий» із вираженими сосочками. Регіонарні лімфовузли збільшені до 1,5–2,0 см. За результатами консультацій суміжних спеціалістів: ЛОР — гострий фаринготонзиліт; офтальмолог — ознаки гострого кон'юнктивіту; невролог — патології не виявлено. Лабораторно встановлено — виражений лейкоцитоз ($14,5 \times 10^9/\text{л}$) із паличкоядерним зсувом вліво (29%); ШОЕ — 35 мм/год, підвищення СРБ (120,1 мг/л), АСЛО в межах норми (77 МО/мл). Бактеріологічний посів патогенної мікрофлори не виявив. ЕКГ: синусовий ритм, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. На фоні комплексної терапії (антибактеріальної та дезінтоксикаційної) відзначено позитивну динаміку: нормалізацію температури тіла, поступове згасання висипу та покращення загального стану пацієнтки. Після стабілізації стану пацієнтку виписано під амбулаторне спостереження.

Висновки. Представлений клінічний випадок демонструє класичний перебіг скарлатини у підлітка 17 років та підкреслює необхідність клінічної настороженості лікарів щодо «дитячих» інфекцій у підлітків та молодих дорослих. Важливо враховувати, що на ранніх етапах захворювання негативний результат бактеріологічного дослідження та нормальний рівень АСЛО не

виключають діагнозу скарлатини. Натомість підвищення рівня СРБ і виражений зсув лейкоцитарної формули вліво можуть слугувати додатковими маркерами гострого бактеріального процесу.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Бержун С.А., Васильєва Н.В.

*Буковинський державний медичний університет, медичний
факультет, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної
психології ім. С.М. Савенка, Чернівці, Україна*

Науковий керівник: Васильєва Н.В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Сучасні умови навчання у медичних закладах вищої освіти характеризуються високим рівнем інтелектуального навантаження, емоційної напруги та частими стресовими ситуаціями. У цьому контексті важливого значення набуває психологічна резильєнтність - здатність студента адаптуватися до складних життєвих обставин, ефективно долати труднощі та відновлювати психологічну рівновагу. Вивчення рівня резильєнтності студентів медичних університетів є важливим для розуміння їхніх психологічних ресурсів та розробки заходів підтримки психічного здоров'я.

Мета роботи. Оцінити рівень психологічної резильєнтності та сприйнятого стресу студентів Буковинського державного медичного університету і визначити можливий взаємозв'язок між цими показниками.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 50 студентів Буковинського державного медичного університету. Середній вік респондентів склав $20 \pm 2,1$ роки. Для визначення рівня резильєнтності застосовували шкалу життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10). Рівень сприйнятого стресу визначали за допомогою шкали Perceived Stress Scale (PSS-10). Теоретичну основу роботи становили дослідження, які були проведені М. М. Tugade і В. L. Fredrickson (2004),

S. M. Southwick та D. S. Charney (2012), і результати яких були опубліковані у журналах Social Psychology та Psychology Today.

Результати. За результатами дослідження за шкалою CD-RISC-10 високий рівень резильєнтності (≥ 30 балів) було виявлено у 16 студентів (32%), середній рівень (21-29 балів) - у 24 студентів (48%), низький рівень (≤ 20 балів) - у 10 студентів (20%). За шкалою PSS-10 низький рівень сприйнятого стресу (0-13 балів) було визначено у 12 студентів (24%), помірний рівень (14-26 балів) - у 28 студентів (56%), високий рівень стресу (≥ 27 балів) - у 10 студентів (20 %). Порівняльний аналіз показав, що студенти з високими показниками резильєнтності мали нижчий середній рівень сприйнятого стресу ($15,2 \pm 4,3$ бала), тоді як у студентів із низьким рівнем резильєнтності показник стресу був значно вищим і склав $23,1 \pm 5,0$ балів. Отримані результати свідчать про наявність зворотного зв'язку між рівнем психологічної резильєнтності та рівнем сприйнятого стресу.

Висновки. Психологічна резильєнтність є важливим чинником адаптації студентів медичного університету до стресових умов навчання. Встановлено, що вищий рівень життєстійкості асоціюється з нижчим рівнем сприйнятого стресу. Отримані результати підтверджують доцільність впровадження програм розвитку резильєнтності та психологічної підтримки студентів медичних університетів з метою підвищення їхнього психічного благополуччя та ефективності адаптації до навчального навантаження.

СТРУКТУРА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ ФЕНОМЕНІВ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Богословська А.Д., Міськов О.М.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Медичний факультет, кафедра педіатрії, м. Харків, Україна
Науковий керівник: Крутенко Н. В., доцент кафедри педіатрії.*

Актуальність. Електрокардіографічні феномени досить часто виявляються під час скринінгових обстежень дітей та можуть відображати особливості функціонального стану

серцево-судинної системи у різні вікові періоди. Аналіз поширеності таких змін у дитячій популяції дозволяє оцінити їх структуру та можливі вікові і статеві особливості у певному регіоні.

Мета дослідження. Оцінити поширеність електрокардіографічних феноменів та визначити їх вікові й статеві особливості у дітей Харківського регіону.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів ЕКГ-скринінгу 1800 дітей, серед яких 1209 (67,2%) хлопчиків та 591 (32,8%) дівчаток. Аналізували наявність електрокардіографічних феноменів, включаючи порушення автоматизму, провідності та реполяризації. Статистичний аналіз проводили з використанням описових методів статистики та критерію χ^2 для оцінки відмінностей між групами, а також кореляційного аналізу (Spearman) для визначення зв'язку між віком та наявністю ЕКГ-феноменів. Рівень статистичної значущості приймали при $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У загальній вибірці щонайменше один ЕКГ-феномен було виявлено у 1481 (82,3%) дітей, тоді як два і більше феноменів реєструвалися у 1115 (61,9%).

Найпоширенішим ЕКГ-феноменом була неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (НБПНПГ) (27,6%). Неспецифічні зміни реполяризації спостерігалися у 12,5% дітей, синусова брадікардія — у 11,1%, відхилення електричної осі серця — у 11,1%, синусова тахікардія — у 7,6%. Найбільш поширеним поєднанням феноменів була комбінація НБПНПГ з відхиленням електричної осі серця ($n=76$). ЕКГ-феномени частіше виявлялися у хлопчиків (68,6%) порівняно з дівчатками (58,9%; $p < 0,001$), зокрема, НБПНПГ (32,3% проти 17,9%; $p < 0,001$). Також у хлопчиків частіше виявлялася синусова брадікардія (12,7% проти 7,8%; $p = 0,003$). Для інших ЕКГ-феноменів статистично значущих відмінностей між статями не встановлено ($p > 0,05$). Кореляційний аналіз показав наявність вікових особливостей окремих ЕКГ феноменів. Встановлено позитивну кореляцію віку з синусовою брадікардією ($p = 0,103$; $p < 0,001$), патерном ранньої реполяризації шлуночків ($p = 0,060$; $p = 0,011$) та шлуночковими екstrasистолами ($p = 0,050$; $p = 0,033$), що свідчить

про їх частіше виявлення у старших дітей. Для інших ЕКГ-феноменів статистично значущого зв'язку з віком не встановлено.

Висновки. Електрокардіографічні феномени широко поширені серед дітей Харківського регіону: щонайменше один феномен виявлено у 82,3% обстежених дітей. Найпоширенішим ЕКГ-феноменом є неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. ЕКГ-феномени достовірно частіше виявляються у хлопчиків порівняно з дівчатками, зокрема НБПНПГ та синусова брадікардія. Встановлено вікові особливості окремих феноменів: синусова брадікардія, патерн ранньої реполяризації шлуночків та шлуночкові екстрасистоли частіше реєструються у старших дітей. Найбільш типовим поєднанням ЕКГ-феноменів є комбінація НБПНПГ з відхиленням електричної осі серця.

НЕВРОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОРОВОЇ ІНФЕКЦІЇ: МЕХАНІЗМИ НЕЙРОІНВАЗІЇ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ФОРМИ УСКЛАДНЕНЬ

Богословська А.Д.¹, Черненко І.І.¹

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Черненко І.І., доктор медичних наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Вірус кору (MeV) залишається важливою причиною інфекційних уражень центральної нервової системи. Окрім гострого системного захворювання, інфекція може призводити до тяжких неврологічних ускладнень, таких як гострий постінфекційний коровий енцефаліт, коровий енцефаліт з включеннями та підгострий склерозуючий паненцефаліт. Ці стани характеризуються високою летальністю та тяжкими неврологічними наслідками. Незважаючи на значний прогрес у вивченні вірусу кору, механізми його проникнення та поширення в центральній нервовій системі залишаються недостатньо з'ясувальними, що обумовлює актуальність подальших досліджень у цьому напрямку.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні дані щодо механізмів ураження центральної нервової системи вірусом кору, особливостей нейроінвазії та основних форм неврологічних ускладнень, а також розглянути перспективні терапевтичні підходи до лікування таких станів.

Матеріали та методи. У роботі проведено аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених патогенезу інфекції вірусом кору в центральній нервовій системі. Розглянуто результати експериментальних досліджень, виконаних на клітинних культурах, органотипових культурах мозку, а також на тваринних моделях (миші, щури, хом'яки). Такі моделі дозволяють досліджувати механізми нейротропності вірусу, його персистенцію та ефективність потенційних противірусних препаратів.

Результати. Встановлено, що вірус кору здатний вражати різні клітини центральної нервової системи, зокрема нейрони, олігодендроцити, астроцити та мікроглію. Серед основних неврологічних ускладнень виділяють гострий постінфекційний коровий енцефаліт, який часто пов'язаний з аутоімунними механізмами демієлінізації, коровий енцефаліт з включеннями у пацієнтів з імунodefіцитом та підгострий склерозуючий паненцефаліт, що розвивається через роки після перенесеної інфекції. Показано, що поширення вірусу в мозку може відбуватися без утворення позаклітинних вірусних частинок, переважно через міжклітинні контакти нейронів. Також виявлено важливу роль вірусних мутацій, зокрема в генах матриксного білка та білка злиття, що сприяють персистенції вірусу в тканині мозку.

Висновки. Інфекція вірусом кору може призводити до тяжких і часто летальних уражень центральної нервової системи. Механізми нейроінвазії та поширення вірусу залишаються недостатньо вивченими, що ускладнює розробку ефективних методів лікування. Використання сучасних експериментальних моделей дозволяє поглибити розуміння патогенезу цих процесів та сприяє пошуку нових терапевтичних стратегій для лікування корових уражень нервової системи.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АЛГОРИТМІВ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Бондарчук Є.Є., Бобрицька В.В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра акушерства, гінекології,
онкогінекології та ендоскопії, Харків, Україна*

Науковий керівник: Бобрицька В.В. к.мед.н., доцент кафедри
акушерства, гінекології онкогінекології та ендоскопії

Актуальність. Гіперплазія ендометрію – це передракова проліферація ендометрію, яка призводить до збільшення об'єму та зміни архітектури тканини ендометрію зі співвідношенням залоз ендометрію до строми більше 1:1. На 2025 рік за даними Національного канцереєстру частота раку ендометрію становить 34 випадки на 100 тисяч жінок. Вибір оптимального методу лікування, особливо у жінок із збереженими репродуктивними планами або відмовою від гормональної терапії, залишається актуальним.

Мета роботи. Оптимізація лікування та профілактики гіперплазії ендометрія шляхом аналізу порівняльної ефективності комбінованих оральних контрацептивів (КОК), гестагенів та фітотерапії в терапії гіперпластичних процесів ендометрія.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 90 жінок репродуктивного віку, які отримували терапію протягом 6 місяців. Пацієнтки були розподілені на три групи по 30 осіб: I група – отримували КОК в безперервному режимі, II група – гестагени по 5-10 мг на добу в безперервному режимі, III група – фітотерапія. Діагноз встановлювали на підставі УЗД; у близько 5% пацієнток у кожній групі виявлялися поліпи ендометрія. Усі випадки були підтверджені гістологічно (гіперплазія без атипії), терапія у пацієнток з поліпами ендометрію проводилась після гістероскопічної поліпектомії.

Результати. У I групі жінок, що отримували КОК, відзначено найвищу ефективність лікування, що проявлялося нормалізацією менструального циклу, регресом гіперплазії

ендометрія та мінімальною частотою рецидивів. Серед пацієнток II групи гестагени продемонстрували високу, але дещо нижчу ефективність порівняно з КОК. У 7–12% пацієнток спостерігалися проривні або мажучі маткові кровотечі, що потребувало корекції терапії. У групі фітотерапії регуляція менструального циклу досягалася приблизно у 70% жінок, однак рецидиви гіперплазії відмічалися у 15–30% випадків, що було значно частіше, ніж при гормональному лікуванні. Отримані результати підтверджують, що комбінована гормональна терапія залишається найбільш ефективним методом лікування гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного віку. Гестагени є дієвою альтернативою комбінованій естроген-гестагенній гормональній терапії, і, в тому числі, може бути застосованою у жінок, що мають протипоказання до прийому естрогенів.

Висновки. Консервативне лікування гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного віку є ефективним, проте гормональна терапія є основою консервативного лікування гіперплазії ендометрія у жінок репродуктивного віку.

ВИКОРИСТАННЯ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИМИ РОЗЛАДАМИ.

Борзенко В.Р., Лінський І.В., Кузьмінов В.Н.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
Харків, Україна*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В.
Волошина НАМН України», Харків, Україна*

Науковий керівник: член-кор. НАМН України д. мед. н., проф.
Лінський І.В.

Актуальність. Повномасштабна агресія російської федерації спричинила значну психічну травматизацію населення України та швидке поширення стрес-асоційованих розладів (САР). Початковий етап терапії САР часто відбувається у стаціонарі, але його тривалість зазвичай менша за рекомендовану. Водночас саме в цей період важливо сформувати в пацієнта віру в

можливість одужання, що є передумовою успіху наступних етапів лікування. Тому вивчення чинників ефективності терапії CAP і пошук нових методів лікування є актуальними. Є обнадійливі дані щодо здатності транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) зменшувати виразність постстресової симптоматики, однак для включення ТМС до методів із доведеною ефективністю при CAP потрібні подальші дослідження.

Мета роботи – дослідити фактори ефективності стандартного стаціонарного лікування пацієнтів із CAP та оцінити можливості застосування ТМС у комплексній терапії цієї патології.

Матеріали та методи. Дворазово, на початку та наприкінці стаціонарного лікування, обстежено 208 пацієнтів зі стрес-асоційованими розладами: 56 цивільних жінок, 34 цивільних чоловіків та 118 військовослужбовців-чоловіків. Використовували шкалу стійкості до стресу Коннора–Девідсона (CD-RISC-25), тест Спілбергера–Ханіна, госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (M-PTSD), AUDIT, методику оцінки якості життя за Mezzich, а на початку лікування – Стенфордський опитувальник щодо гострої реакції на стрес (SASRQ). Ефективність терапії CAP оцінювали за редукцією симптоматики протягом курсу лікування. Статистичну обробку проводили методами дисперсійного та кореляційного аналізу в «Excel 2016» із пакетом «Аналіз даних».

Результати. Ефективність стаціонарного лікування пацієнтів із CAP істотно залежала від вихідної виразності психопатологічної симптоматики та тривалості курсу лікування, але слабко – від віку пацієнтів. Найбільш резистентними до терапії були військовослужбовці чоловічої статі. Для оцінки ефективності комплексного лікування із застосуванням ТМС сформовано дві групи військовослужбовців-чоловіків: 39 осіб отримували стандартну стаціонарну терапію, 37 осіб – таку саму терапію з додаванням курсу ТМС. При використанні ТМС частота позитивних результатів лікування зростала за рівнем тривоги за шкалою HADS у 2,01 раза, за рівнем постстресової симптоматики за шкалою M-PTSD – у 2,53 раза, за рівнем

особистісної тривожності за тестом Спілбергера–Ханіна – у 7,39 раз; в усіх випадках $p < 0,05$.

Висновки. Застосування ТМС у лікуванні САР є перспективним навіть у пацієнтів із найвищою резистентністю до терапії, зокрема у військовослужбовців.

КІЛЬКІСНИЙ КОНТРОЛЬ КОФЕЇНУ В ПОПУЛЯРНИХ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБАХ: ГАРАНТІЯ БЕЗПЕЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ.

Бохан Ю.В.,

к.х.н., доцент кафедри харчових технологій;

Херсонський державний аграрно-економічний університет,

м.Херсон, м. Кропивницький, Україна

Актуальність. У сучасних умовах розвитку фармацевтичної галузі України спостерігається постійне оновлення комбінованих препаратів анальгетично-антипіретичної дії. Зміна складу, поява нових компонентів та зростання імпоротної продукції підвищують вимоги до аналітичного контролю. Особливе значення має визначення алкалоїдів, зокрема кофеїну, який у відхиленнях від задекларованого вмісту може знижувати ефективність препарату або викликати побічні ефекти. Аналітичний контроль ускладнюється тим, що кофеїн перебуває у присутності парацетамолу та ацетилсаліцилової кислоти з перекривними УФ-спектрами поглинання. Існуючі методики для попередніх препаратів не завжди придатні для сучасних комбінованих лікарських форм, що зумовлює необхідність розробки надійної, відтворюваної, швидкої та економічної методики визначення кофеїну.

Мета. Розроблення та аналітичне обґрунтування екстракційно-спектрофотометричної методики кількісного визначення кофеїну в комбінованих лікарських препаратах, що містять парацетамол та ацетилсаліцилову кислоту.

Матеріали та методи. Досліджено фармацевтичні засоби «Цитропак-Дарниця» (ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця», Україна) та «Копацил» (ПАТ «Київмедпрепарат», Україна), що містять кофеїн, парацетамол і ацетилсаліцилову кислоту.

Таблетки подрібнювали до порошку, навіски розчиняли у 0,1 М розчині гідроксиду натрію. Кофеїн відокремлювали рідинно-рідинною екстракцією хлороформом і чотирихлористим вуглецем (співвідношення фаз 5:8, тривалість екстракції 1 хв, три послідовні екстракції). Оптичну густину екстрактів вимірювали на УФ-спектрофотометрі СФ-46 при 276 нм. Побудовані градуїовні графіки дозволяли враховувати ступінь вилучення кофеїну та виконувати кількісний аналіз у діапазоні 0–10 мкг/мл. Точність і відтворюваність оцінювали на модельних розчинах та трикомпонентних сумішах, що імітували склад препаратів.

Результати. Пряме спектрофотометричне визначення кофеїну у водно-лужних розчинах утруднене через перекривання УФ-спектрів. Екстракційний етап дозволив ефективно відокремити кофеїн: ступінь вилучення в хлороформ становив понад 90 %, у чотирихлористий вуглець — 54 %; ацетилсаліцилова кислота практично не екстрагується, парацетамол — до 6 %. Градуїовні залежності «концентрація — оптична густина» лінійні, що підтверджує придатність методу. Відносна похибка визначення кофеїну не перевищувала 3 % для чистих розчинів і 5–8 % для трикомпонентних сумішей із надлишком парацетамолу та ацетилсаліцилової кислоти.

Висновки. Розроблена методика забезпечує точне, відтворюване визначення кофеїну у комбінованих препаратах, дозволяє ефективно відокремлювати його від супутніх компонентів, має лінійний аналітичний сигнал у діапазоні 0–10 мкг/мл і відносну похибку не більше 8 %. Методика придатна для використання в аналітичних та навчальних фармацевтичних лабораторіях для контролю якості препаратів на ринку України.

ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКА ГРИПУ: УКРАЇНСЬКИЙ КОНТЕКСТ 2025

Брунарський С. А., Бойко Р. О.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра громадського здоров'я, м. Івано-Франківськ, Україна*
Науковий керівник – Бурак О. Л., к. мед. н., доцент кафедри
громадського здоров'я

Актуальність. Згідно зі статистикою МОЗ України, щорічна захворюваність на грип та ГРВІ сягає близько 6 мільйонів випадків. Ключовим інструментом профілактики залишається щорічна імунізація, яка ефективно запобігає критичним ускладненням, госпіталізації та летальним наслідкам, що критично важливо для груп ризику. Оскільки вакцинація від грипу є рекомендованою, а не обов'язковою (поза межами Національного календаря щеплень), фінансовий тягар купівлі препарату лягає на громадян. Це створює економічний бар'єр для вразливих верств населення, попри те, що сама процедура введення вакцини в закладах первинної медичної допомоги є безкоштовною.

Мета роботи. Проаналізувати охоплення населення щепленнями від грипу з урахуванням віку та статі, на основі масивів даних Національної служби здоров'я України.

Матеріали та методи. Дослідження виконано на основі описового аналізу бази даних НСЗУ («Статистика ведення медичних записів щодо вакцинації населення»). Шляхом сортування та фільтрації первинних даних було сформовано вибірку за критеріями статі та віку осіб, щеплених від грипу. Математичний аналіз та графічне оформлення отриманих результатів проведено з використанням пакету функцій Microsoft Excel 365.

Результати. За підсумками 2025 року зроблено понад 140 тисяч щеплень проти грипу; частіше жінкам (58,2%), ніж чоловікам (41,8%). Вакцинація проводилася у 1981 закладі охорони здоров'я комунальної та приватної форм власності. Більше третини від загального обсягу вакцинованих (38,0%) становили діти віком 0–9 років, в однаковій мірі дівчата і хлопці. Починаючи з підліткового віку (10–19 років), інтенсивність щеплень суттєво знижується, але відмінностей у кількості вакцинованих за статтю, практично, немає. Помітною особливістю серед дорослого населення є гендерний дисбаланс: кількість вакцинованих жінок майже вдвічі перевищує аналогічний показник серед чоловіків в усіх вікових групах, що може свідчити про меншу увагу чоловічої аудиторії до

превентивних заходів. Особливу тривогу викликає низький рівень охоплення вакцинацією від грипу осіб віком старше 60 років з постійним зниженням у старших вікових групах. В умовах демографічного старіння населення України такий низький рівень захисту найбільш вразливих груп створює значні ризики для системи охорони здоров'я.

Висновки. Встановлено неоднорідність показників імунізації проти грипу в Україні у 2025 році залежно від статі та віку пацієнтів. Виявлені розбіжності підкреслюють важливість активізації інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо популяризації вакцинації серед населення, особливо серед осіб похилого віку, як однієї з найбільш вразливих груп.

СЕРВІС-МЕНЕДЖМЕНТ ТА ПАЦІЄНТОЦЕНТРОВАНІСТЬ У СУЧАСНІЙ СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Бурдига Н.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини
Харків, Україна*

Науковий керівник: Фоміна Є.В., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. На сучасному етапі реформування вітчизняної медицини дедалі гостріше постає питання конкуренції між лікувальними закладами. У таких умовах пацієнт починає оцінювати клініку не лише за якістю маніпуляцій, а й за рівнем сервісу. Сервіс-менеджмент сьогодні - це не просто ввічливість персоналу, а стратегічний інструмент, що дозволяє оптимізувати операційні процеси та забезпечити лояльність відвідувачів. Впровадження принципів пацієнтоцентрованості стає необхідністю, оскільки повага до запитів особистості та створення психологічного комфорту безпосередньо впливають на комплаєнтність пацієнта та його готовність повертатися до закладу. Окрім етичного аспекту, це має й суто практичне значення: утримання пацієнта за рахунок якісного сервісу є значно вигіднішим з точки зору економіки маркетингу, ніж

постійне залучення нових клінічних випадків.
Мета роботи. Дослідити ключові компоненти сервіс-менеджменту в медицині та виявити вплив пацієнтоцентрованого підходу на загальну ефективність роботи медичної установи.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження стали відкриті статистичні дані щодо впровадження медичних інформаційних систем в Україні та результати моніторингу задоволеності пацієнтів якістю послуг. Використано методи аналізу наукової літератури, узагальнення та контент-аналізу сучасних стандартів сервіс-дизайну.

Результати. Аналіз показав, що ефективна модель сервіс-менеджменту в сучасній клініці повинна базуватися на кількох рівнях. Першочерговим є фізичний та естетичний комфорт: від інклюзивності приміщень до продуманої навігації, що мінімізує тривожність пацієнта. Операційний рівень вимагає впровадження рішень для боротьби з чергами, де особливу роль відіграє цифрова трансформація - онлайн-запис та персоналізовані чат-боти, що розвантажують реєстратуру. Згідно зі статистичними даними ЕСОЗ (Електронна система охорони здоров'я України), рівень цифровізації вторинної ланки наразі перевищує 90%, що створює технічне підґрунтя для такого сервісу. Окремим аспектом виступає «людський капітал». Встановлено, що якість сервісу на 70% залежить від комунікативних навичок персоналу. Вміння медичного працівника слухати пацієнта в умовах обмеженого часу прийому та етичне управління конфліктами є критичними для формування іміджу закладу. Рецепція, як точка першого контакту, закладає фундамент довіри, тоді як післялікарняний супровід демонструє тривалу турботу про здоров'я. Результати моніторингу підтверджують, що заклади, які інтегрують сервіс-дизайн у допоміжні процеси (харчування, побут у стаціонарі), мають вищий рівень задоволеності пацієнтів та стабільніші економічні показники.

Висновки. Сервіс-менеджмент є потужним чинником підвищення конкурентоспроможності медичної установи в умовах ринку. Філософія пацієнтоцентрованості дозволяє

подолати психологічні бар'єри у лікуванні та підвищити довіру до медичної системи загалом. Оптимізація комунікацій та цифровізація сервісних процесів є найбільш перспективними напрямками для сталого розвитку медичних закладів України.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПРИ ВИНИКНЕННІ МАСОВИХ САНІТАРНИХ ВТРАТ, ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННІ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНОГО

Вагін Б.

*Кафедра медицини надзвичайних ситуацій та тактичної
медицини, факультет підготовки лікарів для Збройних Сил
України, Національний медичний університет ім.*

О.О.Богомольця,

Київ, Україна

Науковий керівник: Чайка Ю.

Вступ. Масові санітарні втрати (Mass Casualty Incidents, MCI) створюють ситуацію, коли кількість постраждалих перевищує доступні ресурси; в таких умовах своєчасне та правильне медичне сортування (triage) і організована евакуація визначають виживання значного числа постраждалих. Стандартизовані алгоритми сортування (наприклад, START, SALT) та інтегровані інструменти тривалого ланцюга надання допомоги (Interagency Integrated Triage Tool/ІІТТ від WHO) допомагають оптимізувати розподіл ресурсів і пріоритезацію для транспортування до лікувальних закладів.

Мета дослідження. Проаналізувати сучасні підходи до медичного сортування у випадках масових санітарних втрат та описати основні принципи організації і проведення евакуації пораненого з акцентом на доказову базу й практичні рекомендації.

Матеріали і методи. Міжнародні клінічні рекомендації, керівництва гуманітарних і військових організацій та останні систематичні огляди (2018–2025). Використані джерела: WHO (ІІТТ), ICRC (War Surgery, First Aid in Armed Conflict), TCCC

(Tactical Combat Casualty Care), NHS guidelines, наукові статті та систематичні огляди.

Результати. Роль стандартизованих алгоритмів: START (Simple Triage and Rapid Treatment) і SALT (Sort, Assess, Lifesaving interventions, Treatment/Transport) залишаються найпоширенішими для швидкого первинного сортування на місці події; SALT набуває ширшого застосування як спроба уніфікації підходів. Проте показники точності різняться: огляди вказують на значні рівні під- і надтриажу для обох систем. Пріоритети при масових втратах — «три життєво важливих інтервенцій»: зупинка масивної зовнішньої кровотечі, відкриття дихальних шляхів (за потреби), контроль шоку; ці заходи виконуються на етапі первинного сортування/порятунку перед евакуацією. Такий підхід чітко відстежується в TCCC та гуманітарних керівництвах. Евакуація пораненого — логіка і організація: створення зон (гарячої — Care Under Fire / небезпечна зона, тепла — collection/triage points, холодна — евакуація/реперфузія), маркування й документування при сортуванні, визначення пріоритетів транспортування (Immediate / Delayed / Minimal / Expectant / Dead). Ефективна евакуація потребує координації між місцевими службами, військовими/цивільними медиками та логістикою транспорту. Документування й комунікація: важливі для передачі інформації на наступний етап (евакуація → приймальне відділення). TCCC і модулі документування наголошують на простих, стандартизованих формах фіксації допомоги й статусу пацієнта. Обмеження існуючих алгоритмів: сучасні дослідження та систематичні огляди підкреслюють нерідку низьку валідацію алгоритмів у реальних MCI; отже, тренінги, адаптація під локальні умови і комбінування алгоритмів із клінічною експертизою — критично важливі.

Висновки. Медичне сортування — ключовий елемент системи реагування на масові санітарні втрати; воно дозволяє максимально ефективно спрямувати обмежені ресурси до тих, хто має найвищі шанси на виживання при наданні інтервенцій прямо зараз. Стандартизовані алгоритми (START, SALT, ПТТ) дають оперативну основу, але їх ефективність залежить від

тренування персоналу, локальної адаптації та наявності планів евакуації. Евакуація постраждалих повинна бути організована як ланцюг (зонування, маркування, протоколи передачі) та інтегрована з системами транспорту й прийому в лікарні.

ВПЛИВ СТРЕСОВИХ ЧИННИКІВ НА ЯКІСТЬ СНУ

Вакуленко А.І.

Харківський національний медичний університет, І медичний факультет, кафедра неврології

м. Харків, Україна

Науковий керівник: д.мед.н., професор кафедри неврології
Некрасова Н.О.

Актуальність. Повноцінний сон має важливе значення для здорового функціонування всіх систем організму. Внаслідок частих стресових ситуацій, підвищеної тривожності, якість сну значно погіршується, що призводить до виникнення гіперсомнії, інсомнії, парасомнії та частих апное. Довготривалий стрес впливає на працездатність людини, когнітивні якості та фізичне самопочуття.

Метою дослідження було з'ясувати, як часті стресові ситуації впливають на якість сну та визначити пріоритетні напрямки для зменшення загального напруження організму.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети було проведено соціологічне опитування у форматі Google Forms. В якому брали участь 70 людей, з них 35 зазначили, що мають підвищену тривожність та відповіли на запитання щодо впливу стресових факторів. Середній вік опитуваних становить 25 ± 2 роки.

Результати. Переважну кількість респондентів становили жінки — 61,4%, чоловіки — 38,6%. Про перебіг швидкої та повільної фаз сну обізнані 72,9% опитуваних. Класифікацію порушень сну знають 52,9% осіб. Після емоційного напруження посеред ночі часто прокидаються 34,3% респондентів. Про вплив недосипання на самопочуття знають 58,9% опитуваних. Денним сном компенсують неякісний нічний 51,4% осіб. Щодо впливу стресових факторів, серед опитуваних 42,9% не мали

впевненості у вирішенні важливих задач протягом останнього місяця, також 25,7% зазначили, що мали дратівливість після неякісного сну. Переживання через непередбачувані події були у 48,6% опитуваних. Важливі справи було важко контролювати 42,9% респондентам. Також 54,3% зазначили, що мали підвищену емоційність протягом останнього періоду. Нервова напруга та стрес переважала у 52,4% населення.

Висновок. Згідно з проведеним опитуванням, надмірні стресові ситуації впливають на те, що порушуються фази сну. Більше переважає поверхнева стадія з розвитком додаткових порушень та впливом на імунну, серцево-судинну системи. Через те, що мозок наповнюється тривожними думками, симпатичний відділ нервової системи перебуває в стані постійного напруження, що призводить до хронізації захворювань. Дотримання гігієни сну в умовах сьогодення є необхідним для зменшення негативного впливу емоційного перенавантаження. Для того, щоб покращити фізичний та психічний стан, необхідно дотримуватись режиму сну, створювати для цього комфортні умови, намагатися не думати про тривожні події, покращувати свій емоційний стан, також перед засипанням виконувати вправи для розслаблення м'язів та зниження рівня гормонів стресу. За потреби можна кожного дня занотовувати про перебіг сну для відслідковування процесу покращення сну та зменшення впливу стресових чинників.

ПЕРВИННО-МНОЖИННИЙ МЕТАХРОННИЙ РАК ГРУДНИХ ЗАЛОЗ

Вакуленко А.І.

*Харківський національний медичний університет, І медичний
факультет, кафедра онкології,
м. Харків, Україна*

Науковий керівник — д.мед.н., професор Старіков В.І.

Актуальність. Рак грудної залози займає перше місце серед онкологічних захворювань у жінок. Особливу увагу привертає первинно-множинний рак грудних залоз (ПМРГЗ), захворюваність на який постійно зростає і складає приблизно

7,6%. Найчастіше це бувають пухлини гормонально залежні, такі як: рак грудної залози, тіла матки або яєчників. Вважають, що провідну роль у їх виникненні відіграють ендокринно-обмінні порушення та генетичний спадковий фактор. ПМРГЗ — це наявність декількох пухлин у молочній залозі та інших органах, таких як: матка або яєчник. Ці пухлини діагностуються в інтервалі не раніше 6 місяців одна від одної, вони мають різну гістологічну будову, і не є метастазами. Стратегія діагностики та тактика лікування ПМРГЗ відрізняється від такої при солідних пухлинах.

Метою дослідження було виявити частоту діагностики та гормонозалежність ПМРГЗ, вплив спадковості та віку на розвиток даного захворювання.

Матеріали та методи. Для виконання поставленої мети було обстежено ретроспективно 89 хворих на ПМРГЗ. Вік яких коливався від 39 до 70 років. Зокрема, було виявлено 61 особу з раком другої молочної залози, 11 — з раком тіла матки та 17 — з раком яєчників. Середній інтервал між виникненням обох уражень становив 6,9 років. У всіх пацієнток досліджували ER, PR, фактор Her 2/-en та Kii67. Також у деяких хворих було досліджено мутації генів BRCA-1, BRCA-2.

Результати. У 56,7% обстежених, у яких був ПММРГЗ обох грудних залоз, гістологічно виявлено протоковий рак, у 21,5% пацієнток - дольковий, 16,0% - змішаний та у 2,9% - діагностовано набрякову форму. Різні гістологічні форми у пухлинах молочних залоз зустрічались у 3,7% хворих. Середній вік пацієнток з первинним раком грудної залози складав 46,3 роки, а з другою пухлиною — 52,7 роки. В більшості випадків (83,0%) відрізнявся рецепторний статус пухлин. В другій грудній залозі рак виявлявся в більш ранній стадії. У хворих на ПМРГЗ частіше зустрічався люмінальний тип В, також у 25,0% виявили тричинегативний підтип. Серед інших онкологічних захворювань після первинного ураження молочної залози зустрічався рак ендометрію у 14,0% та яєчників у 10,1% пацієнток. За терміном виникнення другої пухлини виділили два періоди, зокрема перший рік після виявлення раку грудної залози та п'ятий рік після встановлення діагнозу першої

пухлини. У трьох хворих на ПМРГЗ грудної залози та рак ендометрія була знайдена мутація генів BRCA-1, BRCA-2. Тільки у однієї пацієнтки з раком грудної залози та яєчників було виявлено мутацію генів BRCA-1 та BRCA-2.

Висновок. Наявність первинного раку грудної залози підвищує вірогідність виникнення інших гормональнозалежних уражень, зокрема: ендометрію та яєчників. Покращенню виявлення пухлин другої грудної залози сприяло підвищення онкологічної настороженості у хворих та спонукало до регулярного профілактичного обстеження протягом перших п'яти років. Пацієнтки з ПМРГЗ частіше мають тричинегативний рецепторний статус та мутацію генів BRCA-1 та BRCA-2.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ

Василенко Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології
Харків, Україна*

Науковий керівник: Кабачна І.В. к. мед. н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Аутоімунний тиреоїдит (АІТ) є однією з найпоширеніших ендокринних патологій та провідною причиною первинного гіпотиреозу в усьому світі. Частота захворювання продовжує зростати, особливо серед жінок репродуктивного віку. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність АІТ у світі становить у середньому близько 5–10% населення, що приблизно відповідає 5000–10000 випадків на 100 тис. населення. В Україні за різними даними АІТ виявляють приблизно у 3–11% населення, що становить орієнтовно 3000–11000 випадків на 100 тис. населення. Збільшення кількості пацієнтів з АІТ пов'язують з генетичними та екзогенними чинниками.

Мета дослідження. Проаналізувати роль АІТ у розвитку гіпотиреозу, визначити основні механізми патогенезу, клінічні

прояви та сучасні підходи до діагностики та лікування, включаючи гормональні, інструментальні та неврологічні методи оцінки стану пацієнтів.

Методи. Проведено аналіз сучасних наукових джерел, клінічних рекомендацій. Оцінювалися показники тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (Т4), а також рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази та тиреоглобуліну. Узагальнено дані ультразвукових досліджень щитоподібної залози, неврологічний огляд пацієнтів, оцінка когнітивних функцій, уваги та пам'яті.

Результати. Встановлено, що аутоімунний тиреоїдит є основною причиною первинного гіпотиреозу, що розвивається внаслідок хронічного лімфоцитарного запалення та поступового руйнування тиреоцитів. Імунна система продукує специфічні антитіла, які ушкоджують тканину щитоподібної залози, що призводить до зниження синтезу тиреоїдних гормонів. Серед основних факторів ризику виділяють хронічний стрес, порушення режиму сну, вплив несприятливих екологічних факторів, дефіцит або надлишок йоду в харчуванні, нераціональне харчування, інфекційні захворювання та гормональні порушення. Ці фактори можуть призводити до порушення імунної толерантності та активації аутоімунних процесів, унаслідок чого організм починає виробляти антитіла до клітин щитоподібної залози, викликаючи її хронічне запалення та поступове зниження функції. Найбільш поширеною формою є Тиреоїдит Хашимото, який характеризується хронічним прогресуючим перебігом і поступовою втратою функції щитоподібної залози. Рання діагностика цього стану має важливе значення для попередження метаболічних, серцево-судинних, неврологічних, психологічних та репродуктивних ускладнень. Основним методом лікування є замісна терапія левотироксином, яка дозволяє компенсувати дефіцит тиреоїдних гормонів та нормалізувати метаболічні процеси. Неврологічні прояви можуть включати уповільнення сухожильних рефлексів (затримка розслаблення ахілового рефлексу - симптом Вольтмана), зниження концентрації уваги та пам'яті, загальне зниження швидкості нервово-м'язової передачі.

Висновки. АІТ є провідною причиною розвитку первинного гіпотиреозу та має хронічний прогресуючий характер. Своєчасна діагностика, що включає гормональні, імунологічні, інструментальні та неврологічні методи дослідження, дозволяє рано виявити порушення функції щитоподібної залози та оцінити ступінь ураження нервової системи. Адекватна замісна терапія є ефективним методом лікування та запобігає розвитку ускладнень, що значно покращує якість життя таких пацієнтів.

ПОДОВЖЕНА СПІНАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ НЕНАВМИСНІЙ ПУНКЦІЇ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНИ

Вегеш Н. С.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна ,
медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини Харків , Україна
Науковий керівник: Ляшок А.Л.; Козлова Т.В.*

Актуальність. Ненавмисна пункція твердої мозкової оболони (НПТМО) під час епідуральної анестезії залишається значущою проблемою регіонарної анестезії, зустрічаючись у 0,4–1,5% випадків навіть у досвідчених фахівців. Головною загрозою після застосування товстих епідуральних голок (Tuohy 16-18G) є розвиток постпункційного головного болю (ППГБ), частота якого без належного менеджменту сягає 52–88%. Традиційна тактика повторної пункції на іншому рівні не завжди запобігає ускладненням, тоді як використання подовженої спінальної анестезії (ПСА) через встановлений у субарахноїдальний простір катетер дозволяє не лише забезпечити стабільний блок, а й потенційно знизити ризик виникнення ППГБ завдяки тривалій оклюзії дефекту оболони. Проте використання подовженої спінальної анестезії (Continuous Spinal Anesthesia) дозволяє трансформувати ускладнення в ефективний метод знеболення, особливо у пацієнтів із високим анестезіологічним ризиком. Дана методика забезпечує високу стабільність гемодинаміки завдяки можливості титрування малих доз анестетика.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок ненавмисної субарахноїдальної катетеризації, оцінити ефективність менеджменту подовженої спінальної анестезії та вивчити її переваги у запобіганні ускладненням.

Матеріали та методи. Описано випадок пацієнта віком 58 років (ASA II), якому було заплановано комбіновану загальну анестезію з епідуральною катетеризацією для операції резекції кишківника. Маніпуляція проводилася на рівні L1–L2 методом втрати опору. Після введення катетера на 4 см аспіраційна проба на ліквор була від'ємною. Проте після введення тест-дозы (4 мл 2 % розчину лідокаїну) на 4 хвилині розвинувся тотальний сенсорний та моторний блок, що супроводжувався помірною гіпотензією 100/70 мм рт. ст. Було діагностовано ненавмисну субарахноїдальну катетеризацію. Прийнято рішення залишити катетер для проведення подовженої спінальної анестезії.

Результати. Протягом операції та у післяопераційному періоді (24 год) проводилася інфузія 0,25 % розчину бупівакаїну зі швидкістю 0,5–1,0 мл/год за допомогою інфузомату. Використання мікродоз анестетика забезпечило адекватний блок та високу гемодинамічну стабільність із мінімальною потребою у вазопресорах. Для запобігання помилковому введенню високих доз катетер було чітко марковано написом «СПІНАЛЬНО!». Катетер видалено через добу у відділенні інтенсивної терапії. Протягом спостереження у пацієнта не було виявлено ознак постпункційного головного болю, неврологічного дефіциту чи інфекційних ускладнень. Це підтверджує дані про те, що тривале знаходження катетера в субарахноїдальному просторі сприяє кращій герметизації отвору в твердій мозковій оболоні.

Висновки. Ненавмисна субарахноїдальна катетеризація при належному володінні технікою не є катастрофою, а дозволяє забезпечити керовану та безпечну анестезію. Ключовими аспектами успіху є суворий контроль дозування (دوزи у 5–10 разів менші за епідуральні), чітке маркування системи та постійний моніторинг. Подовжена спінальна анестезія є ефективною альтернативою, яка мінімізує ризики повторних пункцій та постпункційного болю.

ЖИРОВА ТКАНИНА ЯК МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНИЙ ОРГАН ТА ЇЇ РОЛЬ У ЗДОРОВ'Ї ЛЮДИНИ

Вервейко О.Б.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургії, Харків, Україна*

Науковий керівник: Аль-Травнех О. В. к.мед.н., доцент кафедри
внутрішньої медицини

Актуальність. Ожиріння є однією з найпоширеніших медико-соціальних проблем сучасності, що асоційоване з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу, серцево-судинних захворювань, метаболічного синдрому та інших хронічних патологічних станів. Згідно із сучасними науковими уявленнями, жирова тканина розглядається не лише як депо енергії, а як метаболічно активний ендокринний орган, який бере участь у регуляції енергетичного обміну, гормонального балансу та запальних процесів. Вивчення функціональних особливостей жирової тканини є важливим для розуміння механізмів розвитку ожиріння та пошуку ефективних підходів до його профілактики і лікування.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні наукові дані щодо функціональних особливостей жирової тканини, її ролі у регуляції метаболічних процесів та розвитку ожиріння.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних наукових публікацій та результатів клінічних досліджень, присвячених біології жирової тканини, її ендокринній активності, ролі у патогенезі метаболічних порушень та сучасним підходам до фармакологічної корекції ожиріння.

Результати. Жирова тканина є гетерогенною та представлена кількома типами, що відрізняються за морфологічними та функціональними характеристиками. Біла жирова тканина виконує функцію накопичення енергії у вигляді тригліцеридів і має виражену ендокринну активність. Адипоцити синтезують біологічно активні речовини – адипокіни, зокрема лептин та адипонектин, які відіграють важливу роль у регуляції апетиту, енергетичного балансу та чутливості тканин до інсуліну.

Надмірне накопичення білої жирової тканини супроводжується підвищеною продукцією прозапальних цитокінів, що сприяє формуванню хронічного запалення та розвитку інсулінорезистентності. Коричнева жирова тканина характеризується високим вмістом мітохондрій і здатністю до термогенезу, що забезпечує підвищення енергетичних витрат організму. Бежева жирова тканина формується в білій жировій тканині під впливом холоду, фізичної активності та гормональних сигналів і здатна набувати властивостей коричневого жиру, беручи участь у процесах термогенезу. Сучасні фармакологічні підходи до лікування ожиріння спрямовані на регуляцію апетиту та енергетичного балансу. Агоністи рецепторів GLP-1 (глюкагоноподібного пептиду-1) впливають на центри насичення в центральній нервовій системі, знижують апетит, сповільнюють спорожнення шлунку та сприяють зменшенню маси тіла.

Висновки. Жирова тканина є важливим метаболічно активним органом, що бере участь у регуляції енергетичного гомеостазу, гормональних та запальних процесів. Порушення її функціонального стану відіграє значну роль у розвитку ожиріння та пов'язаних із ним метаболічних захворювань. Розуміння механізмів функціонування жирової тканини створює підґрунтя для розробки сучасних ефективних підходів до профілактики та лікування ожиріння.

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ МЕНІНГІТ: УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Вервейко О.Б.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, Харків, Україна*

Науковий керівник: Черненко І.І., д.мед.н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Туберкульоз залишається однією з провідних інфекційних причин захворюваності та смертності у світі та становить значну медико-соціальну проблему. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, у 2025 році в Україні

zareєстровано 15 564 випадки туберкульозу, що становить 38,0 на 100 000 населення. Важливою клінічною проблемою залишаються позалегенові форми туберкульозу. Однією з найтяжчих форм ураження центральної нервової системи є туберкульозний менінгіт, що виникає внаслідок гематогенного поширення *Mycobacterium tuberculosis* із первинного вогнища туберкульозної інфекції, найчастіше з легень. Захворювання характеризується тяжким перебігом, високою летальністю та значним ризиком розвитку стійких неврологічних ускладнень. Оперативні дані епідеміологічного моніторингу свідчать, що у лютому 2026 року в Україні zareєстровано 1131 випадок туберкульозу, з яких 824 становили нові випадки захворювання. Це підкреслює актуальність подальшого вивчення клінічних та діагностичних особливостей туберкульозного менінгіту.

Мета роботи. Проаналізувати клініко-патогенетичні особливості, сучасні підходи до діагностики та принципи лікування туберкульозного менінгіту як тяжкої форми ураження центральної нервової системи.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних наукових публікацій, клінічних рекомендацій та статистичних матеріалів, присвячених проблемі туберкульозного ураження центральної нервової системи. Узагальнено дані щодо патогенезу захворювання, клінічної симптоматики, методів лабораторної та інструментальної діагностики, а також сучасних підходів до лікування туберкульозного менінгіту.

Результати. Аналіз наукових джерел свідчить, що розвиток туберкульозного менінгіту пов'язаний із гематогенним поширенням *Mycobacterium tuberculosis* до мозкових оболонок з подальшим формуванням специфічного запального процесу в м'якій та павутинній оболонках головного мозку. Запальний процес супроводжується утворенням базального ексудату, порушенням циркуляції спинномозкової рідини, розвитком гідроцефалії та ішемічними ураженнями мозкової тканини. Клінічний перебіг захворювання характеризується поступовим розвитком симптомів, серед яких загальна слабкість, підвищення температури тіла, інтенсивний головний біль, нудота, блювання та менінгеальні симптоми. У подальшому

можливе ураження черепно-мозкових нервів, розвиток вогнищевої неврологічної симптоматики та порушення свідомості. Діагностика туберкульозного менінгіту базується на комплексній оцінці клінічних проявів, результатах дослідження спинномозкової рідини, використанні нейровізуалізаційних методів (комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія), а також застосуванні сучасних молекулярно-генетичних методів виявлення збудника. Основу лікування становить тривала комбінована протитуберкульозна терапія у поєднанні з патогенетичним лікуванням, зокрема застосуванням кортикостероїдів та заходів, спрямованих на зниження внутрішньочерепної гіпертензії.

Висновки. Туберкульозний менінгіт є однією з найтяжчих форм ураження центральної нервової системи при туберкульозі, що характеризується складною діагностикою та високим ризиком розвитку неврологічних ускладнень. Рання діагностика, своєчасне призначення комбінованої протитуберкульозної терапії та застосування сучасних методів нейровізуалізації є ключовими чинниками зниження летальності та покращення прогнозу перебігу захворювання.

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ.

Волянський К.В., Ксенчина К.В.

*Вінницький національний медичний університет
ім.М.І.Пирогова, кафедра неврології та нейрохірургії ФПО,
Вінниця, Україна.*

Наукові керівники: Московко Г.С., к.мед.н., доцент, завідувач кафедри неврології та нейрохірургії ФПО, Дмитрієв Д.В., д.мед.н., професор кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів

Актуальність: Біль у нижній частині спини є однією з провідних проблем у пацієнтів із ураженнями нервової системи, що часто призводить до інвалідизації та соціальної дезадаптації. Інтенсивність болю визначається як соматичними, так і психоемоційними чинниками. Виявлення ключових предикторів

болю має важливе значення для оптимізації реабілітаційних підходів та покращення результатів лікування.

Мета: Оцінити вплив рівня депресивних симптомів, наявності корінцевого синдрому, кількості фізичних навантажень та статі особи на інтенсивність больового синдрому у нижній частині спини.

Матеріали і методи: У дослідженні добровільно прийняло участь 16 пацієнтів з болем у нижній частині спини. Всі пацієнти підписали інформовану згоду. Проведено множинний лінійний регресійний аналіз із залежною змінною – рівнем болю. Незалежними змінними були: рівень депресії (Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9)) наявність корінцевого синдрому (КС), наявність кили за даними інструментальних методів обстежень та стать. Для статистичного аналізу використовували програму MedCalc.

Результати: Серед учасників дослідження було 56,25 % чоловіків ($n = 9$) та 43,75 % жінок ($n = 7$). Середній вік усіх учасників склав $43, 18 \pm 13,36$ років. За результатами проведеного мультирегресійного аналізу, отримана модель пояснює 57,9 % варіації інтенсивності болю ($R^2 = 0,5789$; скориговане $R^2 = 0,3383$), однак не досягла загальної статистичної значущості ($F = 2,41$; $p = 0,147$). Серед окремих змінних статистично значущий вплив виявлено для наявності корінцевого синдрому ($\beta = -2,40$; $p = 0,034$), що свідчить про асоціацію цього фактора з підвищеною інтенсивністю болю. Для рівня депресивних симптомів ($p = 0,059$) та кількості фізичних навантажень ($p = 0,088$) спостерігалась тенденція до статистичної значущості, тоді як стать не мала суттєвого впливу ($p = 0,145$).

Висновки: Модель регресії демонструє помірний рівень пояснювальної здатності щодо інтенсивності болю. Наявність корінцевого синдрому є незалежним предиктором вищого рівня болю. Депресивні симптоми та наявність кили можуть мати додатковий вплив, який потребує підтвердження на більшій вибірці. Подальші дослідження з більшою кількістю спостережень є доцільними для уточнення взаємозв'язку психоемоційних і соматичних факторів болю.

ПОСТКОВІДНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЬ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ІНТЕГРОВАНІЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ.

Гавриленко М. В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра онкології, радіології та
радіаційної медицини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Красносельський М. В., д. мед. н.,
професор, завідувач кафедри онкології, радіології та радіаційної
медицини

Актуальність. Збільшення кількості онкопациєнтів із мультиморбідністю після COVID-19 створює складні діагностичні ситуації. Постковідні інтерстиціальні зміни легень часто імітують прогресування пухлини (метастазування) або наслідки лікування (постпроменевий фіброз, пульмоніти). Точна диференційна діагностика респіраторних порушень та комп'ютерно-томографічних (КТ) даних є критичною для уникнення хибної стадіації пухлинного процесу та необгрунтованої корекції терапії.

Мета роботи. Сформувати принципи діагностичної оцінки постковідних станів респіраторної системи у мультиморбідних онкопациєнтів з урахуванням супутніх захворювань, динаміки легеневих уражень та впливу протипухлинного лікування.

Матеріали та методи. Обсерваційне порівняльне дослідження охопило 130 онкопациєнтів перед спеціальним лікуванням. Основна група — 67 хворих із COVID-19 в анамнезі; контроль — 63 особи без інфекції. Оцінювали клінічні симптоми, показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) методом спірографії (до лікування та через 1 місяць після), а також КТ-семіотику легень.

Результати. У пацієнтів основної групи частіше зберігався респіраторний симптомокомплекс: задишка (47,7 % проти 36,5 % у контролі) та кашель (37,3 % проти 22,2 %). За даними КТ, у хворих після COVID-19 переважали стабільні двобічні субплевральні інтерстиціальні зміни та ретикулярні перебудови

без ознак типового пухлинного вузлового росту чи інвазії.

Динаміка ФЗД виявила прогресування вентиляційних обмежень у постінфекційній групі. До терапії порушення ФЗД реєструвалися у 37,3 % пацієнтів з COVID-19. Через місяць після специфічного лікування частота рестриктивних порушень у цій когорті вірогідно зросла з 22,4 % до 35,8 % ($p < 0,05$). У контрольній групі частота рестрикції залишалася стабільною (12,7 % та 11,1 %).

Зафіксована виражена клініко-радіологічна дисоціація: функціональний вентиляційний дефіцит нарастив на тлі морфологічної стабільності або регресії КТ-картини. Це нетипово для прогресування метастазів, де структурні та функціональні погіршення ідуть паралельно. На відміну від постпроменевого фіброзу, постковідні зміни мали дифузний характер і не залежали від топографії полів опромінення.

Висновки. Перенесений COVID-19 в онкопацієнтів формує стійкий дихальний дефіцит, що посилюється після протипухлинної терапії. Диференційна діагностика змін легень має базуватися на інтегрованому підході: поєднанні стабільної КТ-картини (інтерстиціальні патерни) із прогресуючими рестриктивними порушеннями ФЗД. Ця структурно-функціональна дисоціація дозволяє трактувати зміни як хронічну постінфекційну перебудову, уникаючи хибної діагностики метастазування або променевого ушкодження.

ГІСТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСТЕОСАРКОМИ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО КЕЙСУ.

Гайфуліна К.Е., Чумак Л.І., Ремньова Н.О.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної та клінічної патології,
Харків, Україна.*

Науковий керівник: Проценко О.С., д.мед.н., професор,
завідувачка кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Остеосаркома є агресивною злоякісною пухлиною, яка походить із кісткової тканини, має швидкий перебіг і раннє метастазування. Її переважно реєструють у дітей

і молодих людей віком до 30 років. В Україні захворюваність на остеосаркому становить 0,6 на 100 тис. населення, смертність – 0,35 на 100 тис. Серед злоякісних пухлин кісток остеосаркома займає перше місце як в Україні, так й у світі, і становить понад 50% серед інших типів сарком кістки. Остеосаркома не лише загрожує життю пацієнта, а й спричиняє інвалідність, суттєво знижує якість життя і значно підвищує витрати на лікування й реабілітацію.

Мета роботи. Проаналізувати клініко-морфологічні особливості остеосаркоми на прикладі клінічного кейсу.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз медичної документації: клінічних даних, результатів автопсії і гістологічного дослідження пацієнтки з остеосаркомою, яка перебувала на лікуванні в клініці ДУ «ІПХС ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». Також проведено аналіз мікрофотографій гістологічних препаратів, які були отримані з біоптатів ураженої пухлиною кісткової тканини цієї пацієнтки.

Результати. Пацієнтка віком 30 років, діагностована остеогенна саркома дистального відділу лівої великогомілкової кістки, $T_2N_0M_0$, GIII, II ст., II кл. гр. протягом 4-х років проходила обстеження та лікування у лікарні ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України». Для встановлення діагнозу враховувались клінічні, рентгенологічні і гістологічні показники. Пацієнтка скаржилась на біль та набряк лівої гомілки, на Ro-графії була виявлена ділянка кістки зі зміною структури і щільності, що відповідало остеобластичному типу ураження.

Під час гістологічного дослідження біоптатів ураженої кістки виявили руйнування кортикального шару, інтрамедулярну пухлинну інвазію із заміщенням медулярного простору поліморфними пухлинними клітинами з патологічними мітозами, пухлинну ерозію трабекул, інвазію до Гаверсових систем і відкладення неопластичного остеоїду на нормальних трабекулах.

Висновки. Діагностичним клінічним маркером остеосаркоми є наявність постійного болю, пухлинного новоутворення під час огляду та підвищення показника ШОЕ і помірний лейкоцитоз у

клінічному аналізі крові. Діагностичним рентгенологічним маркером остеосаркоми є наявність остеолітично-остеобластичного осередка деструкції. Діагностичним гістологічним маркером остеосаркоми є утворення й накопичення в пухлині неопластичного остеоїду, який продукують пухлинні клітини.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОКАРОЗУ ТА ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ.

Гасанова Є.М.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Боброва О.В., к.мед.н., доцент кафедри
гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Токсокароз є поширеним зоонозним паразитарним захворюванням людини та тварин, зумовленим міграцією личинок *Toxocara canis* та *Toxocara cati* у тканинах організму. Інвазія характеризується тривалою персистенцією паразита, поліморфізмом клінічних проявів та розвитком токсико-алергічних реакцій із ураженням різних органів і систем. Значні труднощі своєчасної діагностики зумовлені неспецифічністю клінічної симптоматики та можливим латентним перебігом захворювання. В умовах воєнного стану в Україні, зокрема у Харківському регіоні, спостерігається погіршення санітарно-епідемічної ситуації, що пов'язано з руйнуванням інфраструктури, зростанням чисельності безпритульних тварин, міграційними процесами та порушенням санітарно-гігієнічних умов проживання населення. Сукупність зазначених факторів створює додаткові передумови для поширення паразитарних інвазій серед населення.

Мета роботи. Дослідити клініко-лабораторні особливості перебігу токсокарозу та обґрунтувати основні напрями профілактики захворювання в сучасних епідеміологічних умовах.

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів віком 18–65 років з діагнозом токсокароз, які перебували на лікуванні в Харківській обласній клінічній інфекційній лікарні. Контрольну групу становили 25 практично здорових осіб відповідного віку. Діагноз встановлювали на підставі клінічних даних і лабораторних досліджень відповідно до рекомендацій ВООЗ та Міжнародної класифікації хвороб X перегляду. Використовували клінічні, серологічні та інструментальні методи дослідження з подальшим статистичним аналізом результатів.

Результати. Аналіз отриманих даних показав, що перебіг токсокарозу характеризується значним поліморфізмом клінічних проявів. Найбільш поширеними були неврастенічний синдром (84 %; $\chi^2=31,5$; $p<0,01$), диспепсичні прояви (56 %; $\chi^2=16,26$; $p<0,01$), вісцеральні ураження з боку легеневої (44 %; $\chi^2=11,65$; $p<0,01$) та гепатобіліарної системи (40 %; $\chi^2=10,29$; $p<0,01$). Алергічні прояви відзначалися у 20 % випадків ($\chi^2=4,5$; $p<0,1$), суглобовий синдром – у 12 % ($\chi^2=2,57$; $p<0,1$), очна форма інвазії – у 8 % пацієнтів ($\chi^2=1,67$; $p<0,1$). Лабораторні дослідження виявили еозинофілію ($p<0,05$), що є характерним маркером активної тканинної інвазії. Встановлено також зміни показників клітинного імунітету: підвищення рівня CD8+ ($p<0,05$) та зниження CD20+ ($p<0,05$). Отримані результати свідчать про дисбаланс імунорегуляторних механізмів та порушення імунологічної реактивності організму при токсокарозі.

Висновки. Отримані результати підтверджують, що токсокароз характеризується поліморфізмом клінічних проявів і змінами імунологічної реактивності організму, що має важливе значення для удосконалення діагностики цього паразитозу. В умовах воєнного стану особливого значення набуває посилення профілактичних заходів, спрямованих на зменшення контамінації довкілля яйцями токсокар, контроль чисельності безпритульних тварин, регулярну дегельмінтизацію домашніх тварин та підвищення рівня санітарно-гігієнічної обізнаності населення.

ПРОБЛЕМИ ВОДОПОСТАЧАННЯ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2022-2025 РОКАХ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ ЯКОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ПИТНОЇ ВОДИ

Герус Б. А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини,
м. Харків, Україна*

Науковий керівник: Корженевський С. В., к.мед.н., доцент
кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. В результаті повномасштабної війни територія Харківської області опинилася в епіцентрі бойових подій. Системи водопостачання та водовідведення в багатьох районах області зазнали значних руйнувань. Створилася постійна небезпечна санітарно-епідеміологічна ситуація, що пов'язана з проблемами забезпечення населення регіону питною водою належної якості та безпечності.

Мета роботи. Комплексний аналіз стану систем водопостачання населення Харківської області в умовах війни на підставі дослідження динаміки змін якості та безпечності питної води за період 2022-2025 рр. Визначення основних проблем водопостачання потерпілого населення та надання практичних рекомендацій щодо доочищення води в екстремальних умовах.

Матеріали та методи. Проаналізовано показники лабораторних досліджень проб води з джерел централізованого, децентралізованого водопостачання і водопровідних мереж ДУ «ХОЦКПХ МОЗ України» на відповідність вимогам ДСанПін 2.2.4-171-10, для оцінки стану інфраструктури використано дані Оперативних звітів ХОВА та Департаменту ЖКГ, звіти міжнародних гуманітарних місій ЮНІСЕФ і ВООЗ.

Результати. Лабораторні дослідження проведені протягом 2022-2025 років виявили значні відхилення від норм ДСанПін 2.2.4-171-10 за екстенсивними та інтенсивними показниками та високі ризики небезпеки питної води. Усереднений відсоток невідповідності проб по групах показників складав: бактеріологічні – 18, 12, 9, 6,2; санітарно-хімічні – 35, 28, 22,

16,5; органолептичні – 25, 19, 15, 10,8, відповідно по роках з 2022 по 2025. У 2025 році фактичні показники виявилися дещо кращими за прогнозовані, спостерігалось закріплення позитивної динаміки покращення показників за рахунок завершення ключових етапів реконструкції очисних споруд «Харківводоканалу», стабілізації енергопостачання та застосування автономних систем доочищення за програмами ЮНІСЕФ. Вміст нафтопродуктів та важких металів у поверхневих водозаборах (р. Сіверський Донець) стабілізувався на рівні нижче ГДК, що свідчить про поступове самоочищення екосистеми після пікових забруднень попередніх років. Санітарно несприятлива ситуація за рівнями забруднення зберігається в деокупованих та прифронтових районах за показниками загальної жорсткості, вмісту сульфатів, загального заліза, каламутності, кольоровості тощо.

Висновки. Проблеми водопостачання населення Харківської області є наслідком військової агресії. Аналіз лабораторних даних свідчить про значні відхилення якості питної води за всіма групами показників, особливо в деокупованих та прифронтових районах. Незважаючи на позитивні зміни в динаміці, зберігається високий рівень ризику і небезпеки, особливо за бактеріологічними показниками. Результати досліджень підтверджують необхідність посиленого контролю за якістю питної води, модернізації та реконструкції існуючих систем водопостачання, подальшого широкого впровадження в регіоні автономних систем і станцій доочищення питної води, застосування потерпілим населенням індивідуальних систем доочищення та знезараження води.

РОЛЬ СПОЛУЧЕНОГО ВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ ТА ВИСОКОКАЛОРІЙНОГО ХАРЧУВАННЯ НА СТАН МІНЕРАЛЬНОЇ ФАЗИ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ЩУРІВ

Гладка А.Ю., Кохановська А.О., Шевченко М.В.

*Полтавський державний медичний університет,
кафедра біологічної та біоорганічної хімії, Полтава, Україна*

Наукові керівники: Білець М.В., к.біол.н., доцент кафедри
біологічної та біоорганічної хімії, Омельченко О.Є., к.мед.н.,
доцент кафедри біологічної та біоорганічної хімії, Цебенко
М.О., викладач кафедри біологічної та біоорганічної хімії.

Актуальність. Одними із найважливіших факторів, що негативно впливають на процес ремоделювання кісткової тканини (КТ), є хронічний стрес та нераціональне харчування. Дослідження змін у КТ сфокусовані на парціальному впливі вказаних чинників та на дослідженнях КТ стегнової кістки та хребців. КТ щелеп залишається поза увагою, так як вважається, що в ній зміни виражені менше. Тому актуальним є дослідження сполученого впливу стресорних чинників та висококалорійного харчування на КТ нижньої щелепи.

Мета роботи. Дослідити роль сполученого впливу хронічного іммобілізаційного стресу та висококалорійного харчування на стан мінеральної фази кісткової тканини нижньої щелепи щурів.

Матеріали та методи. Робота виконана на 34 статевозрілих нелінійних щурах-самцях масою 180-280 г, які були розподілені на 4 групи: інтактні щури (n=6); моделювання хронічного іммобілізаційного стресу (ХІС) за методом Г. Сельє (n=8); група щурів, які отримували стандартний харчовий раціон із додаванням свинячого сала протягом 9 тижнів, (Kraegen E., 1991) (n=10); група зі сполученим впливом ХІС та висококалорійним харчуванням (ВКХ) (n=10). Евтаназію тварин проводили під гексеналовим наркозом на четвертий день моделювання ХІС. Стан мінеральної фази КТ оцінювали за вмістом кальцію, фосфору та їх співвідношенням у мінералізаті КТ нижньої щелепи. Для підтвердження

структурних змін у КТ визначали коефіцієнт оголення коренів молярів. Результати обробляли статистично.

Результати. Концентрація кальцію достовірно знизилась у 1,3 рази тільки в групі тварин із сполученим впливом ХІС та ВКХ. Концентрація фосфору достовірно не змінилась у жодній із досліджуваних груп тварин. Коефіцієнт Са/Р достовірно знизився у 1,3 рази в групі тварин із впливом ХІС та в 1,4 рази в групі щурів із поєднаною дією ХІС та ВКХ. Коефіцієнт оголення коренів молярів достовірно збільшився в групі тварин під дією ХІС (в 1,3 рази) та в групі із поєднаною дією ХІС та ВКХ (в 1,6 разів).

Висновки. Парціальний вплив високалорійного харчування не призвів до змін концентрації кальцію, фосфору, їх співвідношення.

Вплив хронічного іммобілізаційного стресу змінює співвідношення кальцію до фосфору та збільшує коефіцієнт оголення коренів молярів, що може бути фактором ризику порушення мінералізації в КТ нижньої щелепи.

Дія ХІС та тлі ВКХ призводить до максимально виражених змін у структурі мінеральної фази КТ нижньої щелепи.

ВПЛИВ ЧАСУ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ НА КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ІЗ БОЙОВОЮ ПОЛІТРАВМОЮ.

Глібо В.О.

Одеський національний медичний університет, медичний факультет, кафедра медицини катастроф та військової медицини, Одеса, Україна

Науковий керівник: Панченко О.Є., к.мед.н., доцент кафедри

Актуальність. Бойова політравма залишається провідною причиною запобіжної смертності у військових конфліктах. Ключовим модифікованим фактором прогнозу є час від моменту поранення до надання спеціалізованої хірургічної допомоги. Концепція «золотої години», впроваджена у військовій медицині United States Army та інтегрована в алгоритми ТССС, передбачає максимальне скорочення термінів евакуації.

Водночас клінічні дані щодо впливу цього чинника на перебіг бойової політравми в умовах сучасних бойових дій потребують узагальнення.

Мета дослідження. Оцінити взаємозв'язок між тривалістю медичної евакуації та клінічними результатами лікування постраждалих із бойовою політравмою.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 34 клінічних випадків бойової політравми, що лікувалися у спеціалізованому стаціонарі. До дослідження включали пацієнтів із мінно-вибуховими та вогнепальними пораненнями з тяжкістю травми за шкалою ISS понад 15 балів.

Постраждалих розподілено на дві групи:

I група (n=16) — евакуація менше 60 хв;

II група (n=18) — евакуація понад 60 хв.

Оцінювали наявність геморагічного шоку, розвиток коагулопатії, потребу в гемотрансфузії, тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії та госпітальну летальність. Порівняння проводили між двома групами з використанням базових статистичних методів.

Результати. У групі ранньої евакуації геморагічний шок діагностовано у 6 (37,5%) пацієнтів, тоді як у групі пізньої доставки — у 12 (66,7%). Ознаки коагулопатії виявлено відповідно у 5 (31, 25%) та 12 (63,1%) випадків. Потреба в переливанні еритроцитарної маси потребували 4 пацієнтів (25%) I групи та 10 (52,6%) II групи. Середня тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії становила $5,2 \pm 1,1$ доби при ранній евакуації та $8,6 \pm 1,4$ доби — при пізній. Госпітальна летальність склала 6,3% у I групі та 22,2% у II групі. Отримані дані свідчать про достовірну асоціацію між подовженням часу евакуації та погіршенням клінічного перебігу.

Висновки. Скорочення часу медичної евакуації до 60 хв супроводжується зменшенням частоти геморагічного шоку, коагулопатії, потреби в масивній трансфузії та зниженням летальності. Результати підтверджують критичну роль ранньої евакуації як одного з визначальних чинників виживаності при бойовій політравмі.

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ КЛІТИННОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ НА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ТА АПОПТОЗУ ХОНДРОЦИТІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВТОРИННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ

Голуб О.І

*Харківський національний університет імені В. Н.
Каразіна, медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та
клінічної імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Чернуський В.Г. д.м.н., професор

Актуальність. Вторинний остеоартрит є провідною суглобовою патологією серед осіб працездатного віку, зумовленою посттравматичними ушкодженнями, метаболічними та запальними процесами. В Україні частка захворюваності серед молодих осіб невпинно зростає через воєнний травматизм, ожиріння та професійні навантаження. Незважаючи на високу поширеність, патогенетичні механізми прогресування дегенерації хряща залишаються недостатньо вивченими, а відсутність ефективних методів зупинки деструкції підкреслює необхідність дослідження ролі імунних дисбалансів, оксидативного стресу та апоптозу для розробки таргетованої терапії.

Мета роботи. Встановити вплив порушень клітинної імунної відповіді на стан антиоксидантного захисту та інтенсивність апоптозу хондроцитів залежно від стадії дегенерації суглобового хряща у пацієнтів із вторинним остеоартритом.

Матеріали та методи. Використано метод клініко-імунологічного та біохімічного аналізу даних 117 пацієнтів віком 19–45 років із верифікованим вторинним остеоартритом (критерії ACR/EULAR). Стадіювання ураження хряща проводили за класифікацією OARSI. Оцінювали показники клітинної ланки імунітету (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD22+), маркери перекисного окислення ліпідів (дієнові кон'югати, малоновий альдегід), активність антиоксидантних ферментів (СОД, каталаза, глутатіонпероксидаза) та

неферментних компонентів, а також маркери апоптозу (Fas-ліганд, анексин V, каспази-8 та -3).

Результати. Виявлено стадійно-залежний імунний дисбаланс: достовірне зниження CD4+ Т-хелперів та CD8+ Т-супресорів/кілерів супроводжується гіперактивацією CD16+ NK-клітин і CD22+ В-лімфоцитів, що ініціює пошкодження клітинних мембран хондроцитів та розвиток оксидативного стресу. На ранніх стадіях (1–2) реєструється підвищення дієвості кон'югатів та виснаження ферментної й неферментної ланок антиоксидантного захисту, тоді як на пізніх стадіях (3–4) відбувається накопичення маломолекулярного альдегіду, критичне зниження каталази та масивна активація зовнішнього й внутрішнього шляхів апоптозу (зростання FasL, анексину V, каспаз-8 та -3). Сукупність цих змін призводить до незворотної деструкції хрящової тканини, що підтверджує необхідність корекції імунно-антиоксидантного гомеостазу для уповільнення прогресування захворювання.

Висновки. Порушення клітинної імунної відповіді є ключовим тригером оксидативного стресу та апоптозу хондроцитів, інтенсивність яких корелює зі стадією дегенерації хряща при вторинному остеоартриті. Впровадження стадійно-специфічної терапії, спрямованої на відновлення антиоксидантного статусу та інгібування апоптотичних каскадів, є науково обґрунтованим підходом до уповільнення прогресування захворювання та збереження функції суглобів у осіб працездатного віку.

ПОШИРЕНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МЕТОДИК ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Григор'як Н.В., Васильєва Н.В.

*Буковинський державний медичний університет, медичний
факультет, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної
психології ім. С.М. Савенка, Чернівці, Україна*

Науковий керівник: Васильєва Н.В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Когнітивна функція людини є важливою характеристикою цілісності особистості. Когнітивна функція -

це збірне поняття, яке складається з пам'яті, уваги, мислення, мовлення, сприйняття та навчання. Пам'ять відіграє ключову роль у навчально-професійній діяльності людини. Основною проблемою, з якою стикаються здобувачі вищої медичної освіти, є труднощі з тривалим зберіганням у пам'яті значущої професійної інформації. У процесі навчання майбутні лікарі змушені засвоювати велику кількість спеціалізованої лексики та термінів, тому використання різних методик полегшує процес запам'ятовування.

Мета роботи. Визначити домінуючий метод запам'ятовування інформації серед студентів-медиків 4 курсу спеціальності “Медицина” Буковинського державного медичного університету.

Матеріали та методи. Анкетне опитування 32 студентів проводилося за допомогою додатку Google Forms. Студентам було запропоновано обрати один варіант відповіді на запитання: «Який метод запам'ятовування Ви використовуєте найчастіше?». Варіанти відповіді були наступними:

1. Інтервальне багаторазове повторення.
2. Створення візуальних образів/асоціацій, в т.ч. метод локусів, мап пам'яті.
3. Використання прийомів мнемотехніки (акроніми, вірші, скоромовки тощо).
4. Написання конспектів, складання алгоритмів, схем, таблиць.
5. Використання методу Фейнмана (переказ або пояснення матеріалу іншим людям).
6. Використання цифрових інструментів.

Результати. Було виявлено, що 15 студентів (46,9%) найчастіше використовують метод осмисленого запам'ятовування, який передбачає написання конспектів зі схемами і таблицями. Ще 8 студентів (25,0%) надали перевагу методу інтервального багаторазового повторення, що в більшості випадків є механічним запам'ятовуванням. Метод створення асоціацій обрали 2 студента (6,25%). Стільки ж респондентів надали перевагу прийомам мнемотехніки, а 4 студента (12,5%) - методу Фейнмана. І лише 1 студент (3,1%) повідомив, що активно

використовує цифрові інструменти для підготовки до практичних та семінарських занять.

Висновок. При опитуванні студентів-медиків 4 курсу ми виявили, що майже половина опитаних студентів використовує метод логічного, осмисленого вивчення інформації. 25,0% студентів обрали вивчення медицини шляхом механічного запам'ятовування. Пояснення матеріалу однокурсникам також було достатньо ефективним, тому його обрали 12,5% студентів. Прийоми мнемотехніки на 4 курсі використовуються рідше, так само, як і створення візуальних образів. Вибірка була недостатньо великою, але отримані результати мають практичну цінність, як пілотне дослідження.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ПЕРЕВАГИ БІОХІМІЧНОГО ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ СЕЛЕКТИВНОЇ ЛАЗЕРНОЇ ТРАБЕКУЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПЕРВИННІЙ ВІДКРИТОКУТОВІЙ ГЛАУКОМІ В УКРАЇНІ

Грищенко Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Кафедра онкології, радіології та радіаційної медицини
Харків, Україна*

Науковий керівник: Ковтун М.І., д.мед.н., професор.

Актуальність. Первинна відкритокутова глаукома (ПВКТ) вимагає позитивного контролю. Хоча міжнародні протоколи визначають селективну лазерну трабекулопластику (СЛТ) як ефективну терапію першої лінії, 20–40% пацієнтів не реагують на терапію. Відомо, що резистентність до СЛТ пов'язана з вираженим фіброзом трабекули, що локально супроводжується

підвищенням прозапальних цитокінів (TNF- α , IL-6) у волозі передньої камери. Оскільки забір вологи передньої камери є інвазивною процедурою, критично важливим є використання неінвазивних системних маркерів крові. Доведено, що системні метаболічні порушення — підвищення специфічних

амінокислот (глутаміну, валіну) та α -кетоглутарату у плазмі, а

також високі титри сироваткових $\text{TNF-}\alpha$ та IL-6 — достовірно корелюють з мітохондріальною дисфункцією, агресивним прогресуванням глаукоми та неефективністю лазерних втручань. Емпіричне призначення СЛТ без урахування цих специфічних показників крові суттєво знижує загальну рентабельність процедури.

Мета. Оцінити економічну доцільність застосування специфічних біохімічних предикторів крові (цитокінів $\text{TNF-}\alpha$, IL-6 та метаболітів глутаміну, α -кетоглутарату, валіну) для персоналізованого відбору кандидатів на СЛТ порівняно зі стандартною медикаментозною терапією аналогами простагландинів у реаліях медичної системи України шляхом статистичного аналізу окупності.

Матеріали та методи. Базою для оцінки клінічної ефективності слугували 6-річні результати рандомізованого дослідження LiGHT, згідно з якими ефективність СЛТ становить 70% . Фармакоекономічне моделювання (марковська модель дерева рішень, горизонт 6 років) спиралося на актуальні ціни в Україні станом на 2025–2026 роки. Аналіз вартості терапії проведено за даними агрегатора tabletki.ua середня місячна вартість монотерапії аналогами простагландинів становить близько 400 грн (28 800 грн за 6 років). Державна програма НСЗУ «Доступні ліки» забезпечує реімбурсацію, проте на макроекономічному рівні залишає загальну вартість лікування для системи незмінною. Вартість двобічної СЛТ виведено як медіану прайсів провідних клінік України на рівні 9 000 грн. Вартість тестування специфічних маркерів крові закладена згідно з прайсами

комерційних лабораторій: визначення сироваткових $\text{TNF-}\alpha$ та IL-6 становить 3 500 грн, комплексний аналіз крові на амінокислоти (глутамін, валін) — 7 000 грн. Ризик хірургії (вартість 20 000 грн) розраховувався як додаткові 1 000 грн (5% ризик) для пацієнтів на краплях та пацієнтів які не реагують на лазерну терапію

Результати. Аналіз середньозважених очікуваних витрат на

одного пацієнта (горизонт 6 років) продемонстрував такі результати:

Група 1 (Стандартна терапія простагландинами): Усі 100% пацієнтів застосовують краплі. Загальні витрати — 29 800 грн.

Група 2 (Емпірична СЛТ без скринінгу): Проведення СЛТ усім підряд. 70% успішно контролюють тиск (витрати 9 000 грн), 30% нон-респондерів повертаються до крапель (витрати 38 800 грн). Середньозважена вартість — 17 940 грн.

Група 3 (Персоналізована СЛТ на основі специфічних маркерів крові): Попередній скринінг сироватки крові.

Варіант А (Тільки цитокіни крові $\text{TNF-}\alpha$, IL-6; вартість 3 500 грн): Витрати на респондерів (12 500 грн), витрати на нон-респондерів, які оминають СЛТ (33 300 грн). Середньозважена вартість: 18 740 грн.

Варіант Б (Розширена панель крові: цитокіни + амінокислоти; вартість 10 500 грн): Витрати на респондерів (19 500 грн), на нон-респондерів (40 300 грн). Середньозважена вартість: 25 740 грн.

Математично, скринінг специфічних цитокінів крові (Варіант А) робить лікування на 800 грн дорожчим за сліпу емпіричну СЛТ, проте заощаджує 11 060 грн порівняно з краплями. Більше того, згідно з критеріями оцінки збереженого QALY (Quality-Adjusted Life Year), Група 3 є абсолютно домінантною стратегією. Виявлення у крові системних метаболічних предикторів (глутаміну, валіну) та специфічних маркерів запалення ідентифікує когорту хворих з пригніченням аутофагії, які швидше втрачають поле зору навіть за умов технічного зниження механічного тиску. Негайне скерування цих 30% пацієнтів на інцизійну хірургію зберігає зорові функції та повністю нівелює соціально-економічні збитки від сліпоти.

Висновки. Застосування показників сироватки/плазми крові ($\text{TNF-}\alpha$, IL-6, глутамін, α -кетоглутарат, валін) як неінвазивних предикторів ефективності СЛТ є економічно обґрунтованою стратегією. Навіть враховуючи вартість лабораторних тестів, персоналізований підхід знижує витрати медичної системи до 11 060 грн на пацієнта за 6 років порівняно з довічним

застосуванням простагландинів. Впровадження специфічного біохімічного скринінгу крові в клінічні протоколи України дозволить уникнути оплати неефективних лазерних втручань та своєчасно зберегти зір тим 30% хворих, для яких СЛТ є апріорі неефективною через системну мітохондріальну дисфункцію та фіброз.

ФЕНОТИПОВИЙ СПЕКТР МІЖ ДЕКАЛЬВУЮЧИМ ФОЛІКУЛИТОМ І ПЛОСКИМ ФОЛІКУЛЯРНИМ ЛІХЕНОМ: ОГЛЯД КЛІНІЧНОГО КЕЙСА

Гурова П.О.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Сербіна І.М., д.м.н., доцент, професор
кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. В умовах воєнного стану в Україні спостерігається зростання відсоткової частки хворих з аутоімунною патологією, зокрема збільшення кількості пацієнтів із рубцевою алопецією аутоімунного генезу у практиці лікаря-дерматолога. На жаль, лімітований досвід лікування таких пацієнтів може стати на заваді досягненню клінічної ремісії в подібних випадках та формуванню плану відповідної ефективної терапії. Пацієнти, що мають патологію цього підтипу, зі свого боку, відчувають психологічні страждання за рахунок незворотньої втрати волосся та естетичної зміни їхнього зовнішнього вигляду, що призводить до значущого зниження їхньої якості життя.

Мета роботи. Розглянути клінічний випадок фенотипового спектру між декальвуючим фолікулітом і плоским фолікулярним ліхеном (ФСДФПФЛ), висвітлити та обґрунтувати обраний план терапії, поширити обізнаність про патології подібного генезу серед лікарів та пацієнтів.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходився пацієнт віком 23 років зі скаргами на часткову втрату волосся з більшою

інтенсивністю на маківці, лущення та свербіж шкіри скальпу. Після збору анамнезу, проведення клінічного огляду та лабораторної діагностики, дерматотрихоскопічно було виявлено ознаки декальвуючого фолікуліту: тафти, псоріазіформні судини, гнійні виділення, жовтувате трубчасте лущення—в свіжих вогнищах, тоді як в тривало існуючих осередках було виявлено прояви плоского фолікулярного ліхену: перифолікулярне трубчасте лущення, ділянки кольору “полуничного морозива”, відсутність велусу, трубчасті муфти. На основі результатів дерматотрихоскопічного та гістологічного досліджень йому було встановлено діагноз ФСДФПФЛ та запропоновано комплексну схему терапії, яка включала системну антибіотикотерапію доксицикліном в дозуванні 200 мг 1 раз на день 10 днів та після цього 100 мг 1 раз на день протягом щонайменше 3 місяців. Топічно було запропоновано наносити крем з клобетазолу пропіонатом 0,05% під оклюзію на ділянки алопеції 1 раз на день протягом 2 місяців. Результати терапії оцінювали за допомогою макрофото та дерматотрихоскопічного дослідження шкіри з використанням обладнання FotoFinder (GMBH) та програмного забезпечення TrichoScale.

Результати. На контрольному візиті при порівнянні макрофото та результатів дерматотрихоскопічного дослідження на початку та після 1 місяця терапії відмічалось зменшення проявів запалення на шкірі скальпа та зниження інтенсивності перифолікулярного лущення. Суб’єктивно пацієнт відзначав зникнення свербіжу. Лікування було продовжено, в подальшому підтримувальна терапія включатиме застосування топічних глюкокортикостероїдів та можливу пересадку волосся за умови досягнення стійкої ремісії.

Висновки. Встановлення правильного діагнозу та призначення коректної комбінованої терапії є запорукою отримання гарних клінічних результатів і відновлення та збереження рівня якості життя пацієнтів. Важливим є поширення обізнаності про нові форми аутоімунних патологій в умовах збільшення кількості подібних випадків.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИ-VEGF ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ВТОРИННОЇ НЕОВАСКУЛЯРНОЇ ГЛАУКОМИ У ХВОРИХ З ПРОЛІФЕРАТИВНОЮ ДІАБЕТИЧНОЮ РЕТИНОПАТІЄЮ

Денисенко Д. О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Ковтун М. І., д.мед.н., професор

Актуальність. Вторинна неоваскулярна глаукома при проліферативній діабетичній ретинопатії характеризується агресивним перебігом, швидкою втратою зорових функцій та резистентністю до медикаментозної гіпотензивної терапії. Ключовим патогенетичним механізмом є гіпоксія сітківки з підвищеною продукцією фактора росту ендотелію судин, що стимулює неоваскуляризацію переднього сегмента ока. Блокування цього фактора є перспективним напрямом оптимізації хірургічного лікування.

Мета роботи. Покращити результати комплексного лікування хворих на вторинну діабетичну неоваскулярну глаукому шляхом застосування інтравітреального введення інгібіторів фактора росту ендотелію судин.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 54 хворих (54 ока) з вторинною неоваскулярною глаукомою на тлі проліферативної діабетичної ретинопатії. Середній термін спостереження становив 24 місяці. Пацієнтів розподілено на дві групи. У першій групі (32 ока) з відкритим кутом передньої камери ока на першому етапі виконували інтравітреальне введення афліберсепту у дозі 2 мг (0,05 мл). У другій групі (22 ока) із закритим кутом передньої камери ока та больовим синдромом на першому етапі проводили трансклеральну циклофотокоагуляцію діодним лазером. Оцінювали гостроту зору, рівень внутрішньоочного тиску, стан кута передньої камери та наявність неоваскуляризації.

Результати. У першій групі після інтравітреального введення афліберсепту внутрішньоочний тиск знизився з $27,8 \pm 0,7$ до

17,7±0,7 міліметрів ртутного стовпа, спостерігалось зникнення рубеозу протягом 5–7 днів. У 55,8 відсотка пацієнтів виникла потреба у повторному введенні препарату, а у 41,2 відсотка – у подальшому проведенні трансклеральної циклофотокоагуляції. Після комбінованого лікування тиск знизився до 15,0±0,3 міліметрів ртутного стовпа, гострота зору підвищилася на 0,1±0,05. У другій групі після трансклеральної циклофотокоагуляції внутрішньоочний тиск зменшився з 31,4±1,2 до 21,1±1,2 міліметрів ртутного стовпа. Після додаткового інтравітреального введення афліберсепту показник знизився до 17,2±0,05 міліметрів ртутного стовпа, больовий синдром усунуто. Компенсацію офтальмотонусу через 24 місяці досягнуто у 81,5 відсотка випадків.

Висновки. Інтравітреальне введення інгібіторів фактора росту ендотелію судин є ефективним етапом комплексного лікування вторинної неоваскулярної глаукоми при відкритому куті передньої камери ока, сприяє регресу неоваскуляризації та стабілізації внутрішньоочного тиску. При закритому куті передньої камери ока та наявності больового синдрому доцільним є первинне застосування трансклеральної циклофотокоагуляції з подальшим використанням антиангіогенної терапії за показаннями.

АЛКОГОЛЬНА СЕПТАЛЬНА АБЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРТРОФІЧНОЇ ОБСТРУКТИВНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Дергоусова Д.В.

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,
Медичний факультет, кафедра загальної практики – сімейної
медицини,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Вовк К.В., к. мед. н., доцент

Актуальність. Гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія є однією з найпоширеніших спадкових кардіоміопатій та важливою причиною серцевої недостатності, порушень ритму і раптової серцевої смерті. Сучасні мінімально інвазивні методи,

зокрема алкогольна септальна абляція, дозволяють знизити градієнт тиску на вихідному тракті та поліпшити клінічний стан пацієнта.

Мета роботи. Оцінити ефективність та безпеку алкогольної септальної абляції як малоінвазивного методу лікування пацієнтів з гіпертрофічною обструктивною кардіоміопатією, зокрема її вплив на зменшення градієнта обструкції вихідного тракту лівого шлуночка, регрес клінічної симптоматики та покращення функціонального стану хворих.

Матеріали та методи. Описано клінічний випадок 56-річного чоловіка, який скаржився на задишку при фізичному навантаженні, епізоди стенокардії та окремі синкопальні стани. Ехокардіографія показала гіпертрофію міжшлуночкової перегородки до 25 мм та градієнт тиску на вихідному тракті ЛШ 90 мм рт. ст. Медикаментозна терапія бета-блокаторами та блокаторами кальцієвих каналів не дала ефекту. Пацієнтові було рекомендовано проведення алкогольної септальної абляції. Процедура виконана під контролем коронарографії та інтрапроцедурної ехокардіографії із введенням 1,5 мл етилового спирту у судину, що постачає гіпертрофовану перегородку. Оцінка результатів проводилась через 24 години та на 3-й місяць після втручання.

Результати. Після процедури градієнт тиску на вихідному тракті ЛШ знизився з 90 до 20 мм рт. ст. Клінічні симптоми стенокардії та задишки значно зменшилися, пацієнт повідомив про покращення переносимості фізичного навантаження та відсутність синкопів. Ехокардіографія показала зменшення товщини міжшлуночкової перегородки на 3 мм і нормалізацію руху передньої стулки мітрального клапана. Ускладнень, таких як інфаркт міокарда чи повна атріовентрикулярна блокада, не відзначалося.

Висновки. Алкогольна септальна абляція є ефективним та безпечним методом для пацієнтів із медикаментозно резистентною гіпертрофічною обструктивною кардіоміопатією. Втручання дозволяє значно зменшити градієнт тиску на вихідному тракті ЛШ, покращити симптоматику та якість життя. Клінічний випадок демонструє важливість індивідуального

підходу до пацієнтів та мультидисциплінарного контролю під час проведення процедури.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АНЕСТЕЗІЇ БЕЗ ОПІОЇДІВ ПРИ КОРОТКОСТРОКОВОМУ ВІДНОВЛЕННІ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПУХЛИНИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Дергоусова Д.В., Шелковая А.В.

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,
Медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Баранова Н.В., к. мед. н., доцент

Актуальність. Впровадження протоколів ERAS потребує мінімізації використання опіоїдів для прискорення реабілітації. Використання безопіоїдної анестезії (OFA) при лапароскопічних операціях дозволяє уникнути парезу кишечника та нудоти, що критично важливо для ранньої активізації пацієнтів в онкохірургії.

Мета роботи. На основі аналізу сучасних клінічних досліджень оцінити якість короткочасного відновлення пацієнтів після лапароскопічної резекції колоректальної пухлини при застосуванні безопіоїдних методик порівняно з традиційними схемами.

Матеріали та методи. Нами було проведено аналіз результатів ретроспективного дослідження, проведеного на базі клінічного госпіталю Університету Гента (Бельгія) за протоколами дослідників N. De Cassai та W. S. Beattie. Об'єктом аналізу стали дані 102 пацієнтів (54 чоловіки та 48 жінок) віком від 45 до 72 років. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1) Група загальної безопіоїдної анестезії з торакальною епідуральною аналгезією (ТОА, n=51); 2) Група анестезії на основі опіоїдів у поєднанні з блокадою поперечного простору живота (ТАР-блокадою) (ОА, n=51). Оцінка проводилася за шкалою Quality of Recovery-40 (QoR-40) у до- та післяопераційному періодах.

Результати. Аналіз даних показав відсутність статистично значущих відмінностей у балах QoR-40 між групами ($p > 0,05$). Проте було встановлено, що група тотальної безопіоїдної анестезії (ТОА) мала значно довший час перебування в палаті пробудження через особливості нейроаксіального блоку. Автори відзначають, що показники болю та час відновлення пасажу по ШКТ були зіставними в обох групах. Важливо, що використання ТАР-блокади в опіоїдній групі дозволило досягти результатів, аналогічних повній відмові від опіоїдів, без ризиків, пов'язаних з епідуральною катетеризацією.

Висновки. Ми вважаємо, що метод загальної анестезії з використанням ТАР-блокади є оптимальним вибором для колоректальної хірургії. По-перше, він забезпечує менше фармакологічне навантаження на серцево-судинну систему порівняно з епідуральною анестезією. По-друге, поєднання локальних блокад з мінімальними дозами опіоїдів дозволяє скоротити період перебування в палаті інтенсивної терапії та мінімізувати негативні ефекти (нудоту, парез). Таким чином, хоча безопіоїдна анестезія є перспективною, використання ТАР-блокади є рівноцінною та технічно простішою альтернативою для швидкої реабілітації пацієнтів.

МОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Дергоусова Д.В., Шелковая А.В.

*Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна,
Медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Шаповал О.В., к.мед.н., доцент кафедри
загальної та клінічної патології

Науковий консультант: Проценко О.С., д.мед.н., професор
кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Знання будови черевної стінки є необхідним для ефективного лікування гриж та вибору безпечних хірургічних доступів. Індивідуалізація клінічного підходу, що базується на

детальному морфологічному аналізі особливостей кожного пацієнта — ключова умова безпеки та результативності абдомінальної хірургії.

Мета роботи. Вивчити морфологічні характеристики черевної стінки.

Матеріали та методи. Мета роботи було досягнуто шляхом аналізу даних літературних джерел та власних спостережень.

Результати. За даними літературних джерел, у клінічній анатомії під передньобічною стінкою живота розуміють комплекс м'яких тканин, що прикривають черевну порожнину у межах живота. Передньобічна стінка живота включає шкіру, підшкірну жирову клітковину, поверхневу фасцію, власну фасцію, м'язовий шар, внутрішньочеревну фасцію, передочеревинну клітковину, парієтальну очеревину. Склад покривних шарів задньої стінки живота відрізняється більшою товщиною шкіри та наявністю у нижньому відділі області додаткового (глибокого) шару підшкірної клітковини, розташованого між поверхневою та власною фасціями. У порівнянні із передньобічною стінкою живота, для даної області характерна більша анатомічна різноманітність та кількість м'язів та фасцій. При мікроскопічному дослідженні вивчали тонкі зрізи, забарвлені гематоксиліном та еозином. Епідерміс шкіри визначали як багатошаровий плоский зроговілий епітелій, який мав чотири шари клітин; дерма містила волосяні фолікули, сальні та потові залози. Потові залози визначалися як прості нерозгалужені трубчасті, вивідні протоки сальних залоз — нерозгалужені, їхні секреторні відділи мали розгалуження альвеолярної форми. У складі волосяних фолікулів визначалися дермальна та епітеліальні піхви, сітчастий шар дерми містив пластинчасті тільця. Адипоцити білої жирової тканини при вивченні зрізів, виготовлених за стандартною методикою, визначалися як перснеподібні клітини, ядра яких були розміщені на периферії цитоплазми. У м'язовій тканині передньобічної та задньої стінки живота виявлялися волокна м'язової тканини з поперечною посмугованістю та чисельними ядрами, розташованими на периферії цитоплазми паралельно довгій вісі симпластів. Мезотеліоцити вивчали у складі тотального

препарату очеревини, забарвленого гематоксиліном та імпрегнованого сріблом. До патологічних станів, пов'язаних із черевною стінкою, належать грижі (пахові, пупкові, поперекові, стегнові, грижі білої лінії), діастаз прямих м'язів, флегмони та абсцеси м'яких тканин. травматичні розриви м'язів та гематоми в піхві прямого м'яза, а також пухлини.

Висновки. Черевна стінка є складною багат шаровою структурою, де кожен шар виконує специфічну захисну, опорну та біомеханічну функції. Для патологічних станів, пов'язаних із черевною стінкою, характерна різноманітність. Знання щодо гістологічної будови та топографічних меж ділянок живота необхідні для точної діагностики, планування хірургічних доступів та успішного лікування.

АСОЦІАЦІЯ СІРОВАТКОВОГО СЕКРЕТОРНОГО БІЛКА КЛУБНИХ КЛІТИН 16 (CC16) ІЗ СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО КЛІЩІВ ДОМАШНЬОГО ПИЛУ У ДІТЕЙ З АСТМОЮ

Дзісяк В.О., Гаращенко Т.А., Яковенко А.О.

*Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН
України, Київ, Україна*

Науковий керівник: Уманець Т.Р., д.мед.н., професор

Актуальність. Секреторний білок клубних клітин 16 (CC16) розглядається як маркер цілісності респіраторного епітелію та перспективний біомаркер ушкодження дихальних шляхів при астмі. Проте взаємозв'язок між рівнем CC16 і молекулярним профілем сенсibilізації у дітей з астмою на сьогодні залишається недостатньо вивченим.

Мета роботи. Оцінити рівень CC16 у сироватці крові дітей з астмою та визначити його асоціацію із сенсibilізацією до кліщів домашнього пилу, зокрема до протеазоактивних компонентів Der p 1 і Der f 1.

Матеріали та методи. Метою цього дослідження було оцінити рівень CC16 у сироватці крові дітей з астмою та його асоціацію із сенсibilізацією до кліщів домашнього пилу (КДП), зокрема до протеазоактивних компонентів. Рівень CC16 у сироватці крові визначали методом ELISA у 98 дітей віком 6–17 років із

легкою ($n=34$), середньотяжкою ($n=30$) і тяжкою ($n=34$) астмою, а також у контрольній групі практично здорових дітей ($n=20$). Рівні алерген-специфічних IgE визначали за допомогою мультиплексного тесту ALEX.

Результати. У дітей, сенсibilізованих до кліщів домашнього пилу ($n=50$), рівні CC16 були нижчими, ніж у несенсибилізованих дітей ($1,87 \pm 0,17$ проти $2,42 \pm 0,35$ нг/мл; $p=0,16$), та статистично значуще нижчими порівняно з контрольною групою ($p=0,007$). Висока сенсibilізація до Der f 1 (>5 kUA/L) асоціювалася з нижчими рівнями CC16 порівняно з низькою сенсibilізацією (<1 kUA/L) ($1,50 \pm 0,26$ проти $2,22 \pm 0,22$ нг/мл; $p=0,04$). Серед дітей із низьким рівнем специфічних IgE до Der p 1 (<1 kUA/L) рівень CC16 був вищим при легкій астмі, ніж при тяжкій ($2,81 \pm 0,52$ проти $1,66 \pm 0,20$ нг/мл; $p<0,05$). Частота сенсibilізації до кліщів домашнього пилу не відрізнялася між групами з різним ступенем тяжкості астми.

Висновки. Найнижчі рівні CC16 спостерігалися у дітей із високими рівнями специфічних IgE до протеазоактивних компонентів кліщів домашнього пилу (Der p 1/Der f 1), що може свідчити про більш виражене порушення епітеліального бар'єра у дітей з астмою, сенсibilізованих до кліщів домашнього пилу.

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНА ОЦІНКА РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ ЩОДО ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ З АЛКОГОЛЕМ

Добош В. Д.

*Ужгородський національний університет, кафедра біохімії та
фармакології,*

Ужгород, Україна

Науковий керівник: Грига В. І., к.мед. н., доцент кафедри біохімії
та фармакології

Актуальність. Поєднання лікарських засобів з алкоголем є поширеним явищем серед молоді та може призводити до клінічно значущих фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій. Етанол впливає на активність ферментів системи цитохрому P450, змінює метаболізм низки препаратів,

потенціює пригнічувальний вплив на центральну нервову систему, підвищує ризик гастро- та гепатотоксичних ускладнень. Особливо небезпечним є поєднання алкоголю з нестероїдними протизапальними препаратами, парацетамолом, антибактеріальними та седативними засобами. У зв'язку з цим важливим є визначення рівня поінформованості студентів щодо можливих наслідків такої взаємодії.

Мета роботи. Оцінити рівень обізнаності студентів щодо механізмів і наслідків взаємодії лікарських засобів з алкоголем.

Матеріали та методи. Дослідження проведено шляхом анонімного онлайн-опитування з використанням сервісу Google Forms. В анкетуванні взяли участь 34 студенти віком 17–24 років (середній вік — 19 ± 2 років), серед яких переважали жінки (65,1%). Опитувальник містив питання щодо частоти вживання алкоголю, прийому лікарських засобів (НПЗП, антибактеріальні препарати, парацетамол, седативні засоби), досвіду їх одночасного застосування з алкоголем, а також рівня обізнаності щодо можливих ускладнень (гепатотоксичність, гастропатії, пригнічення центральної нервової системи, зниження ефективності терапії).

Результати. За результатами опитування з'ясовано, що 72,1% респондентів хоча б один раз вживали алкоголь під час медикаментозного лікування. Найчастіше алкоголь поєднували з НПЗП (58,1%), парацетамолом (41,9%), антибактеріальними препаратами (34,9%) та седативними засобами (18,6%). При оцінці рівня поінформованості встановлено, що 76,7% опитаних правильно вказали на ризик посилення пригнічення центральної нервової системи при поєднанні алкоголю із седативними препаратами, 54,7% були обізнані щодо підвищення ризику гастропатій при комбінації НПЗП з алкоголем, 49,0% правильно визначили ризик гепатотоксичності при одночасному застосуванні парацетамолу з алкоголем, тоді як 42,0% помилково вважали, що незначні дози алкоголю не впливають на ефективність антибактеріальної терапії. Основними джерелами інформації щодо взаємодії лікарських засобів з алкоголем були інтернет-ресурси (63,9%) та соціальні мережі (37,2%), тоді як

консультацію медичного працівника отримували лише 32,6% опитаних.

Висновки. Результати дослідження свідчать про недостатній рівень обізнаності студентської молоді щодо потенційно небезпечних взаємодій лікарських засобів з алкоголем на тлі високої частоти їх одночасного вживання. Встановлено наявність прогалин у знаннях стосовно ризику гепатотоксичності, гастропатій та зниження ефективності антибактеріальної терапії. Отримані дані обґрунтовують доцільність проведення цілеспрямованих освітніх заходів, спрямованих на формування фармакологічної грамотності та принципів раціонального й безпечного використання лікарських засобів серед студентів.

РОЛЬ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ШТАМІВ У ПОШИРЕННІ ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНИХ ІНФЕКЦІЙ *Добра К.В.*

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Кафедра мікробіології, вірусології та епідеміології
Україна, Ужгород

Науковий керівник: к.п.н., доцент Карбованець О.І.

Актуальність. Внутрішньолікарняні інфекції залишаються однією з найсерйозніших проблем сучасної системи охорони здоров'я, оскільки вони значно ускладнюють перебіг основного захворювання, подовжують терміни госпіталізації та підвищують рівень летальності. Особливу загрозу становлять антибіотикорезистентні штами мікроорганізмів, які здатні тривалий час циркулювати в умовах стаціонару та передаватися між пацієнтами й медичним персоналом. Нераціональне застосування антибактеріальних препаратів, широке використання інвазивних процедур, а також висока кількість пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії сприяють відбору та закріпленню мультирезистентних збудників. У зв'язку з цим проблема антибіотикорезистентності розглядається як одна з ключових глобальних загроз громадському здоров'ю.

Мета роботи. Проаналізувати поширеність та спектр антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів, що зумовлюють розвиток внутрішньолікарняних інфекцій, на базі стаціонарного лікувально-профілактичного закладу, а також оцінити їх роль у структурі внутрішньолікарняної захворюваності.

Матеріали та методи. Дослідження має аналітичний характер і виконане на базі «Хустської районної лікарні ім.Віцинського». Проведено аналіз узагальнених даних бактеріологічного моніторингу внутрішньолікарняних інфекцій, отриманих у процесі рутинної мікробіологічної діагностики, з подальшою систематизацією спектра збудників та їх антибіотикорезистентності. Виявлення певні види антибіотикорезистентних штамів та визначили їх належність до клінічно значущих груп збудників внутрішньолікарняних інфекцій.

Результати. У результаті проведеного аналізу встановлено, що провідними збудниками внутрішньолікарняних інфекцій є антибіотикорезистентні штами мікроорганізмів, які належать переважно до групи ESKAPE. Група ESKAPE — це умовне об'єднання клінічно найбільш значущих бактеріальних збудників, що характеризуються здатністю уникати дії антибактеріальних препаратів, швидко набувати мультирезистентності та спричиняти тяжкі внутрішньолікарняні інфекції. До її складу належать *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Enterobacter* spp.. Серед грампозитивних бактерій найчастіше виявляється метицилін-резистентний *Staphylococcus aureus* (MRSA), який асоціюється з інфекціями хірургічних ран, катетер-асоційованими інфекціями та септичними станами. Серед грамнегативних збудників домінують карбапенем-резистентні штами *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* та *Acinetobacter baumannii*, що найчастіше спричиняють пневмонії, інфекції кровотоку та сечовивідних шляхів у пацієнтів відділень інтенсивної терапії. Значну частку також становлять резистентні штами *Enterococcus*

faecium, зокрема ванкоміцин-резистентні ентерококи. Встановлено, що зазначені мікроорганізми здатні тривало зберігатися в лікарняному середовищі, формувати біоплівки на поверхнях медичних пристроїв та передаватися контактним шляхом, що сприяє їх персистенції та поширенню внутрішньолікарняних інфекцій. Виявлено, що наявність таких збудників асоціюється з тяжчим клінічним перебігом інфекцій, обмеженими терапевтичними можливостями та підвищеним ризиком несприятливих наслідків. Поширення резистентних штамів у стаціонарах значною мірою пов'язане з недотриманням заходів інфекційного контролю, контамінацією лікарняного середовища та селекційним тиском антибіотиків.

Висновки. У структурі внутрішньолікарняних інфекцій домінують антибіотикорезистентні штами мікроорганізмів, серед яких провідне значення мають представники групи ESKAPE, зокрема метицилін-резистентні штами *Staphylococcus aureus* та карбапенем-резистентні *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* і *Acinetobacter baumannii*. Поширення зазначених збудників обумовлює обмеження можливостей ефективної антибактеріальної терапії та потребує постійного мікробіологічного моніторингу й посилення заходів інфекційного контролю в умовах стаціонару.

ВІДНОШЕННЯ СТУДЕНТІВ-СТОМАТОЛОГІВ ДО ВИВЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ

Драга В.В.

*Полтавський державний медичний університет,
стоматологічний факультет, кафедра дитячої терапевтичної
стоматології,
Полтава, Україна*

Науковий керівник: Янко Н.В., к.мед.н., доцент, доцент кафедри
дитячої терапевтичної стоматології

Актуальність. Медична статистика є потужним інструментом для планування, фінансування та покращення якості медичних послуг. На жаль, деякі студенти сприймають цей розділ медицини як непотрібні формули. Проте студенти-стоматологи

можуть мати позитивне ставлення до статистики (Vanipenta et al., 2024). Готовність використовувати статистику у студентів залежить від регіону, навчальної дисципліни та включення її в університетську програму (Rodliyah et al., 2025). На кафедрі дитячої терапевтичної стоматології Полтавського державного медичного університету (ПДМУ) статистичні підрахунки використовуються для епідеміологічного аналізу стоматологічної захворюваності населення, оцінки медичної ефективності методів профілактики та лікування основних стоматологічних захворювань у дітей і для обробки даних студентських наукових робіт.

Мета роботи. Вивчення ставлення та сприйняття статистики студентами-стоматологами ПДМУ.

Матеріали та методи. Були опитані 136 здобувачів освіти 1 та 4 курсу стоматологічного факультета ПДМУ. Опитувальник містив питання щодо ставлення та сприйняття здобувачами статистики, одне з питань стосувалось чи були вони ознайомлені із статистикою до опитування. Посилання на гугл-форму надсиалося у Вайбер-чати студентських груп. Отримані дані були проаналізовані за допомогою описової статистики та t-тесту.

Результати. 109 здобувачів освіти відповіли на опитування (80,14%), заповнивши гугл-форму повністю. Більшість респондентів мали загальне нейтральне ставлення до статистики. Була виявлена вірогідна значущість ($p < 0,05$) у рівнях впевненості між здобувачами освіти 1 та 4 курсів. Це можна пояснити тим, що здобувачі 4 курсу вивчали статистичні методи на третьому році навчання та були більш впевнені в їх застосуванні в практичній діяльності. Аналіз якісних відповідей щодо ставлення та сприйняття статистики показав, що більшість здобувачів освіти 4 курсу (64,00%; $n=32$) вважали, що вони «іноді» будуть використовувати статистику протягом решти часу вивчення освітньо-професійної програми «Стоматологія», порівняно з меншою частиною здобувачів освіти 1 курсу (44,06%; $p < 0,05$). Загалом 30% здобувачів освіти 4 курсу повідомили, що вони з радістю використовуватимуть статистику, порівняно з 33,89% здобувачів освіти 1 курсу ($p > 0,1$).

Висновки. Нейтральне ставлення здобувачів освіти стоматологічного факультету до статистики, виявлене в цьому дослідженні, вказує на те, що викладачі мають створити у них позитивне освітнє середовище для формування впевненості у розумінні та застосуванні статистики в практичній діяльності стоматолога.

ДИНАМІКА ХІМІЧНОГО ЗАБРУДНЕННЯ АТМОСФЕРНОГО ПОВІТРЯ В МІСТАХ УКРАЇНИ У 2021– 2025 РОКАХ

Дрокіна А. С.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра гігієни та
соціальної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Корженевський С.В., к.мед.н., доцент
кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Повномасштабна війна в Україні, яка триває з 2022 року, спричинила безпрецедентне антропогенне навантаження на довкілля. Руйнування промислових об'єктів, пожежі, активні бойові дії та зміна структури економіки суттєво впливають на стан атмосферного повітря.

Мета роботи. Провести динамічний аналіз рівнів хімічного забруднення атмосферного повітря в містах України за період з 2021 по 2025 роки на підставі даних державної системи моніторингу гідрометеорологічних організацій.

Матеріали та методи. Проаналізовано показники спостережень на стаціонарних постах Центральної геофізичної обсерваторії імені Бориса Срезневського у 39 містах: середні та максимальні концентрації забруднювальних речовин (у частках ГДКс.д. та ГДКм.р.), а також значення індексу забруднення атмосфери (ІЗА/КІЗА).

Результати. Загальний рівень забруднення (ІЗА/КІЗА) знизився з 7,1 (високий) у 2021 р., до 5,8 (підвищений) у 2025 р. Найбільше зниження (до 6,5) відбулося у 2022 р. через падіння промислової активності та втрату даних з найзабрудненіших

міст сходу. У 2023–2024 рр., показник стабілізувався (6,6–6,8), а в 2025 р., було досягнуто мінімуму. Пріоритетні забруднювачі – формальдегід та діоксид азоту. Середньорічна концентрація формальдегіду знизилася з 2,3 ГДКс.д. (2021–2022) до 1,8 ГДКс.д. (2025); діоксиду азоту – стабільно 1,5 ГДКс.д. Кількість міст з перевищеннями по формальдегіду скоротилася з 24 до 16, по діоксиду азоту – з 26 до 20. Натомість зросла кількість міст з перевищеннями по завислих речовинах (до 10 у 2024 р., 9 у 2025 р.). Географія забруднення трансформувалася. У 2021 р. дуже високий рівень фіксувався у Маріуполі (15,7) та Кам'янському (14,7). Після 2022 р., дані з Маріуполя, Лисичанська, Северодонецька, Краматорська, Слов'янська відсутні або фрагментарні. Лідерами весь період залишаються міста Дніпропетровської області: Кам'янське, Дніпро, Кривий Ріг. У 2022 р., було зафіксовано дуже високий рівень в Одесі (14,2). У 2023–2024 рр., до списку з високим рівнем потрапляли прифронтові міста Херсон, Краматорськ, Слов'янськ. У 2024 р. високий рівень вперше зафіксовано у Сумах, а в 2025 р., до п'ятірки найбрудніших увійшов Ужгород (9,4) через зростання формальдегіду. Найінтенсивніші разові викиди (>5 ГДКм.р.) зафіксовано у 2022 р., в Києві (11,7 ГДКм.р. по NO_2 , 7 випадків) та у 2023 р., в Дніпрі (8,6 ГДКм.р. по H_2S , 3 випадки). У 2021 р., – 4 випадки, 2024 р. – 1, 2025 р., – 2 (формальдегід в Ужгороді, 6,6 ГДКм.р.).

Висновки. Війна унеможливила моніторинг на значних територіях, але попри зниження інтегральних показників, хронічне перевищення ГДК по формальдегіду та діоксиду азоту в більшості міст свідчить про сталу проблему. Поява нових «гарячих точок» (Ужгород) та екстремальні викиди вимагають посилення контролю та адаптації системи моніторингу.

БІОПЛІВКИ ЯК ФАКТОР ПЕРСИСТЕНЦІЇ ХРОНІЧНОГО РИНОСИНУСИТУ

Душик А. О.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра інфекційних
хвороб та клінічної імунології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Попов М. М., професор, кафедри
інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Хронічний риносинусит є одним із найпоширеніших захворювань у структурі патології ЛОР-органів і характеризується тривалим запаленням слизової оболонки порожнини носа та приноскових пазух. Незважаючи на значний прогрес у методах консервативного та хірургічного лікування, проблема рецидивів захворювання залишається актуальною. Останніми роками особливу увагу приділяють ролі мікробних біоплівок у патогенезі хронічного риносинуситу. Біоплівки являють собою складні мікробні структури, у яких мікроорганізми об'єднуються у спільноти та занурюються у позаклітинний полімерний матрикс. Така організація забезпечує підвищену стійкість бактерій до антибактеріальної терапії та захист від імунних механізмів організму. Наявність біоплівок розглядається як один із ключових факторів хронізації запального процесу та розвитку резистентності до лікування. У зв'язку з цим дослідження ролі біоплівок у формуванні та підтриманні запального процесу при хронічному риносинуситі є важливим для розуміння механізмів патогенезу захворювання та вдосконалення терапевтичних підходів.

Мета роботи. Проаналізувати роль мікробних біоплівок у патогенезі хронічного риносинуситу та визначити їх можливий вплив на персистенцію запального процесу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено шляхом аналітичного вивчення сучасних наукових публікацій, присвячених ролі біоплівок у розвитку хронічного риносинуситу. Було проаналізовано міжнародні наукові статті,

опубліковані у 2023–2025 роках у фахових медичних журналах, індексованих у наукометричних базах даних. Під час аналізу увага приділялася механізмам формування мікробних біоплівки, видовому складу мікроорганізмів, що беруть участь у їх утворенні, взаємодії біоплівки з імунною системою організму та значенню біоплівки у хронізації запального процесу при риносинуситі.

Результати. Проведений аналіз показав, що біоплівки відіграють важливу роль у підтриманні хронічного запалення слизової оболонки приносних пазух. Формування біоплівки відбувається поетапно: початкова адгезія мікроорганізмів до епітелію, формування мікроколоній, синтез позаклітинного полімерного матриксу та подальше дозрівання структури. Найчастіше у складі біоплівки при хронічному риносинуситі виявляються такі мікроорганізми, як *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* та *Streptococcus pneumoniae*. Наявність позаклітинного матриксу забезпечує захист бактерій від дії антибіотиків та факторів імунної системи. Біоплівки сприяють тривалому існуванню мікроорганізмів у слизовій оболонці, що призводить до підтримання хронічного запального процесу та може порушувати мукоциліарний кліренс.

Висновки. 1. Мікробні біоплівки є важливим патогенетичним фактором розвитку та персистенції хронічного риносинуситу. 2. Формування біоплівки забезпечує підвищену стійкість мікроорганізмів до антибактеріальної терапії та імунної відповіді організму. 3. Наявність біоплівки сприяє підтриманню хронічного запального процесу та розвитку рецидивів захворювання. 4. Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку методів лікування, що дозволяють руйнувати структуру біоплівки та підвищувати ефективність терапії хронічного риносинуситу.

БІЛАТЕРАЛЬНИЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ СТРЕСОМ І ШКІРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ: ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ЛІКУВАННЯ ТА КОМОРБІДНІ СТАНИ

Задворних Н.І.

*лікар дерматовенеролог вищої категорії, відділення
амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги
дорослим та дітям терапевтичного профілю
КНП «Дрогобицька міська поліклініка» ДМР,
Дрогобич, Україна*

Актуальність. Стрес активує більшість хронічних хвороб і уповільнює їх лікування. Більшість шкірних захворювань (ШЗ) є стигматизуючими, здатними підвищити рівень стресу і впливати на лікування коморбідних станів. Зважаючи на підвищення загального рівня стресу у населення внаслідок воєнних дій, актуальним є встановлення взаємозв'язків ШЗ і стресу для підвищення ефективності лікування.

Мета роботи. Дослідження взаємозв'язків між стресом і ШЗ та їх впливу на перебіг лікування і коморбідні стани.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз історії хвороб пацієнтів КНП «Дрогобицька міська лікарня №5» і КНП «Дрогобицька міська поліклініка» за 2019-2025 рр. з хронічними ШЗ (ХШЗ). До вибірки включено 130 пацієнтів віком 18-75 років з верифікованими ХШЗ (54% – жінки, 46% – чоловіки). У 2025 р. під час амбулаторного прийому проведено проспективне опитування 300 пацієнтів тієї ж вікової групи (51% – жінки, 49% – чоловіки). Проаналізовано динаміку повторних звернень пацієнтів з ХШЗ до і після початку воєнних дій. Під час клінічного обстеження проводилось опитування щодо наявності стресових чинників, змін поведінкових патернів, виникнення супутньої соматичної патології. Оцінено зміни показників ефективності терапії і тривалості лікування на різних етапах досліджуваного періоду з урахуванням клінічного перебігу захворювання і потреби в повторних консультаціях.

Результати. Встановлено білатеральний зв'язок між стресом і ХШЗ, де стрес є стимулюючим фактором прояву ХШЗ, погіршує запальні і дерматологічні симптоми, а ХШЗ підвищують рівень

дискомфарту і стресу. Виявлено, що з початком воєнних дій частота звернень хворих на ХШЗ зросла в середньому на 16%; жінки в середньому зазнають стресу від ХШЗ на 12% більше, ніж чоловіки, люди віком 18-29 років на 18% більше ніж 30-60, особи з низьким рівнем доходу на 23% більше ніж з середнім і високим. Хворі на акне виявляли найвищий рівень стресу внаслідок хвороби. Серед них більше 77% пацієнтів зізналось у незадоволенні собою, а близько 20% – у зверненні до психологів. Серед пацієнтів з іншими ХШЗ цей показник був нижчим. Більшість пацієнтів свідчило про загострення чи виникнення ендокринних розладів. Дослідження показало зниження ефективності лікування ХШЗ у пацієнтів, що страждають на стрес, в залежності від виду і важкості ХШЗ, на 10-25%, хоча у пацієнтів, які паралельно приймали седативні препарати чи БАДи ефективність залишалася майже незмінною.

Висновки. ХШЗ і стрес перебувають у білатеральному взаємозв'язку, тому опитування в ході їх лікування з метою виявлення факторів стресу, інтеграція технік управління стресом при лікуванні пацієнтів з ХШЗ дозволить покращити клінічні результати.

ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ ST, УСКЛАДНЕНИЙ ДЕФЕКТОМ МІЖШЛУНОЧКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Захарова А. О.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, II медичний факультет, кафедра
внутрішньої медицини, ультразвукової та променевої терапії,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Сапричова Л.В., Шокало І.В.

Актуальність. За даними Європейського товариства кардіологів серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною смертності у світі. Однією з найчастіших клінічних маніфестацій серцево-судинної патології є ГКС, зокрема інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST, що супроводжується високим ризиком розвитку тяжких ускладнень. До рідкісних, але

надзвичайно небезпечних механічних ускладнень інфаркту міокарда належить формування постінфарктного септального дефекту.

Мета роботи. Висвітлити клінічний випадок STEMI, ускладненого постінфарктним дефектом міжшлуночкової перегородки та проаналізувати сучасні підходи до діагностики й тактики ведення таких пацієнтів.

Матеріали та методи. Використано дані з медичної документації хворого, рекомендації ЄТК з менеджменту ГКС 2023 р. і уніфікований клінічний протокол «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», затверджений МОЗ України 2021 р.

Результати. Пацієнтка Б., 67 років, відмічає тривале підвищення артеріального тиску, регулярно приймає антигіпертензивну терапію. Впродовж п'яти років відзначає періодичні короточасні стискаючі болі за грудиною, як у спокої так і при фізичному навантаженні, купіруються прийомом нітрогліцерину (2–3 таблетки); задишку при ходьбі до 700 м, яка зникає у спокої. Погіршення стану 23.01.2026 р., коли виник інтенсивний пекучий біль у прекардіальній ділянці з іррадіацією в обидві верхні кінцівки, що не купірувався прийомом нітрогліцерину. За медичною допомогою пацієнтка не зверталась. 27.01.2026 р., у зв'язку з погіршенням самопочуття викликала бригаду швидкої медичної допомоги та була госпіталізована до кардіологічного відділення ОКЛ. На ЕКГ зафіксовано гострі вогнищеві зміни задньої стінки лівого шлуночка та АВ-блокаду III ступеня. Ургентно проведено коронарографію, стентування інфаркт-залежної артерії та встановлено тимчасовий електрокардіостимулятор. 28.01.2026 р., ЕКС видалено, відновився регулярний синусовий ритм. За даними ехокардіографії виявлено дефект міжшлуночкової перегородки у базальному нижньосептальному сегменті діаметром до 13 мм, майже на всю товщину перегородки, зі звуженням до 7 мм на рівні ендокарда з боку правого шлуночка, з формуванням ліво-правого шунта. Пацієнтка отримувала медикаментозну терапію згідно протоколу, рекомендовано консультацію кардіохірурга задля хірургічної корекції постінфарктного

ДМШП.

Висновки. Постінфарктний дефект міжшлуночкової перегородки є рідкісним, проте тяжким механічним ускладненням гострого інфаркту міокарда, що асоціюється з високою летальністю. Своєчасна реперфузійна терапія, рання діагностика за допомогою ехокардіографії та своєчасне залучення кардіохірургічної допомоги є ключовими чинниками покращення прогнозу пацієнтів.

ВИКОРИСТАННЯ НАУКОВИХ ДАНИХ З ОСОБЛИВОСТЕЙ ІМУННИХ РЕАКЦІЇ ПРИ ДІАГНОСТОВАНИХ І НЕДІАГНОСТОВАНИХ ПЛАЦЕНТИТАХ У НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ВНЗ МЕДИЧНОГО СПРЯМУВАННЯ

Зац О.С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра нормальної анатомії та
фізіології людини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Шерстюк С.О., д.мед.н., професор,
завідувач кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Хід навчального процесу у ВНЗ медичного спрямування базується на фундаментальних знаннях з базових дисциплін. Ключову роль у навчанні відіграють дисципліни природничого спрямування: фізика, хімія, біологія, анатомія та фізіологія, гістологія та мікробіологія. Програма дисципліни: «Анатомія людини» містить теми з основ імунної системи людини, це має базове підґрунтя для розуміння фундаментальних знань. Щоб надати студентам знання про анатомічну норму вже на цьому етапі потрібно проговорювати і патологічні стани на прикладах історій хвороб пацієнтів з ушкодженнями або хворобами даної анатомічної системи. Для більш зрозумілої картини і наукового підходу до навчання на кафедрах ВНЗ працюють науковці, що виконують НДР й науково наповнюють навчальну програму.

Мета роботи. Однією з основних проблем акушерства і перинатології є патологія плаценти і пов'язана з нею

перинатальна захворюваність і смертність. Функціональна неспроможність плаценти є провідною причиною внутрішньоутробної гіпоксії, затримки розвитку плода, його ушкоджень у процесі пологів. При артеріальній гіпертензії у вагітної морфологічні ознаки фетоплацентарної недостатності виявляються майже у половини випадків. Залізодефіцитна анемія також асоційована з плацентарними змінами, що відображають дисбаланс між процесами адаптації та дезадаптації до гіпоксії у системі мати–плацента–плід. Тому метою даного наукового дослідження було: визначити вплив материнської патології на морфологічні особливості склерозування посліду на підставі результатів комплексного морфологічного аналізу.

Матеріали та методи. В даній роботі вивчені гістологічні, гістохімічні, імуногістохімічні та морфометричні особливості посліду породілей після недоношеної та доношеної вагітності з прееклампсією та з хоріоамніонітом.

Результати. Аспірантами кафедри нормальної анатомії та фізіології людини було проведено аналіз клінічних даних вагітних та протоколів патологоанатомічного дослідження посліду в нормі та при прееклампсії, залізодефіцитній анемії й хоріоамніоніті, описано морфологічну характеристику плаценти вагітних у нормі та при прееклампсії, залізодефіцитній анемії та хоріоамніоніті. На підставі дослідження визначено, що у фетальних оболонках і плаценті у разі наявності у матері даної патології розвивається порушення колагеноутворення. У різних структурних компонентів посліду вміст колагену може збільшуватися або зменшуватися.

Висновки. Отримані результати розширюють уявлення про особливості структурно-функційного ремоделювання посліду, яке відбувається під впливом даних патологій. Визначені на клінічному матеріалі гістологічні, імуногістохімічні, морфометричні ознаки порушення склеротичних процесів у послідах можна використовувати для поліпшення патологоанатомічної діагностики впливу патології вагітних на розвиток передчасного розриву фетальних оболонок. Ці знання є корисними для акушерів-гінекологів щодо оптимізації

профілактики потенційного розвитку таких ускладнень.

ОЦІНКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ХРОНІЧНИЙ НАЗОФАРИНГІТ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ БЛИЗНЮКІВСЬКОЇ ГРОМАДИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Земськов Я.С.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра інфекційних
хвороб та клінічної імунології,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Волобуєва О.В., к. мед.н., доцент,
завідувачка кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Гострі та хронічні захворювання глоткового мигдалика є поширеною патологією в оториноларингологічній практиці. Відповідно до класифікації МКХ-11, хронічний назофарингіт (ХНФ) визначається як персистуюче або рецидивуюче запалення слизової оболонки носоглотки, що може супроводжуватися ураженням лімфоїдної тканини, зокрема глоткового мигдалика. Оцінка поширеності хронічного назофарингіту ускладнена через те, що це захворювання рідко реєструється як окрема нозологічна одиниця в офіційній медичній статистиці. У більшості випадків воно враховується у складі ширших груп патології верхніх дихальних шляхів, зокрема хронічного риніту, риносинуситу, аденоїдиту, гіпертрофії аденоїдів та ХНФ. Однією з причин такої ситуації є відсутність чітко стандартизованих діагностичних критеріїв ХНФ. Отримати окремі статистичні дані щодо цієї патології в Україні складно, оскільки в офіційній звітності захворювання верхніх дихальних шляхів часто об'єднуються в одну нозологічну групу. За даними ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», у 2014 році поширеність ринітів, риносинуситів та ринофарингітів становила 489,9 випадків на 10 000 населення, тоді як захворюваність коливалася в межах 5–15 випадків на 1000 населення залежно від сезону. У зв'язку з цим актуальним є вивчення поширеності ХНФ на локальному рівні та аналіз

структури звернень пацієнтів до лікарів-оториноларингологів.

Мета роботи. Оцінити поширеність хронічного назофарингіту серед населення Близнюківської громади Харківської області на основі аналізу медичних звернень до лікарів-отоларингологів.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичних записів пацієнтів з ХНФ, які зверталися до лікарів-отоларингологів Близнюківської центральної районної лікарні протягом 2025 року. Для аналізу використовувалися дані медичної інформаційної системи Health24. На основі отриманих даних було проведено розрахунок показників захворюваності та частоти звернень серед дитячого і дорослого населення.

Результати. Загальна кількість звернень з приводу ХНФ склала 10% від усіх звернень до лікаря-отоларинголога та 23,6% від звернень з приводу захворювань носа та навколоносових пазух. Серед дитячого населення частка таких звернень становила 51% від усіх звернень та 67% серед патології носа і навколоносових пазух. Серед дорослих відповідні показники були значно нижчими і становили 1,6% та 4,3% відповідно. Захворюваність на хронічний назофарингіт у популяції становила 9 випадків на 1000 населення. Серед дітей цей показник дорівнював 43,7 випадки на 1000 дитячого населення, тоді як серед дорослих — 2,2 випадки на 1000 дорослого населення.

Висновки. Хронічний назофарингіт є поширеною патологією серед дитячого населення Близнюківської громади (43,7 випадків на 1000 дітей) та становить понад половину звернень до лікаря-отоларинголога серед дітей. Разом із тим хронічний назофарингіт не є рідкісною патологією серед дорослого населення, що робить цю патологію актуальною проблемою для подальших досліджень.

ВИЗНАЧЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ ЩОДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕПАТИТУ А В ПЕРЕДЖОВТЯНИЧНИЙ ПЕРІОД

Зионг Т.Т.

*Харківський національний медичний університет III медичний
факультет,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Меркулова Н. Ф., к.мед.н., доцент кафедри
інфекційних хвороб, дитячих інфекційних хвороб та фтизіатрії

Актуальність. Гепатит А — це гостре висококонтагіозне антропонозне вірусне захворювання, що передається фекально-оральним шляхом. Спалахи часто пов'язані з поганою санітарією або забрудненням їжі та води [1]. За сучасними оцінками, у світі щороку реєструється близько 14 млн випадків і понад 28 тис. смертей, а станом на кінець 2025 року в країнах Центральної Європи зафіксовано понад 6,5 тис. випадків, що вказує на глобальну проблему даного захворювання [2]. Особливу складність становить дожовтняничний період, коли клінічні прояви є неспецифічними та можуть нагадувати інші захворювання. Тому важливим є оцінювання обізнаності студентів щодо диференційної діагностики гепатиту А на ранніх етапах захворювання.

Мета роботи. Визначити рівень знань студентів щодо диференційної діагностики гепатиту А на ранніх етапах захворювання (в переджовтняничний період).

Матеріали та методи. Робота ґрунтується на опитуванні студентів медичних факультетів.

Результати. В опитуванні взяли участь 50 респондентів: студенти 1 курсу — 7 осіб, 2 курсу — 4, 3 курсу — 5, 4 курсу — 9, 5 курсу — 11, 6 курсу — 7 та інтерни — 7. Розподіл опитуваних за рівнем навчання («до 4 курсу» та «від 5 курсу») становив 1:1. Більшість учасників (70%) зазначили, що знають основні клінічні прояви переджовтняничного періоду гепатиту А, 4% — заперечили це, тоді як решта відзначили часткову обізнаність. Водночас 47 респондентів висловили бажання отримати більше навчальних матеріалів щодо ранньої

діагностики захворювання. На питання щодо симптомів, які можуть бути в ранньому періоді отримали наступні відповіді (в.): «слабкість, розбитість/ ломота в тілі» — 38 в., «підвищення температури» — 32 в., «головний біль» — 17 в., «нудота/блювання» — 14 в., «тяжкість, дискомфорт, навіть помірний біль у надчеревній ділянці та правому підребер'ї» — 15 в., «дратівливість або байдужість» — 6 в., «безсоння або сонливість» — 4 в. і «відсутність симптомів» — 45 в. і двоє повідомляють, що не знають. Щодо варіантів перебігу дожовтяничного періоду, студенти найчастіше відзначали можливість безсимптомного перебігу (88%), а також астено-вегетативний варіант (80%), диспепсичний (44%), грипоподібний (16%), змішаний (10%) та двоє відмітили, що не знають. Для диференційної діагностики респонденти зазначали необхідність звернення пацієнта до лікаря, ретельного збору епідеміологічного анамнезу та проведення лабораторних досліджень, зокрема визначення anti-HAV IgM та ПЛР.

Висновки. Отримані результати свідчать про загалом задовільний рівень обізнаності студентів щодо клінічних проявів та диференційної діагностики гепатиту А в дожовтяничному періоді. Разом з тим лише невелика частка опитаних знає про менш поширені симптоми, такі як емоційна лабільність, порушення сну. Такий перебіг переджовтяничного періоду потребує проведення диференціальної діагностики з грипом, гострими респіраторними захворюваннями, кишковими інфекціями, а також іншими вірусними гепатитами: В, С та Е.

ЛІКУВАННЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ

Кантемир А.М.

Буковинський державний медичний університет, медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини,

Чернівці, Україна

Науковий керівник: Патратій М.В., к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини

Актуальність. Поширеність дивертикулярної хвороби товстої кишки зростає з віком, коливаючись приблизно від 30% у людей

віком 50-59 років до приблизно 70% у осіб старше 80 років. Близько 20% людей з дивертикулярною хворобою відчують симптоми, пов'язані із запаленням дивертикулів, починаючи від легкого болю в животі до тяжких ускладнень. Низьке споживання харчових волокон, зміни кишкової мікробіоти, ожиріння та зміни моторики та чутливості товстої кишки відіграють певну роль у розвитку симптомів та ускладнень дивертикулярної хвороби.

Мета роботи. Провести аналіз літературних джерел по тематиці лікування дивертикулярної хвороби.

Матеріали та методи. Був проведений огляд літературних джерел, опублікованих в наукометричних базах за останні 10 років.

Результати. Сучасне лікування дивертикулярної хвороби зосереджено на дієтичних та фармакологічних втручаннях, таких як месалазин та рифаксимін. Месалазин — це протизапальний препарат, який переважно використовується як терапія першої лінії для пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника. Його протизапальний ефект до кінця не вивчений, але, ймовірно, задіяно такі механізми: зниження синтезу простагландинів і прозапальних цитокінів, пригнічення хемотаксису нейтрофілів та активація ядерного рецептора, що знижує запалення. На основі поточних даних рандомізованих досліджень існує невизначеність щодо впливу месалазину на досягнення ремісії як при симптоматичній неускладненій дивертикулярній хворобі, так і при гострому неускладненому дивертикуліті. Щодо неускладненої дивертикулярної хвороби було виявлено, що месалазин може зменшувати частоту рецидивів при неускладненій дивертикулярній хворобі, але не при гострому дивертикуліті. Також під час аналізу літератури було виявлено, що застосування месалазину сприяє швидшому одужанню. Є також дані, що застосування месалазину може використовуватися для первинної профілактики дивертикуліту. Рифаксимін — це погано абсорбований пероральний антибіотик для лікування шлунково-кишкових захворювань, включаючи гострий дивертикуліт. Рифаксимін здійснює свою шлунково-кишкову

активність завдяки своїй особливій фармакологічній активності, а саме: несистемному всмоктуванню, та високій концентрації у фекаліях. Було виявлено, що 64% пацієнтів, які отримували рифаксимін у поєднанні з клітковиною, не мали симптомів протягом року порівняно з 35% у групі прийому лише клітковини. Відомо, що додавання месалазину до рифаксиміну протягом 12 місяців є ефективнішим, ніж рифаксимін для покращення стану та профілактики дивертикуліту. При порівнянні месалазину та рифаксиміну, кращий ефект у подоланні болю був при застосуванні месалазину ніж при прийомі рифаксиміну.

Висновок. Отже, під час аналізу літератури ми виявили, що месалазин може зменшувати частоту рецидивів при неускладненій дивертикулярній хворобі, сприяти швидшому одужанню та застосовуватися для профілактики дивертикуліту. Також месалазин краще сприяє усуненню болю ніж рифаксимін.

ПІДТРИМКА ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Касьянова М. О.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини*

Науковий керівник: Пономарьова Л.І., к.мед.н., доцент кафедри
гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Грудне вигодовування є одним із найважливіших факторів збереження здоров'я дітей і матерів та розглядається як важлива стратегія громадського здоров'я. За рекомендаціями ВООЗ і ЮНІСЕФ немовлятам рекомендовано виключно грудне вигодовування протягом перших шести місяців життя з подальшим його продовженням до двох років і більше разом із введенням прикорму. Грудне молоко містить унікальний комплекс поживних речовин, імуноглобулінів, ферментів та гормонів, які сприяють зміцненню імунітету дитини та захищають від інфекційних захворювань і є оптимальним харчуванням для немовляти. За оцінками експертів, належна практика грудного вигодовування щороку дозволяє запобігти

понад 820 тис. смертей дітей віком до п'яти років. Для матерів воно також має значні переваги, зокрема зменшує ризик розвитку раку молочної залози, раку яєчників та післяпологової депресії.

Мета роботи. Провести аналіз підтримки грудного вигодовування як складової стратегії громадського здоров'я та роль міжнародних рекомендацій і політик у захисті та популяризації природного вигодовування в Україні.

Матеріали та методи. Аналіз статистичних даних міжнародних організацій (ВООЗ, ЮНІСЕФ), МОЗ України та положення Міжнародного кодексу маркетингу заміників грудного молока (1981 р.). У роботі використано методи узагальнення статистичних даних, а також порівняльний аналіз міжнародних рекомендацій щодо підтримки грудного вигодовування.

Результати. За даними міжнародних досліджень, лише 44-48% дітей у світі отримують виключно грудне вигодовування до 6 місяців із збільшенням приблизно на 10 % за останнє десятиліття. Цей рівень значно варіюється між регіонами (найвищий у Південній Азії, де він досягає 57 %). Глобальною метою ВООЗ є підвищення поширеності виключно грудного вигодовування до 60 % до 2030 року. В Україні у 2012 році реєструвався дуже низький рівень виключно грудного вигодовування (19,7%) із зростанням показників до 26 % у 2015 році та до 56 % у 2020 році, але з подальшим зниженням до 51 % у 2023 році та такою ж тенденцією і на сьогодні. Важливу роль у підтримці грудного вигодовування відіграє впровадження програм для матерів, зокрема ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини», яка сприяє ранньому початку грудного вигодовування та його подальшої підтримки. Водночас проблемою залишається агресивний маркетинг заміників грудного молока. Незважаючи на дію Міжнародного кодексу, у багатьох країнах продовжують фіксувати порушення, зокрема реклама сумішей, розповсюдження безкоштовних зразків та інформаційні кампанії, що можуть формувати у батьків хибне уявлення про штучне вигодовування.

Висновки. Зниження рівня виключно грудного вигодовування в Україні в останні роки та нижчі показники від рекомендованих

ВООЗ підкреслюють необхідність подальших програм підтримки грудного вигодовування. Ця підтримка повинна здійснюватися на рівні державної політики, системи охорони здоров'я та суспільства. Важливим напрямом є дотримання Міжнародного кодексу маркетингу заміників грудного молока та підвищення обізнаності населення щодо переваг природного вигодовування.

МОРФОТИПУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ОСТЕОАРТРИТІ ЗА АДАПТОВАНОЮ КЛАСИФІКАЦІЄЮ CORONAL PLANE ALIGNMENT OF THE KNEE

Климинюк Л.О

*Державна Установа «Інститут травматології та ортопедії
Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна*

Науковий консультант: Блонський Р. І., д. мед. н., професор,
головний науковий співробітник клініки спортивної та балетної
травми

Актуальність. Остеоартрит колінного суглоба характеризується значною морфологічною гетерогенністю, що визначає особливості результатів ендопротезування колінного суглоба та остеотомій стегнової й великогомілкової кісток. Хоча класифікація Coronal Plane Alignment of the Knee (CPAK) забезпечує структурований підхід до типологізації морфологічних варіантів колінного суглоба, її рутинне застосування обмежене необхідністю виконання орторентгенограм нижніх кінцівок, тоді як дані, отримані на основі стандартних (коротких) рентгенограм, є недостатніми.

Мета роботи. Оцінити розподіл морфологічних варіантів колінного суглоба при медіальному гонартрозі за класифікацією CPAK з використанням власного адаптованого підходу, придатного для аналізу на стандартних рентгенограмах.

Матеріали та методи. У представленому поперечному дослідженні проаналізовано 100 рентгенограм колінних суглобів 70 пацієнтів із медіальним гонартрозом. Включено дані 26 (37,1 %) чоловіків та 44 (62,9 %) жінок. Середній вік – 63,6±8,1 років. Морфологічні варіанти колінного суглоба класифікували за

системою СРАК, адаптованою до оцінки на стандартних рентгенограмах шляхом розрахунку модифікованого нахилу лінії суглоба (mJLO) та арифметичного стегново-колінно-гомількового кута (aHKA). Оцінювали анатомічний латеральний дистальний стегновий кут (aLDFA) та анатомічний проксимальний великогомілковий кут (aMPTA) відповідно до загальноприйнятого підходу. Показник mJLO обчислювали як $aLDFA + aMPTA + 6^\circ$, а aHKA – як $aMPTA - aLDFA$. Класифікацію колінних суглобів виконували відповідно до порогових значень СРАК.

Результати. Середнє значення mJLO становило $174,3 \pm 5,2^\circ$ (дистальний нахил лінії суглоба), тоді як середнє значення aHKA складало $0,2 \pm 4,7^\circ$ (нейтральне положення осі). Дистальний нахил лінії суглоба спостерігали у переважній більшості обстежених (72,0 %), тоді як нейтральний (25,0 %) та проксимальний (3,0 %) варіанти траплялися рідше. Варусне положення осі нижньої кінцівки встановлено у 35 % випадків, нейтральне – у 41,0 %, вальгусне – у 24,0 %. Згідно з модифікованою класифікацією СРАК, переважали типи I (30,0 %), II (28,0 %) та III (14,0 %), тоді як типи IV (5,0 %), V (13,0 %), VI (7,0 %) та IX (3,0 %) зустрічалися рідше. Типи СРАК VII (0,0 %) та VIII (0,0 %) не спостерігали у жодному випадку.

Висновки. Встановлено значну морфологічну варіабельність колінного суглоба при медіальному остеоартриті. Адаптований підхід до застосування класифікації СРАК на основі аналізу коротких рентгенограм забезпечує відтворювану характеристику структурних варіантів колінного суглоба при остеоартриті. Результати застосування адаптованого підходу сприяють удосконаленню персоналізованого планування ендопротезування коліна та коригуючих остеотомій стегнової та великогомілкової кісток.

ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ТИПУ. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ АЛЬТЕПЛАЗИ ТА ТЕНЕКТЕПЛАЗИ У ТРОМБОЛІТИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Кисляк П.О.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Кабачна І.В. к. мед. н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Проблема гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) залишається однією з провідних через високі показники смертності та інвалідизації. В Україні інсульти становлять близько 14% загальної смертності (90 випадків на 100 000 населення). За оцінками ВООЗ, щороку реєструється близько 130 000 випадків інсульту, що перевищує середні показники Європи. Найпоширенішою формою є гострий ішемічний інсульт (ГІ), який становить близько 80% усіх ГПМК і потребує швидкого відновлення мозкового кровотоку. Основним методом реперфузійного лікування є внутрішньовенна тромболітична терапія. Традиційним «золотим стандартом» є альтеплаза (rt-PA), однак увагу привертає тенектеплаза — модифікований активатор плазміногену з довшим періодом напіввиведення, більшою фібриноспецифічністю та можливістю болюсного введення.

Мета дослідження. Порівняти ефективність і безпеку альтеплази та тенектеплази при внутрішньовенному тромболізісі у пацієнтів із ГІ.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати багатоцентрового рандомізованого дослідження ORIGINAL (2021–2023 р.). У дослідження включено 1465 пацієнтів, середній вік становив 65–66 років. 732 пацієнти отримували тенектеплазу (0,25 мг/кг болюсно), а 733 хворих іншої групи — альтеплазу (0,9 мг/кг: 10% болюсно та 90% інфузійно 60 хв).

Частка чоловіків — 70,6% та 68,5%, жінок — 29,4% і 31,5% відповідно групам. Супутня патологія: артеріальна гіпертензія — понад 70%, цукровий діабет 2 типу — 27,2% у групі тенектеплази та 27,8% у групі альтеплази, фібриляція передсердь — 14,8% і 13,2%. Початкова тяжкість інсульту за NIHSS — 6 балів. Тромболізіс проводили до 4,5 год від початку симптомів; понад половина пацієнтів отримали лікування у перші 3 год. Усі хворі отримували стандартну терапію: контроль АТ і глікемії, профілактику ускладнень, після виключення кровотечі — антиагреганти, статини та ранню реабілітацію.

Результати. Сприятливий функціональний результат через 90 діб (mRS 0–2) досягнуто у 72,7% пацієнтів групи тенектеплази та 70,3% групи альтеплази. Повна або майже повна незалежність (mRS 0–1) спостерігалась у 56,1% з тенектеплазою і 54,8% з альтеплазою. Частота симптоматичних внутрішньочерепних крововиливів становила 3,4% та 3,2% відповідно. Летальність протягом 90 діб — 4,5% та 4,1%. У підгрупі з оклюзією великих судин рання реканалізація протягом 24 годин спостерігалась у 22,3% хворих групи тенектеплази проти 16,9% у групі альтеплази.

Висновки. Тенектеплаза демонструє схожу ефективність і безпеку порівняно з альтеплазою при тромболізісі ГІІ. Близькі показники функціонального відновлення, частоти геморагічних ускладнень і летальності разом із перевагою болюсного введення дозволяють розглядати її як перспективну альтернативу у клінічній практиці.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНЕКСАМОВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СПОЛУЧЕНОЮ ТРАВМОЮ ТА МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Киян М. К.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра
загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Матвєєнко М. С., доктор філософії, доцент,
завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та
паліативної медицини

Акутальність. Масивні кровотечі залишаються однією з провідних причин ранньої смертності у пацієнтів зі сполученою травмою. Порушення системи гемостазу та активація фібринолізу відіграють ключову роль у розвитку травматичної коагулопатії. З метою зменшення крововтрати широко застосовуються антифібринолітичні препарати, зокрема транексамова кислота, проте її вплив на лабораторні показники коагуляційної ланки гемостазу та маркерів фібринолізу в динаміці лікування потребують подальшого дослідження.

Мета. Проаналізувати динаміку показників коагулограми та D-димеру у пацієнтів зі сполученою травмою, які отримували транексамову кислоту, з оцінкою лабораторних змін системи гемостазу на тлі лікування.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективне дослідження медичних даних 15 пацієнтів зі сполученою травмою, яким у складі комплексного лікування призначали транексамову кислоту. Проаналізовано демографічні характеристики, клінічні дані, особливості режимів дозування препарату та результати моніторингу лабораторних показників в динаміці. Аналізували показники коагуляційної ланки гемостазу, зокрема протромбіновий час, міжнародне нормалізоване відношення, активований частковий тромбoplastиновий час, тромбіновий час, протромбін за Квіком, фібриноген і D-димер.

Результати. Середній вік обстежених становив $48,0 \pm 19,7$ року. Чоловіки становили 60,0% вибірки, жінки — 40,0%. За

клінічним контекстом переважали пацієнти з травматичними ушкодженнями, насамперед із черепно-мозковою травмою та переломами, що відповідає типовим показанням до застосування антифібринолітичної терапії. При оцінці D-димеру встановлено, що цей показник характеризувався значною міжіндивідуальною варіабельністю та асиметрією розподілу. На 1-шу добу спостереження медіана рівня D-димеру становила 3,50 при наявності виражених крайніх значень, включно з дуже високими показниками в окремих пацієнтів. На 2-гу добу медіана D-димеру зростала до 20,16. У клінічному сенсі така варіабельність є очікуваною, оскільки D-димер у пацієнтів травматологічного профілю є високочутливим, але малоспецифічним маркером активації коагуляції і фібринолізу. При аналізі стандартних показників коагулограми не виявлено ознак виражених або односпрямованих патологічних змін у динаміці. Отримані дані мають принципове практичне значення. Вони свідчать, що на тлі застосування транексамової кислоти у досліджуваній групі не спостерігалось очевидного погіршення стандартних коагуляційних параметрів. Вірогідно рутинні коагуляційні тести не завжди достатньо чутливі для відображення тонших змін фібринолізу або стабілізації згустка, на які передусім і спрямована дія транексамової кислоти. Особливої уваги заслуговував фібриноген. У пацієнтів із повторними вимірюваннями спостерігалася тенденція до його підвищення, яка, однак, не досягла статистичної значущості ($p=0,078$). Такий напрям змін може бути зумовлений як гострофазовою відповіддю організму на травму, так і стабілізацією гемостатичного потенціалу в процесі лікування.

Висновки. У пацієнтів, яким призначали транексамову кислоту, стандартні показники коагулограми в цілому залишалися відносно стабільними, без ознак виражених несприятливих зрушень. D-димер характеризувався значною варіабельністю і не демонстрував чіткої групової динаміки. Тенденція до підвищення рівня фібриногену потребує подальшого вивчення в більших вибірках із стандартизованими часовими точками лабораторного контролю.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПАРАЦЕТАМОЛОМ

Кіраль А.М.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет» медичний
факультет, кафедра біохімії та фармакології, Ужгород,
Україна*

Науковий керівник: Грига В.І., доктор філософії, доцент, доцент
кафедри біохімії та фармакології

Актуальність. Медикаментозне ураження печінки є однією з провідних причин гострої печінкової недостатності у світі. Серед лікарських засобів особливе місце займає парацетамол, який широко використовується як аналгетик та антипіретик завдяки доступності в ціні, ефективності та відносній безпечності при дотриманні терапевтичних доз. Парацетамол при перевищенні рекомендованої добової дози (понад 4 г/добу) у поєднанні з алкоголем, одночасному прийомі інших гепатотоксичних препаратів або за наявності фонових захворювань печінки провокує серйозні ураження печінки. Парацетамол часто входить до складу комбінованих засобів для полегшення симптомів застуди (поряд з Н1-гістаміноблокаторами, протикашльовими чи відхаркуючими засобами, деконгестантами).

Мета роботи. Показати на прикладі клінічного випадку, наскільки важливий ретельний аналіз прийому ліків у пацієнтів із підозрою на токсичне ураження печінки.

Матеріали і методи. Хвора Х. 50 років поступила в кардіологічне відділення з ознаками гіпертонічної хвороби, було виявлено підвищений рівень печінкових ферментів (АЛТ – 614 Од/л, АСТ – 663 Од/л, ГГТ – 166 Од/л), вірусні гепатити виключено. За тиждень до госпіталізації захворіла на ГРВІ. Щоб зменшити симптоми захворювання пацієнтка приймала таблетки парацетамолу (по 2 таблетки в дозі 500 мг двічі на добу), ацетилсаліцилову кислоту (1000 мг за добу) і пакетики, які розчиняла в гарячій воді для симптоматичного лікування. При підвищенні температури спостерігалось підвищення АТ, який пацієнтка намагалася нормалізувати самостійно.

Результати. Оцінка кількості спожитого парацетамолу у даної пацієнтки носила орієнтовний характер у зв'язку з відсутністю точних даних щодо препаратів, які вона застосовувала під час самолікування. Пацієнтка не змогла назвати лікарські засоби та їх дозування. Беручи до уваги характер лікування та тривалість прийому препаратів, можна припустити, що добове надходження парацетамолу наближалось до гранично допустимих значень. Окрім комбінованих засобів, імовірним є також додатковий прийом парацетамолу у вигляді монопрепарату. Таким чином, сумарна кількість діючої речовини за весь період самолікування могла перевищувати рекомендовані дози та становити орієнтовно 6-9 г. Особливу роль у розвитку ураження печінки могло відігравати одночасне застосування препаратів для зниження АТ, до складу якого входить фенобарбітал. Індукція печінкових ферментів під впливом фенобарбіталу призводить до зміщення метаболізму парацетамолу в бік утворення токсичних проміжних продуктів, що значно підвищує ризик гепатоцелюлярного пошкодження навіть при дозах, близьких до терапевтичних.

Висновок. Наведений клінічний випадок свідчить, що неконтрольований прийом парацетамолу, особливо у складі комбінованих протизастудних препаратів, може призводити до медикаментозного ураження печінки. Одночасне застосування індукторів печінкових ферментів, зокрема фенобарбіталу, підвищує ризик гепатотоксичності та підкреслює важливість ретельного збору медикаментозного анамнезу.

СИНДРОМ КЛЮВЕРА-Б'ЮСІ (ПАТОГЕНЕЗ, ПСИХОДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА МЕДИЧНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА)

Кіріченко А.В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра неврології,
психіатрії, наркології та медичної психології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Кабачна І. В., доцент, к.мед. н.

Актуальність. Синдром Клювера-Бьюсі є рідкісним нейропсихіатричним розладом, спричинений ураженнями двосторонніх скроневих часток, особливо гіпокампу і мигдалини. У медичній літературі описано менше ніж 200 підтверджених випадків цього синдрому у людей. Клінічні прояви можуть виникати приблизно у 5-10% пацієнтів з ураженням скроневої частки мозку. Він проявляється комплексом поведінкових, когнітивних та емоційних змін. Точна поширеність та кількість фіксованих проявів невідома, оскільки більшість випадків описані як клінічні спостереження, тому етіологію важко визначити.

Мета роботи. Висвітлення рідкісності синдрому, дослідження етіології, патогенезу, клінічних проявів, особливостей діагностики з урахуванням рідкісної поширеності та обмеженої кількості клінічних спостережень.

Матеріали та методи. Дослідження базувалось на використанні методів літературного аналізу за останні 20 років, узагальнення клінічних даних та порівняльний аналіз симптомів і патофізіології, а також систематизація інформації про діагностику і лікування.

Результати. В ході нашого дослідження було виявлено, що важливу роль у патогенезі відіграють ункус, орбітофронтальна та поясна звивини, а також острівцева кора, які входять до складу лімбічної системи та забезпечують інтеграцію емоційних і поведінкових реакцій. Існують різні теорії етіології: за Гешвіндом, ключовим механізмом є порушення передачі зорового входу до лімбічного кола; за Мюллером – розрив нейронних шляхів між таламусом, префронтальною корою та лімбічними структурами. Основні симптоми пов'язані з ураженням конкретних анатомічних структур: гіперсексуальність – двобічне пошкодження мигдалини, агресія – ураження вентромедіального ядра таламуса та мигдалини, зорова агнозія – двостороння абляція вентральної скроневої кори. Крім того, часто спостерігаються гіпероральність, підвищена дослідницька поведінка та порушення соціальної взаємодії. Діагностика переважно клінічна з підтвердженням за допомогою МРТ для оцінки скроневих ушкоджень та ЕЕГ для

виявлення скроневих судом. При черепно-мозкових травмах застосовується модифікована шкала ремісії Інсбрука, що включає фазу Клювера–Бьюсі. Лікування переважно симптоматичне і може включати стабілізатори настрою, антидепресанти, антипсихотики, карбамазепін та леупролід для контролю сексуальної та поведінкової дисфункції. Прогноз часто несприятливий: у багатьох випадках пацієнти потребують тривалого медичного нагляду, комплексної реабілітації або постійного перебування у спеціалізованих психіатричних установах.

Висновки. Синдром Клювера–Бьюсі є рідкісним, складним у діагностиці та лікуванні нейроповедінковим розладом. Основна терапія спрямована на контроль поведінкових і психічних симптомів, а ефективність лікування залежить від ранньої діагностики, міждисциплінарного підходу та індивідуалізованої терапії. Аналіз сучасної літератури підтверджує необхідність комплексного спостереження та залучення неврологів, психіатрів, нейрохірургів і радіологів для покращення результатів лікування.

РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Кліпа С. Є. Шмигленко Д. О.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра
внутрішньої медицини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Аль-Травнех О. В., к.мед.н., доцент

Актуальність. В умовах тривалої війни в Україні зростає рівень психоемоційного навантаження на населення, зокрема на працівників медичної сфери. Поєднання освітньої, наукової та клінічної діяльності може сприяти розвитку синдрому професійного вигорання. Тому вивчення його поширеності серед працівників медичного факультету є важливим для збереження їхнього психічного здоров'я та ефективності професійної діяльності.

Мета дослідження. Аналіз рівня професійного вигорання у

працівників медичного факультету.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проводилося серед працівників медичного факультету ХНУ ім. В. Н. Каразіна. До дослідження було залучено 30 осіб, які працюють на різних кафедрах факультету, з них 6 (20%) — чоловіки та 24 (80%) — жінки. Для оцінки рівня професійного вигорання було проведено тестування за допомогою опитувальника «Шкала професійного вигорання Масlach» (MBI).

Результати. За даними опитувальника «Шкала професійного вигорання Масlach» (MBI) оцінювалися три шкали. За шкалою емоційного виснаження високий рівень розвитку депресивно-тривожного синдрому виявлено у 43,3% (13/30) респондентів, середній — у 30% (9/30), низький — у 26,7% (8/30). За шкалою деперсоналізації високий рівень вигорання та відповідно високий рівень втрати емпатії мають 30% (9/30), середній — 10% (3/30), низький — 60% (18/30). За шкалою зниження особистих досягнень високий рівень мають 70% (21/30), середній — 16,7% (5/30), низький — 13,3% (4/30). Найбільш високим є показник шкали зниження особистих досягнень, через великий відсоток навантаження під час дистанційного навчання та відсутності можливості спілкування в реальному часі з колегами, має місце зниження мотивації щодо особистісного розвитку у професійній діяльності. Окремо було встановлено гендерні відмінності: чоловіки значно частіше набирали високі бали за всіма шкалами. При порівнянні результатів за статтю встановлено, що серед чоловіків частка осіб з високим рівнем емоційного виснаження становила 66,7% (4/6), тоді як серед жінок — 37,5% (9/24). За шкалою деперсоналізації за відсотковим співвідношенням високий рівень мали 55,6% (5/9) жінки, та чоловіки — 44,4% (4/9), однак критично високі значення переважали у чоловічої статі.

Висновки. 1. У значної частини працівників медичного факультету виявлено ознаки професійного вигорання різного ступеня вираженості. 2. Найбільш вираженим компонентом синдрому професійного вигорання є зниження відчуття особистих досягнень. 3. Підвищені показники деперсоналізації можуть проявлятися у формуванні емоційної дистанції у

професійному спілкуванні та зниженні рівня емпатії. 4. Отримані результати свідчать про необхідність впровадження заходів психологічної підтримки та профілактики професійного вигорання серед працівників медичного факультету.

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АДАПТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ-КОМБАТАНТІВ ДО ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

Комар Н. В.

*Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний
університет»*

*Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії
м. Ужгород, Україна*

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Бучок Ю.С.

Актуальність. Збройний конфлікт в Україні призвів до зростання кількості ветеранів із бойовими травмами та інвалідністю. Особливої уваги потребують комбатанти, у яких фізичні обмеження поєднуються з високим ризиком розвитку ПТСР та депресії. Проведення локальних клініко-психологічних досліджень є актуальним для оцінки їхнього реального стану в умовах сучасної медичної допомоги.

Мета роботи. Вивчити психологічний стан інвалідів-комбатантів та особливості їх адаптації до цивільного життя шляхом оцінки посттравматичної симптоматики, емоційних і депресивних проявів, внутрішніх ресурсів і соціальної підтримки.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у м. Ужгород на базі Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А. Новака, де інваліди-комбатанти проходили медичну та психосоціальну реабілітацію. Робота мала поперечний дизайн і охоплювала 12 інвалідів-комбатантів, які брали участь у бойових діях та перебували на стаціонарному або амбулаторному лікуванні протягом поточного місяця. Для оцінки психологічного стану застосовано авторський опитувальник із 18 закритих запитань з відповідями «Так/Ні» та п'ятибальною шкалою. Обробку даних здійснювали методом описової

статистики.

Результати. Дослідження показує помірно виражену посттравматичну симптоматику у більшості респондентів. Середній рівень ПТСР-симптомів становив $13,08 \pm 4,12$ бала, що свідчить про збереження наслідків бойової психотравматизації. Найбільш вираженими були тривожність, порушення сну та соматичні прояви напруги. Рівень депресивних і емоційних проявів склав $5,92 \pm 1,83$ бала, що відповідає субклінічному рівню та проявлявся емоційною спустошеністю, апатією і зниженням інтересу до повсякденної діяльності. Внутрішні психологічні ресурси зберігалися на середньому рівні ($4,58 \pm 1,44$ бала), що вказує на часткову здатність до подолання напруги за недостатньо сформованих навичок емоційної саморегуляції. Рівень зовнішньої соціальної підтримки становив $5,42 \pm 0,90$ бала і оцінювався як помірно достатній, переважно за рахунок родини та близьких, при нерівномірному доступі до спеціалізованої психосоціальної допомоги.

Висновки. У обстежених інвалідів-комбатантів ЗОКЛ м.Ужгород виявлено помірну посттравматичну та субклінічну депресивну симптоматику, що ускладнює адаптацію до цивільного життя. За умов середнього рівня психологічних ресурсів і помірної соціальної підтримки процес адаптації залишається неповним. **Рекомендації.** Необхідна подальша розробка і впровадження нових комплексних програм психологічної та соціальної реабілітації комбатантам-інвалідам.

ВПЛИВ ТЕХНІКИ ФОРМУВАННЯ ТОВСТОКИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ НА ЧАСТОТУ ЙОГО НЕСПРОМОЖНОСТІ

Рошканюк А.В., Корнута Д.В.

*Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський
національний університет», медичний факультет, кафедра
хірургічних хвороб,
Ужгород, Україна*

Науковий керівник: Дутко О. О., PhD, доцент

Актуальність. Формування надійного кишкового анастомозу є

одним із ключових етапів оперативних втручань у колоректальній хірургії, від якого значною мірою залежать результати лікування та перебіг післяопераційного періоду. Одним із найсерйозніших ускладнень після операцій на товстій кишці залишається неспроможність міжкишкових анастомозів. Особливу увагу в цьому контексті привертає вибір техніки накладання кишкового шва. Традиційно у клінічній практиці широко використовується дворядний шов, який забезпечує достатню механічну міцність анастомозу. Водночас сучасні дослідження вказують, що його накладання може супроводжуватися більшою травматизацією тканин і порушенням мікроциркуляції стінки кишки, що негативно впливає на процеси загоєння. Натомість однорядний серозно-м'язовий шов характеризується меншою травматизацією тканин, кращим збереженням кровопостачання країв анастомозу та створює більш сприятливі умови для репаративних процесів.

Мета роботи. Провести порівняльний аналіз частоти неспроможності товстокишкових анастомозів залежно від техніки їх формування (однорядний серозно-м'язовий шов та дворядний кишковий шов).

Матеріали та методи. На базі КНП «ЗОКЛ імені Андрія Новака» ЗОР проведено ретроспективний аналіз медичної документації 260 пацієнтів за період 2021–2025 рр., яким виконували резекційні втручання на ободовій кишці з приводу пухлинної патології з формуванням товстокишкового анастомозу. Вибірка включала 100 жінок та 160 чоловіків. За віком пацієнти були розділені на 3 групи: 35–55 років — 6 осіб, 55–75 років — 31 особа, 75 років і старше — 223 особи. З метою підвищення однорідності вибірки та зменшення впливу додаткових факторів ризику в аналіз були включені лише випадки формування товсто-товстокишкових анастомозів. Пацієнти, яким формували тонко-товстокишкові анастомози, у дослідження не включалися. У 92 пацієнтів для формування товстокишкового анастомозу застосовано однорядний серозно-м'язовий шов, у 168 – дворядний.

Результати. Частота неспроможності товстокишкового анастомозу в групі дворядного шва становила 14 випадків (8,3 %), тоді як у групі однорядного шва – лише 2 випадки (2,2 %). Для оцінки статистичної різниці між групами було використано критерій χ^2 , який продемонстрував статистично достовірну відмінність між групами ($\chi^2=3,91$, $p=0,048$), що свідчить про статистично значуще зниження частоти неспроможності при застосуванні однорядного шва. У випадку неспроможності анастомозу виконувалася релапаротомія, з ліквідацією неспроможності та виведенням колостоми. З усіх проаналізованих пацієнтів після виникнення неспроможності померло 2 хворих.

Висновок. Результати дослідження демонструють, що застосування однорядного серозно-м'язового шва з використанням атравматичного шовного матеріалу асоціюється з більш сприятливими клінічними наслідками у порівнянні з дворядною технікою.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Костенко Д.М.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра хірургії,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Оклеї Денис Вікторович, д.мед.н.,
професор, професор кафедри хірургії

Актуальність. Грижі передньої черевної стінки є однією з найпоширеніших патологій у загальній хірургії. Широке впровадження лапароскопічної герніопластики дозволило зменшити травматичність операцій, знизити інтенсивність післяопераційного больового синдрому та скоротити терміни госпіталізації. Однак післяопераційні ускладнення, такі як серома, інфекція області хірургічного втручання, хронічний біль та рецидив грижі, продовжують впливати на результати

лікування. Тому оптимізація профілактичних заходів у післяопераційному періоді є важливим завданням сучасної хірургії.

Мета роботи. Підвищити ефективність лікування пацієнтів із грижами передньої черевної стінки шляхом оптимізації методів профілактики післяопераційних ускладнень при лапароскопічній герніопластичі.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на аналізі результатів лікування 84 пацієнтів із грижами передньої черевної стінки, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні протягом 2020–2025 років. Усім пацієнтам було виконано лапароскопічну герніопластику із застосуванням сітчастих імплантів. Пацієнтів було розподілено на дві групи: контрольна група (n=40) — застосовувалися стандартні методи профілактики післяопераційних ускладнень; основна група (n=44) — використовувався оптимізований комплекс профілактичних заходів. Оптимізований підхід включав: передопераційну антибіотикопрофілактику, ретельний інтраопераційний гемостаз, адекватний вибір типу сітчастого імпланту, комбіновану фіксацію імпланту (такери та трансфасціальні шви), зменшення мертвого простору, використання абдомінального бандажа та ранню активізацію пацієнтів. Оцінювали частоту розвитку ранніх післяопераційних ускладнень (серома, гематома, інфекція рани) та віддалених ускладнень (хронічний біль, рецидив грижі). Статистичну обробку результатів проводили з використанням стандартних методів варіаційної статистики.

Результати. У контрольній групі післяопераційні ускладнення спостерігалися у 10 (25,0%) пацієнтів: серома — у 6 (15,0%), інфекційні ускладнення — у 2 (5,0%), гематома — у 1 (2,5%), хронічний больовий синдром — у 1 (2,5%). В основній групі ускладнення відзначено у 5 (11,4%) пацієнтів: серома — у 3 (6,8%), інфекційні ускладнення — у 1 (2,3%), гематома — у 1 (2,3%). Віддалений рецидив грижі протягом періоду спостереження (12 місяців) виявлено у 1 (2,3%) пацієнта основної групи та у 3 (7,5%) пацієнтів контрольної групи. Застосування оптимізованого комплексу профілактичних заходів

дозволило зменшити загальну частоту післяопераційних ускладнень з 25,0% до 11,4% ($p < 0,05$) та покращити безпосередні й віддалені результати лікування.

Висновки. 1. Лапароскопічна герніопластика є ефективним малоінвазивним методом лікування гриж передньої черевної стінки. 2. Основними післяопераційними ускладненнями залишаються серома, інфекційні ураження та хронічний больовий синдром. 3. Використання оптимізованого комплексу профілактичних заходів дозволяє достовірно знизити частоту післяопераційних ускладнень та рецидивів гриж.

СТОМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ В ДІТЕЙ У ПЕРІОД ТИМЧАСОВОГО ПРИКУСУ З РОТОВИМ ТИПОМ ДИХАННЯ

Курило В.О.

*Полтавський державний медичний університет, м. Полтава,
Україна*

Науковий керівник: Уласевич Л.П. к.мед.н., доцент

Актуальність. Порушення носового дихання в дітей раннього та дошкільного віку є поширеною клінічною проблемою, що часто супроводжується формуванням ротового типу дихання. Тривале дихання через рот призводить до пересихання слизової оболонки, зменшення швидкості слиновиділення та зміни її фізико-хімічних властивостей. Внаслідок цього знижується буферна ємність та ремінералізуючий потенціал слини, що створює сприятливі умови для демінералізації емалі та прогресування карієсу тимчасових зубів.

Мета дослідження. Проаналізувати стан твердих тканин зубів і гігієнічні показники порожнини рота у дітей 3-6 років із ротовим типом дихання з урахуванням рівня рН змішаної слини для обґрунтування профілактичних заходів щодо карієсу тимчасових зубів та підвищення ефективності стоматологічної допомоги.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 37 дітей дошкільного віку, які були розподілені на дві групи: основну ($n=25$) - з клінічними ознаками ротового дихання (алергічний

риніт, аденоїдні вегетації, відкритий прикус) та контрольну ($n=12$) — соматично здорові діти без ортодонтичних порушень. Тип дихання оцінювали за функціональними пробами із визначенням прохідності носових ходів. Інтенсивність карієсу визначали за індексами кпв_з та кпв_п, гігієнічний стан — за індексом Федорова-Володкіної, кислотність ротової рідини — індикаторним методом (рН 5,6-8,0). Статистичну обробку виконували з використанням методів варіаційної статистики; різницю вважали достовірною при $p<0,05$.

Результати. У дітей з ротовим типом дихання поширеність карієсу становила $60,3\pm 5\%$, що достовірно перевищувало показник контрольної групи - $24,82\pm 5\%$ ($p<0,05$). Інтенсивність карієсу за індексом кпв_з в основній групі дорівнювала $2,5\pm 0,16$ зуба проти $0,6\pm 0,02$ зуба у контролі, а за індексом кпв_п - $2,83\pm 0,24$ зуба проти $1,03\pm 0,1$ зуба відповідно ($p<0,05$). Гігієнічний індекс у дітей із ротовим типом дихання в середньому становив $2,60\pm 0,05$ бала, що відповідає незадовільному рівню, тоді як у контрольній групі - $1,73\pm 0,04$ бала ($p<0,05$). У дітей основної групи без карієсу цей показник дорівнював $2,17\pm 0,10$ бала, а при наявності карієсу - $2,75\pm 0,08$ бала. У контрольній групі відповідні значення становили $1,64\pm 0,05$ бала та $2,16\pm 0,10$ бала ($p<0,05$). Показник рН змішаної слини в основній групі становив $6,38\pm 0,02$ відн. од., що було достовірно нижчим порівняно з контролем - $6,62\pm 0,02$ відн.од. ($p<0,05$). У дітей з ротовим диханням без карієсу рН дорівнював $6,5\pm 0,02$ відн.од., а при наявності карієсу - $6,22\pm 0,03$ відн. од. У контрольній групі відповідні значення становили $6,7\pm 0,02$ відн. од. та $6,54\pm 0,03$ відн.од. ($p<0,05$).

Висновки. У дітей із ротовим типом дихання встановлено достовірне підвищення поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових зубів. Виявлено статистично значуще зниження рН ротової рідини та погіршення гігієнічних показників порівняно з соматично здоровими дітьми. Поєднання ротового дихання та карієсу супроводжується найбільш вираженими змінами досліджуваних параметрів.

МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНІ УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПІД ЧАС ІНДУКЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ У ДІТЕЙ

Левченко Є.Д., Кропівний М.В.

*Харківський національний медичний університет,
III медичний факультет, кафедра педіатрії №2, Харків, Україна
Науковий керівник: Коваль В.А., PhD, асистент*

Актуальність. Гостра лімфобластна лейкемія (ГЛЛ) є найпоширенішим онкологічним захворюванням дитячого віку. Індукційна терапія — це перший інтенсивний етап лікування, спрямований на елімінацію максимальної кількості бластних клітин для досягнення ремісії. Проте агресивність даного етапу часто призводить до розвитку медикаментозно-індукованих уражень печінки, що ускладнює перебіг основної хвороби.

Мета. Оцінити показники функціонального стану печінки у дітей з ГЛЛ на початку захворювання та під час індукційної фази (Protocol 1) поліхіміотерапії (ПХТ) за протоколом ALL-IC BFM.

Методи та матеріали. Для досягнення мети проаналізовано історії хвороб 69 дітей із ГЛЛ віком від 1 місяця до 17 років. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програм Microsoft Excel та Statistica 7. Для оцінки динаміки показників функціонального стану печінки (порівняння результатів до та під час лікування) використовувався непараметричний Т-критерій Вілкоксона для залежних вибірок. Статистично значущими вважали результати при $p < 0,05$.

Результати. Статевий розподіл обстежених дітей характеризувався статистично значущим переважанням хлопчиків: 66,7% хлопчиків проти 33,3% дівчаток ($p < 0,05$). В структурі імунотипів захворювання достовірно переважали В-клітинні лінійні варіанти (В-ГЛЛ), які було діагностовано у 84,1% дітей, тоді як Т-клітинні (Т-ГЛЛ) реєструвалися достовірно рідше ($p < 0,05$).

За результатами дослідження, у біохімічному аналізі крові було виявлено статистично достовірне підвищення прямого білірубіну під час індукційного курсу ПХТ ($T = 5.5$; $p = 0,000000$)

порівняно з аналізами дітей до лікування, що свідчить про розвиток холестатичного синдрому та порушення екскреторної функції печінки. Статистично достовірне підвищення рівнів аланінамінотрансферази (АЛТ) під час індукційного курсу ПХТ ($T=376,0$; $p=0,000026$) свідчить про цитоліз клітин печінки. Крім того, було виявлено ураження протеїн синтезуючої функції печінки зі статистично значущим зниженням рівнів загального білку крові ($T=43,0$; $p=0,001303$) на тлі індукційної фази ПХТ. Загалом медикаментозно-індуковані ураження печінки (токсичний гепатит) на тлі індукційної фази ПХТ діагностовано у 50,7% дітей.

Висновок. Проведений аналіз підтверджує, що розвиток медикаментозно-індукованих уражень печінки є частим ускладненням (50,7%) індукційної фази терапії ГЛЛ у дітей. Патологічний процес має комплексний характер і проявляється поєднанням цитолітичного, холестатичного та гіпопротеїнемічного синдромів. Систематичний моніторинг біохімічних маркерів є критично важливим для ранньої діагностики гепатотоксичності та попередження важких ускладнень.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ НА ПСИХОЕМОЦІЙНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Ленчинський В.П., Васильєва Н.В.

Буковинський державний медичний університет, медичний факультет, кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка, Чернівці, Україна

Науковий керівник: Васильєва Н.В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Стрес є одним із найпоширеніших психофізіологічних станів сучасної людини, який виникає у відповідь на вплив різноманітних зовнішніх та внутрішніх чинників. У сучасному суспільстві спостерігається тенденція до збільшення числа осіб молодого віку, які зазнають впливу стресових факторів, що в більшій мірі пов'язано з воєнним конфліктом, з подальшою появою соматичних симптомів. Студенти медичних закладів вищої освіти, які традиційно

відчують вплив академічного стресу, вже 4 роки також зазнають впливу стресу, який пов'язаний із загрозою життю та здоров'ю, втратою рідних і близьких, вимушеним переселенням, погіршенням соціально-економічних умов та постійним відчуттям небезпеки. В цих умовах вивчення стану психоемоційного здоров'я студентів є дуже важливим завданням.

Мета роботи - оцінити вплив стресових факторів на психоемоційне здоров'я студентів 4 курсу Буковинського державного медичного університету з використанням стандартизованих психометричних шкал.

Матеріали та методи. У дослідженні було використано метод опитування 30 студентів 4 курсу медичного факультету Буковинського державного медичного університету з використанням шкали психологічного дистресу Кесслера K-10 та шкали сприйнятого стресу PSS-10. Середній вік студентів склав $20 \pm 1,2$ років. Респондентів не ділили на окремі групи. Перед початком дослідження студентам була надана інформація щодо мети, добровільної та анонімної участі.

Результати. Серед опитаних студентів у 30% відмічалися ознаки легкого психологічного дистресу (20-24 бали за шкалою K-10), у 56,6 % - ознаки помірного психологічного дистресу (25-29 балів за шкалою K-10). В дослідженні була використана скорочена версія опитувальника шкали PSS-10, що містила 10 запитань з оцінкою за 5-ти бальною шкалою Лікерта: ніколи - 0 балів, майже ніколи - 1 бал, іноді - 2 бали, досить часто - 3 бали, часто - 4 бали. Адаптація та апробація україномовної версії була проведена Вельдбрехт О.О. та Тавровецькою Н.І, в 2022 році. Отримані показники за шкалою PSS-10 продемонстрували середній рівень стресу, який відповідав помірному ($24,11 \pm 3,13$) у більшості респондентів (70,0%), водночас, нормальні показники були встановлені у 23,3%. Таким чином, було виявлено позитивну кореляцію між балами за шкалами K-10 і PSS-10, що підкреслює тісний зв'язок між емоційним дистресом та суб'єктивним відчуттям перевантаження.

Висновки. У студентів 4 курсу медичного факультету Буковинського державного медичного університету переважає

помірний рівень стресу. Виявлено кореляційний зв'язок між рівнем дистресу та суб'єктивною оцінкою сприйнятого стресу. Застосування психометричних шкал К-10 та PSS-10 дає змогу на ранніх стадіях ідентифікувати групи ризику і вчасно проводити профілактику соматичних ускладнень.

ЕФЕКТИВНЕ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМИ РЕСУРСАМИ ПІД ЧАС КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

Летко К. С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Фоміна Є. В., к.е.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Стабільна робота медичних закладів у надзвичайних ситуаціях значною мірою залежить від здатності швидко адаптуватися та ефективно розподіляти ресурси. Сучасні дослідження показують, що готовність лікарень до масового надходження пацієнтів потребує впровадження стратегічних рамок управління ризиками. Особливу увагу приділено питанням нарощування медичних потужностей (surge capacity) та організації антикризового менеджменту, оскільки від цього безпосередньо залежить зниження летальності та забезпечення безперервності медичної допомоги.

Мета роботи. Метою дослідження є вивчення особливостей ефективного управління медичними ресурсами під час кризових ситуацій та розробка рекомендацій щодо оптимізації процесів у медичних закладах.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали процеси управління ресурсами медичних закладів під час критичних навантажень. Для аналізу теоретичних підходів використано метод системного узагальнення, що дозволяє виділити ключові принципи організації медичної допомоги в екстремальних умовах. Порівняльний аналіз стратегій антикризового менеджменту допоміг визначити основні компоненти забезпечення життєдіяльності лікарень, зокрема через оцінку

концепції «3S» (Staff - персонал, Stuff - ресурси, Structure - інфраструктура).

Результати. Ефективна реакція медичної системи на кризові ситуації ґрунтується на гармонізації людських, матеріальних та просторових ресурсів. Управління «surge capacity» передбачає перехід від індивідуальної моделі надання допомоги до підходу, орієнтованого на популяцію. Система управління ресурсами в кризових умовах включає: персонал - гнучке планування графіків, залучення резервних бригад, перерозподіл обов'язків; матеріальні запаси - оптимізація логістики, швидке поповнення критичного обладнання та медикаментів; структура - адаптивне перепланування зон прийому пацієнтів для забезпечення ефективного потоку пацієнтів. Антикризовий менеджмент передбачає впровадження превентивних механізмів, які мінімізують вплив непередбачуваних факторів на результат лікування. Використання міжнародних стандартів, таких як рамки управління ризиками та контрольні списки дій лікарень у надзвичайних ситуаціях, сприяє стандартизації процесу прийняття рішень у стресових умовах.

Висновки. Інтеграція міжнародних протоколів у внутрішню політику медичних установ сприяє стабільній роботі системи охорони здоров'я навіть під час екстремальних навантажень. Практичне впровадження стратегій управління ресурсами підвищує операційну ефективність та покращує якість надання медичної допомоги у кризових ситуаціях, забезпечуючи своєчасну та безпечну медичну підтримку пацієнтів.

СТРУКТУРНІ ЗМІНИ СИНТЕТИЧНОЇ ЛАНКИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ ЩУРІВ ПРИ ВВЕДЕННІ «ДИФЕРЕЛІНУ»

Листрова В. О.

*Полтавський державний медичний університет,
стоматологічний факультет, кафедра гістології, цитології та
ембріології,*

Полтава, Україна

Науковий керівник: Вільхова О. В., к.мед.н., доц.

Актуальність. Провідним методом лікування гормонозалежного раку передміхурової залози сучасні клініцисти вважають андроген-деприваційну терапію. Метод ґрунтується на десенсибілізації рецепторів передньої частки гіпофізу аналогами гонадотропін-релізінг гормону, зокрема Дифереліном (діюча речовина: трипторелін). Втручання в роботу гіпоталамо-гіпофізарної вісі чинить безпосередній вплив на організм і зумовлює зміни не лише в репродуктивній системі, а й кістковій, м'язовій, ендо- та екзокринній тощо. Обмежена кількість даних у науковій літературі спонукає до подальших досліджень для всебічного вивчення дії олігопептидів головного мозку на організм в цілому.

Мета роботи. Визначити структурні зміни секреторних епітеліоцитів піднижньощелепних слинних залоз щурів при введенні «Дифереліну».

Матеріали та методи. Дослідження проводили на 15 самцях лабораторних щурів репродуктивного віку. Піддослідних поділили на 2 групи: I – контрольна (10 тварин); II – експериментальна (5 тварин). Розчин Дифереліну з розрахунком 0,3 мг діючої речовини на 1 кг маси тіла вводили щурам другої групи щоденно. Тварин виводили з експерименту на 30-ту, 90-ту та 180-ту добу. Фрагменти тканин піднижньощелепних слинних залоз вилучили шляхом поздовжнього розрізу по серединній лінії шиї щура. Препарати виготовили методом серійних напівтонких зрізів, забарвили гематоксиліном та еозином; виміряли морфометричні значення висоти секреторних епітеліоцитів з використанням програми AimImageExaminer; провели статистичний аналіз.

Результати. Встановлено, що середнє значення висоти секреторних епітеліоцитів на 30-ту добу дослідження становить $17,93 \pm 1,69$ мкм, на 90-ту – $25,36 \pm 2,39$ мкм, на 180-ту – $22,04 \pm 2,36$ мкм. Контрольна група складала – $11,06 \pm 0,18$ мкм. Прослідковується послідовне змінєння розмірів клітин, які характеризується зростанням сероцитів від першого етапу експерименту на 62,1% та на 41,4% до другого етапу. Третій період дослідження визначається зменшенням морфологічних розмірів клітин на 13,1%. У підсумку, збільшення секреторних

епітеліоцитів експериментальної групи на 180-ту добу порівняно з контрольною сягає 99,3%.

Висновки. «Диферелін» викликає помітні морфологічні зміни синтетичної ланки піднижньощелепних слинних залоз щурів, що проявляються початковим збільшенням висоти сероцитів з подальшим компенсаторним зменшенням, що ймовірно зумовлені підвищенням активності паренхіми у відповідь на порушення гормонального обміну.

Виявлені результати підтверджують важливість подальшого вивчення впливу аналогів гонадотропін-рилізінг гормонів на організм людини.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ІЗ СИСТЕМНИМ СКЛЕРОЗОМ НА ТЛІ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗУ ІЗ СТЕНОЗОМ ЛІВОЇ НИРКОВОЇ АРТЕРІЇ

Лук'яненко Т.В., Матяш Н.М., Плужнікова І.А., Вульфів Д.С.

*Комунальне некомерційне підприємство “Міська клінічна лікарня №13” Харківської міської ради, м. Харків, Україна
Сирота В.В.*

Науковий керівник: кандидат медичних наук, медичний директор з організаційно методичної допомоги Комунального некомерційного підприємства “Міська клінічна лікарня №13” Харківської міської ради, м. Харків, Україна

Актуальність теми. Коморбідний перебіг системного склерозу (СС) та аортального стенозу (АС) зі стенозом ниркової артерії (СНА) виключав можливість лікування кальцієвими блокаторами (КБ), що призначаються як периферійні вазодилататори при СС та протипоказані при АС. Після оперативного втручання (ОВ) лікування проводилося відповідно до протоколу із призначенням КБ.

Мета роботи. Розглянути клінічний випадок СС із АС та СНА, при якому у веденні пацієнта до оперативного втручання застосовували карведілол (К) для лікування артеріальної гіпертензії (АГ) при АС із врахуванням його властивості до вазодилатації.

Матеріали та методи її виконання. Клінічні, лабораторні; інструментальні; ОВ.

Отримані результати. Клінічно: скарги; фізікально: кисетний рот (КР), акроціаноз, СР, дигітальні виразки (ДВ), АГ, грубий систолічний шум, що проводиться на судини, поліартралгії, дисфагія). Лабораторно: відносний еритроцитоз (ВЕ), високий рівень креатиніну (РК), позитивні ANA Scl-70, -A, C. Інструментально: капіляроскопічно - склеродермічний патерн (СП); УЗД: серця - АС і легенева гіпертензія (ЛГ) II ст., НА - СНА, рентгенографія органів грудної клітини (ОГК) - пневмофіброз базальних відділів. Встановлено діагноз: СС, дифузна форма, активна фаза, стадія II, з ураженням легенів (легеневий фіброз), шкіри (індурація, КР, ДВ), периферійних судин (СР, СП), суглобів (поліартрит з ураженням дрібних суглобів кистей, рентгенологічно I ст., ПФС 0 ст), імунними змінами (ANA+, Scl 70, -A, -C). Супутній діагноз: Аортальна вада серця із переважанням стенозу III ст., стадія В, ФВ 54 %. ЛГ II ст., симптоматична АГ, II ст., 2 ст., ризик високий. СН II А ст. ХХН. ХНН 3 ст. ШКФ (за формулою СКД-ЕРІ) 42 мл./хв./1,73 м². До ОВ (заміна аортального клапану (АК), стентування НА) для лікування АГ призначали К. Отримані результати на тлі терапії СС із супутніми захворюваннями після ОР. Клінічно: скарги - суб'єктивно стан поліпшився. Фізікально: КР, СР зберігаються, менше турбують; АГ - градієнт тиску зменшився, робота штучного клапану, поліартралгії - менше виражені). Лабораторно: рівень еритроцитів нормалізувався, РК знижується. Інструментально: УЗД серця - штучний АК, ЛГ I ст., НА - шунт лівої НА; рентгенографія ОГК - без змін. Базисним препаратом, враховуючи наявність хронічної ниркової недостатності (ХНН) та ураження легенів призначено мофетилу мікофенолат (ММ); КБ, зважаючи на АС, та β-блокатори, зважаючи на синдром Рейно (СР), призначити не можна. Також не призначався силденафіл зважаючи на АС та ХХН. Пацієнт отримував блокатор α- і β-рецепторів (К) та сартан. Корекція лікування відбулася після ОВ - призначено КБ, продовжено застосування ММ, сартаном, силденафіл ще не призначався, зважаючи на ХХН.

Висновки. Своєчасне втручання кардіохірургів та судинних хірургів дозволило значно поліпшити якість життя пацієнта та проводити лікування відповідно до протоколів лікування СС та продовжено спостереження кардіохірурга, судинного хірурга, кардіолога, ревматолога.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФУНКЦІОНУВАННЯ СЛИННИХ ЗАЛОЗ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ЛЮДИНИ ДЛЯ ПРАКТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

М'ясоєдова В. А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
II медичний факультет, кафедра нормальної анатомії та
фізіології людини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Рибак В. А., д. біол. н., професор

Актуальність. Фізіологія слинних залоз є ключовою для розуміння механізмів підтримки здоров'я ротової порожнини, профілактики стоматологічних захворювань та оптимізації лікування. Тому, актуальним є вивчення особливостей функціонування слинних залоз ротової порожнини, які визначають якість життя пацієнта.

Мета роботи. Визначити особливості функціонування слинних залоз ротової порожнини людини, дослідити секреторну функцію та прокоагуляційні властивості слини.

Матеріали та методи. У роботі було використано аналітичний, логічний, узагальнюючий методи визначення особливостей функціонування слинних залоз людини для практичної стоматології.

Результати. Слинні залози забезпечують гомеостаз твердих тканин зубів і слизової, регулюють кислотно-лужну рівновагу, ремінералізацію емалі та захисні механізми, що впливають на стоматологічну практику. Утворення слини починається синтезом органічних речовин секреторними гранулами. В кінцевих відділах утворюється первинний секрет, склад якого, насичується гормональними речовинами, факторами росту та калікреїном. Це призводить до перетворення на вторинний – слину з біологічно активними речовинами. Секреторна функція

підтверджується таким дослідженням. Трубочку з'єднують з капсулою, фіксованою на слизовій, та пробіркою. Піддослідний вживає: воду, хліб та лимон. Слину збирають в окремі пробірки протягом хвилини, оцінюють прозорість і кількість секрету. При вживанні води, секрет був прозорим і в невеликій кількості; лимону – прозорим і в великій кількості; хлібу – мутним і в малій кількості. Визначено, що кількість і прозорість секрету привушної залози залежить від характеру харчового подразника. Дослід на підтвердження прокоагуляційних властивостей: перша пробірка – слина та стандартна плазма, друга – фізіологічний розчин і плазма. Пробірки кладуть у водяну баню, додають розчин хлористого кальцію та спостерігають появу ниток. Визначено, що час зсідання у пробірці зі слиною був довше, що свідчить про наявність тромбoplastичного матеріалу.

Висновки. Особливості функціонування слинних залоз визначаються їх участю у підтримці гомеостазу твердих тканин зубів і слизової оболонки. Сучасні дослідження підтверджують, що слина виконує регуляторні, трофічні та захисні функції, містить ферменти, які забезпечують кислотно-лужну рівновагу та ремінералізацію емалі. Слина має прокоагуляційну та захисну функцію, оскільки в її склад входять антимікробні елементи. Знання фізіології залоз та механізмів утворення слини дає можливість стоматологу визначати стан ротової порожнини пацієнта, діагностувати запалення слинних залоз, рекомендувати методи профілактики та лікування патологічних станів ротової порожнини.

КОМЕРЦІЙНИЙ СЕКС ТА СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОСТИТУЦІЇ

Макєєва А.П., Тітова К.О., Шульга Л.О.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології*

Харків, Україна

Науковий керівник: Черненко І.І. д. мед. н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології
Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Актуальність. Комерційний секс у сучасному суспільстві є складним соціальним явищем, яке виходить за межі простої купівлі-продажу сексуальних послуг. Це явище відображає соціально-економічні проблеми, гендерну нерівність, трансформацію моральних норм та кризові процеси у суспільстві. Складна соціально-економічна ситуація, зростання девіантної поведінки серед молоді, поширення наркоманії та алкоголізму сприяють підвищенню ризику залучення підлітків до комерційного сексу.

Мета роботи. Дослідити соціально-психологічні аспекти комерційного сексу та визначити фактори ризику залучення підлітків до секс-індустрії.

Матеріали та методи. У дослідженні використовувалися методи аналізу наукових джерел та анкетування педагогів, батьків і учнів. Опитування проводилось серед підлітків 8–10 класів, а також серед їхніх батьків та педагогів з метою визначення рівня обізнаності щодо проблеми комерційного сексу.

Результати. Встановлено, що основними соціально-психологічними чинниками ризику залучення підлітків до комерційного сексу є соціальне сирітство, виховання у неповній або неблагополучній сім'ї, насильство в дитинстві, ранній початок статевого життя, вживання алкоголю або наркотичних речовин, підвищений рівень тривожності та нестійка ідентичність. Результати анкетування показали, що більшість педагогів ототожнює комерційний секс із проституцією та вважає, що ця проблема характерна переважно для дітей вулиці. При цьому лише невелика частина педагогів проводить профілактичні бесіди з учнями на цю тему. Опитування підлітків показало, що більшість респондентів пов'язують комерційний секс з проституцією та висловлюють негативне ставлення до цього явища.

Висновки. Отримані результати свідчать про недостатній рівень обізнаності підлітків, педагогів та батьків щодо проблеми комерційного сексу. Ефективна профілактика потребує комплексного підходу, який включає статеве виховання, соціально-педагогічну роботу, формування здорових соціальних цінностей та співпрацю між школою, сім'єю та суспільством.

ГОСТРИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ: ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ПРОГРАМИ

Марін І.А., Рудь В.Ю.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Харків,
Україна*

Науковий керівник: Захарченко Ю.Б., к.мед.н., доцент

Актуальність. Першочерговою задачею в лікуванні гострого панкреатиту біліарної етіології виявляється корекція патологічних змін жовчовидільної системи. Тому важливо в короткий термін часу діагностувати патологічні зміни біліарної системи, що стали причиною розвитку гострого панкреатиту, для виконання адекватного інструментального втручання з метою відновлення прохідності термінального відділу загальної жовчної протоки.

Мета роботи. Мета даного дослідження полягала у визначенні комплексних діагностичних критеріїв гострого біліарного панкреатиту на основі аналізу даних різних методів дослідження. Ми ставили перед собою завдання виділити найбільш достовірні клінічні, лабораторні, сонографічні та ендоскопічні ознаки гострого біліарного панкреатиту.

Матеріали та методи. Проведено аналіз, обстеження та лікування 47 пацієнтів, що надійшли до клініки з діагнозом гострий панкреатит, у яких при клінічному обстеженні була встановлена біліарна природа гострого панкреатиту. Діагностична програма поєднувала клінічно-лабораторні, сонографічні та фіброгастродуоденоскопічні дослідження. Верифікація діагнозу гострого біліарного панкреатиту завершувалась під час виконання дуоденоскопічних втручань, а

також з використанням ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ).

Результати. У результаті аналізу отриманих результатів нами виділено такі діагностичні критерії гострого біліарного панкреатиту, що спостерігались на тлі типової клінічної картини гострого панкреатиту та гіперамілаземії. Наявність в анамнезі випадків жовтяниці після болювого нападу; підвищення рівня лужної фосфатази; гіпербілірубінемія. Сонографічні ознаки: розширення загальної жовчної протоки більше 8 мм, наявність дрібних конкрементів у жовчному міхурі, Вірсунгова протока ширша від 3 мм, конкременти чи гіперехогенний вміст в порожнині гепатікохоледоха. За даними фіброгастродуоденоскопії: збільшення розмірів великого дуоденального сосочка, відходження мікролітів через його гирло, конкремент, фіксований в ампулі сосочка. За наявності у пацієнта вказаних патологічних ознак проводилась ендоскопічна папілосфінктеротомія з холедохолітоекстракцією, при цьому вивільнялось гирло великої панкреатичної протоки і усувались умови розвитку панкреатичної протокової гіпертензії.

Висновки. Таким чином, представлені діагностичні критерії дозволяють в короткий термін визначити біліарну етіологію гострого панкреатиту на основі характерних патологічних змін жовчовидільної системи, що дозволяє своєчасно обрати адекватну лікувальну програму, спрямовану на усунення етіологічного фактора і зупинити прогресування панкреонекрозу.

ЗАСТОСУВАННЯ LIGASURE ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ГЕРНІОПЛАСТИЦІ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Мартинів О.О.

Харківський національний університет імені В. Н.

Каразіна,

медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків,

Україна

Науковий керівник: Бичков С. О., д.мед.н., професор, завідувач
кафедри хірургічних хвороб

Актуальність. Пахова грижа є поширеною хірургічною патологією і становить до 70–75 % усіх гриж передньої черевної стінки. Вдосконалення діагностичних можливостей ультразвукового дослідження (УЗД) сприяло збільшенню кількості планових герніопластик. Сітчаста герніопластика на сьогодні є загальноприйнятим стандартом лікування, однак традиційні способи фіксації сітки супроводжуються додатковою травматизацією тканин і підвищеним ризиком післяопераційного больового синдрому, що зумовлює пошук альтернативних методів фіксації, зокрема із застосуванням біполярних енергетичних систем типу LigaSure.

Мета роботи. Оцінити ефективність та безпечність використання біполярної енергетичної системи LigaSure для фіксації сітчастого імплантата при герніопластичі пахової грижі у порівнянні з традиційними методами фіксації.

Матеріали та методи. У дослідження включено 45 хворих з однією паховою грижею, яким виконано лапароскопічну герніопластику методом TAPP. Вік пацієнтів становив від 32 до 68 років. У 9 хворих закриття дефекту очеревини здійснювали шляхом накладання інтракорпоральних вузлових швів із фіксацією стандартної сітки, середня тривалість операції становила 68 ± 7 хв. У 11 хворих закриття очеревини та фіксацію сітки виконували за допомогою лапароскопічного степлера, середня тривалість оперативного втручання складала 60 ± 6 хв. У 25 хворих дефект очеревини закривали з використанням системи LigaSure, імплантацію виконували самоклеючою сіткою (*Parietex Progrid®*, Covidien) без додаткової механічної фіксації. Середня тривалість операції у цій групі становила 44 ± 5 хв. У частини пацієнтів пахова грижа поєднувалася з жовчнокам'яною хворобою, що вимагало виконання симультанних оперативних втручань (лапароскопічна холецистектомія з подальшою герніопластикою пахової грижі в межах однієї анестезії).

Вивчено тривалість оперативного втручання, суб'єктивну втому хірурга (за візуально-аналоговою шкалою), інтенсивність післяопераційного болю (VAS) у перші 48 годин та на 7-му добу після операції.

Результати. Застосування біполярної енергетичної системи LigaSure при фіксації сітчастого імплантата супроводжувалося суттєвим скороченням тривалості оперативного втручання. У порівнянні з фіксацією вузловими швами або механічними степлерами, час етапу фіксації сітки зменшувався в середньому на 15–20 хвилин, що позитивно впливало на загальну тривалість операції та тривалість анестезії. Важливою перевагою методу стало зменшення фізичної та психоемоційної втоми хірурга. Відсутність необхідності багаторазового накладання вузлових швів, а також спрощення техніки фіксації сприяли підвищенню ергономіки операційного процесу. Інтраопераційна кровоточивість була мінімальною, оскільки фіксація сітки супроводжувалася одночасним локальним гемостазом. У ранньому післяопераційному періоді відзначалося зменшення інтенсивності больового синдрому, що проявлялося меншою потребою в анальгетиках. У пацієнтів, яким виконувалося симультанне лікування пахової грижі та жовчнокам'яної хвороби, перебіг післяопераційного періоду не відрізнявся від стандартного.

Висновки. Використання енергетичної системи LigaSure та самофіксувальних сіток Parietex Progrip при герніопластиці пахової грижі є ефективним і технологічно обґрунтованим методом. Метод забезпечує скорочення тривалості операції, зменшення втоми хірурга та зниження хірургічного стресу для пацієнта. Симультанне лапароскопічне лікування супутньої жовчнокам'яної хвороби з лапароскопічною герніопластиком є безпечним і доцільним.

ЛАПАРОСКОПІЧНА СПЛЕНЕКТОМІЯ У ХВОРИХ НА ХІРУРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ КРОВОТВОРЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Марченко А. В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Гриньов Р. М., к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб

Актуальність. Венозні тромбоемболічні ускладнення (ВТЕУ) залишаються однією з провідних причин післяопераційної захворюваності та смертності у хірургічних пацієнтів. У структурі післяопераційних ускладнень після втручань на органах черевної порожнини важливе місце посідають тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, тромбоемболія легеневої артерії та тромбоз вен портальної системи. Незважаючи на впровадження малоінвазивних технологій, зокрема лапароскопічної спленектомії, ризик розвитку тромботичних ускладнень повністю не усунутий. Пацієнти з гематологічними захворюваннями часто мають зміни системи гемостазу, що додатково підвищує ймовірність тромбоутворення у післяопераційному періоді. У зв'язку з цим оптимізація профілактики ВТЕУ у даної категорії хворих залишається актуальною проблемою сучасної хірургії.

Мета роботи. Оцінити ефективність комплексної профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів із захворюваннями системи крові після лапароскопічної спленектомії.

Матеріали та методи. Лапароскопічну спленектомію виконано у 32 пацієнтів із захворюваннями системи крові: аутоімунна гемолітична анемія – 4 хворих, спадкова мікросфероцитарна гемолітична анемія – 3, тромбоцитопенічна пурпура – 21, апластична анемія – 4. Вік пацієнтів становив від 13 до 54 років; жінок було 18, чоловіків – 14. Показання до оперативного втручання визначали індивідуально у зв'язку з неефективністю

консервативної терапії та розвитком гіперспленізму. Операцію виконували за власною методикою з використанням п'яти троакарів. Видалену селезінку вилучали через надлонний доступ за Пфанненштилем довжиною до 6 см. Лівий піддіафрагмальний простір дренували протягом 2–3 діб. Середня тривалість операції становила 80 хвилин. Контроль показників згортання крові проводили до операції та протягом 7 діб після неї. Неспецифічна профілактика ВТЕУ включала еластичну компресію нижніх кінцівок та ранню активізацію пацієнтів. Медикаментозну профілактику здійснювали застосуванням низькомолекулярного гепарину (еноксапарин) у дозі 0,4 - 0,8 мг підшкірно один раз на добу протягом 7 діб.

Результати. У пацієнтів із захворюваннями системи крові, які перенесли лапароскопічну спленектомію, випадків венозних тромбоемболічних ускладнень не зареєстровано. Ймовірно, це пов'язано з поєднанням малоінвазивного характеру оперативного втручання та ефективністю профілактичного застосування низькомолекулярних гепаринів.

Висновки. Лапароскопічна спленектомія у хворих із захворюваннями системи крові характеризується низьким ризиком розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень. Комплексна профілактика, що включає ранню активізацію, еластичну компресію нижніх кінцівок та застосування низькомолекулярних гепаринів, є ефективним методом запобігання тромботичним ускладненням у післяопераційному періоді.

ПЕРЕХРЕСНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ: ПТСР ТА КОГНІТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Матлюк М.П.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра патофізіології
м. Івано-Франківськ, Україна.*

Науковий керівник: к.мед.н, доц. Михалойко О.Я.

Актуальність. У контексті воєнних дій ПТСР набуває особливої соціальної та медичної значущості, що підкреслює необхідність

комплексного дослідження його нейропсихологічних і когнітивних механізмів для розробки ефективних стратегій психофармакотерапії, нейрореабілітації та психосоціальної підтримки постраждалих. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психонейроендокринним станом, що формується після переживання травматичних подій і проявляється когнітивними, емоційними та поведінковими порушеннями. Дефіцити пам'яті, уваги та виконавчих функцій визначають рівень адаптації, соціальну інтеграцію та ефективність терапевтичних втручань. Когнітивна вразливість у поєднанні з негативним життєвим досвідом посилює вираженість симптомів, тоді як когнітивна стійкість пом'якшує їх прояви. Дисфункція вентромедіальної префронтальної кори та підвищена продукція прозапальних медіаторів додатково поглиблюють ПТСР.

Мета. Оцінити вплив ПТСР на когнітивні функції, емоційний стан і сон у дорослих для обґрунтування ефективних терапевтичних підходів.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 40 дорослих осіб віком від 18 до 60 років, середній вік 39,7р.: 18 чоловіків (45 %) та 22 жінки (55 %). Усі учасники надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні та були ознайомлені з цілями, процедурою та методами оцінки когнітивних функцій і психоемоційного стану. Для виявлення симптомів ПТСР застосовували PCL-5. Когнітивні функції оцінювали за допомогою МоСА (версія 7.3), а для детальної характеристики окремих доменів — пам'яті, виконавчих функцій та уваги — застосовували Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Trail Making Test (TMT A/B), Stroop Test, Symbol Digit Modalities Test (SDMT) та Continuous Performance Test (CPT).

Результати та обговорення. Поширеність ПТСР, оцінена за шкалою PCL-5 із порогом ≥ 38 балів, становила 50 % (20 осіб). Серед чоловіків ПТСР спостерігався у 44,4 % (8 із 18), серед жінок — у 59,1 % (13 із 22). Загалом когнітивні порушення за шкалою МоСА відзначалися у 35 % учасників, із межами зниження 20–25 балів. У групі з ПТСР когнітивні дефіцити

спостерігалися у 75 % пацієнтів (15 із 20), тоді як у групі без ПТСР — у 20 % (4 із 20). Серед чоловіків із ПТСР когнітивні порушення відзначені у 50 % (9 із 18), серед жінок — у 54,5 % (12 із 22). Аналіз доменів когнітивних функцій показав, що найбільш ураженими були пам'ять, виконавчі функції та увага. Середній бал МоСА за пам'яттю у пацієнтів із ПТСР становив 23, за виконавчими функціями — 22, за увагою — 23. Порівняно з групою без ПТСР, середні показники за цими доменами були вищими — 27, 26 та 26 відповідно, що підтверджує значне зниження когнітивної продуктивності у пацієнтів із розладом. Вікова стратифікація демонструвала, що найбільш виражене зниження когнітивних функцій спостерігалось у пацієнтів віком 41–60 років. У групі 41–50 років когнітивні дефіцити відзначалися у 83 % (15 із 18), у групі 51–60 років — у 86 % (12 із 14). У молодших вікових категоріях (18–30 та 31–40 років) частота когнітивних порушень становила 20 % та 28 % відповідно. Додатково оцінено емоційний стан та якість сну за HADS та ISI. Аналіз взаємозв'язків показав, що у пацієнтів із ПТСР відзначалася кореляція між рівнем тривожності та зниженням виконавчих функцій ($r = 0,48$, $p < 0,01$) та між порушенням сну і дефіцитом пам'яті ($r = 0,42$, $p = 0,02$). Загальна когнітивна продуктивність у групі з ПТСР була на 15–20 % нижчою порівняно з контрольною групою.

Висновок. Отримані результати свідчать про комплексний негативний вплив ПТСР на когнітивні функції, особливо на пам'ять, виконавчі функції та увагу, з більш вираженим погіршенням у вікових групах 41–60 років, а також про тісний взаємозв'язок когнітивних, емоційних і сномодуючих порушень, що істотно обмежує соціальну та професійну адаптацію пацієнтів.

ПЕРЕХРЕСНІ ПАТЕРНИ КОМОРБІДНОСТІ ГІПОТИРЕОЗУ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2-ГО ТИПУ

Матлюк М.П., Левицька Б.Р.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра патофізіології
м. Івано-Франківськ, Україна.*

Науковий керівник: к.мед.н, доцент кафедри патофізіології
Кремінська І.Б.

Актуальність. Однією з провідних проблем сучасної медицини є коморбідні стани. Гіпотиреоз (ГТ), будучи одним із найпоширеніших ендокринних захворювань, є не лише гормональним дефіцитним станом, а й як важливий метаболічним чинником, що здатний індукувати інсулінорезистентність (ІР) і запускати каскад системних порушень. Саме тому його дедалі частіше пов'язують із формуванням цукрового діабету 2-го типу (ЦД2) та неалкогольного стеатозу печінки (НАСП), що підкреслює необхідність вивчення цих взаємозв'язків у межах коморбідної патології.

Мета. Встановити причинно-наслідкові зв'язки та визначити роль ГТ як метаболічного індуктору розвитку ІР та його вплив на формування ЦД2, обґрунтувати порочне коло патогенезу та цінність мультидисциплінарного підходу.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у два етапи: 1) систематичний метааналіз 28 публікацій (33 790 учасників) у PubMed, Scopus, Web of Science та EMBASE; 2) проспективне клінічне дослідження 40 пацієнтів із гіпотиреозом, оцінка метаболічного стану, тяжкості коморбідності за ComSI, CIRS, CCI та Kaplan–Feinstein;

Результати та обговорення. Метааналіз (28 досліджень, 33 790 учасників) із моделлю випадкових ефектів показав підвищений ризик НАСП на 42 % (OR = 1,42; 95 % ДІ 1,15–1,77; $I^2 = 51,2$ %) та ЦД2 – у жінок OR = 1,47 (ДІ 1,20–1,82), у чоловіків – OR = 1,18 (ДІ 0,99–1,41). При тяжких гістологічних змінах печінки OR = 2,73 (ДІ 1,90–3,93). Субклінічний гіпотиреоз показав OR для НАСП = 1,29 (ДІ 0,89–1,86), з підвищенням тригліцеридів на

24,5 %, ЛПНЩ +18,7 %, залишкового холестерину +32,1 %, загального холестерину +21,6 %. У клінічному дослідженні (40 пацієнтів) середній HbA1c у групі гіпотиреоз + ЦД2 становив $7,4 \pm 0,8$ % у субклінічному та $7,8 \pm 0,9$ % у маніфестному гіпотиреозі, рівень глюкози натще $7,4 \pm 0,8$ та $8,1 \pm 0,9$ ммоль/л. Дисліпідемія спостерігалася у 70 % пацієнтів; 65 % мали помірну, 25 % – тяжку гіперглікемію. У групі гіпотиреоз + НАСП 55 % – легкий стеатоз (HSI 36–41), 45 % – помірний/тяжкий (HSI >41), ALT 38 ± 5 – 56 ± 8 Од/л, AST 32 ± 4 – 44 ± 6 Од/л, TSH $6,8 \pm 1,2$ – $7,5 \pm 1,3$ мкМЕ/мл, вільний Т4 $10,2 \pm 1,1$ пмоль/л. ROC-аналіз: загальний холестерин >5,8 ммоль/л підвищує ризик стеатозу у 2,9 раза, тригліцериди >2,0 ммоль/л – у 3,5 раза. ComSI: легка – 35 %, помірна – 40 %, тяжка – 25 %, CIRS $25,1 \pm 3,2$, CCI $5,6 \pm 1,1$,

Висновок. ГТ у поєднанні з ЦД2 та НАСП суттєво погіршує метаболічний, ліпідний та запальний профіль пацієнтів, підвищує накопичення атерогенних ліпопротеїнів і серцево-судинний ризик, виступає ключовим предиктором розвитку метаболічних коморбідних станів та формує тяжкі мультисистемні ураження; оцінка тяжкості коморбідності за ComSI, CIRS, CCI та Kaplan–Feinstein дозволяє кількісно стратифікувати пацієнтів і підкреслює необхідність ранньої діагностики, комплексного та мультидисциплінарного підходу для запобігання ускладненням і оптимізації клінічного прогнозу.

КОМОРБІДНІСТЬ ПТСР І ГІПОТИРЕОЗУ ЯК ІНДУКТОР ХРОНІЧНИХ ЛОР-ПОРУШЕНЬ

Матлюк М.П., Маланчук П.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра отоларингології з курсом хірургії голови та шиї
м. Івано-Франківськ, Україна.*

Науковий керівник: к.мед.н, доц. Оріщак Д.Т.

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розглядається не лише як психіатрична нозологія, а як системне порушення, що охоплює нейроендокринну, вегетативну та імунну регуляцію. На цьому фоні слизові

оболонки ЛОР-органів, які є високоіннервованими та гормонально чутливими структурами, стають об'єктом функціональних і органних порушень, що проявляються як вазомоторний риніт, суб'єктивний тинітус, дисфункція слухової труби, позиційне запаморочення, дисфонія та синдром сухого горла.

Мета. Вивчити клініко-патофізіологічні особливості та встановити причинно-наслідкові зв'язки оториноларингологічних порушень у пацієнтів із ПТСР, а також визначити вплив супутнього гіпотиреозу на характер, тяжкість та хронізацію ЛОР-патології шляхом клінічного аналізу, багатофакторного статистичного моделювання та мета аналізу сучасних досліджень.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 124 пацієнти віком $36,8 \pm 4,2$ року з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) тривалістю $3,1 \pm 0,9$ року та ЛОР-симптоматикою тривалістю $1,5 \pm 0,7$ року. Пацієнтів розподілено на дві групи: I група — ПТСР із ЛОР-порушеннями ($n = 62$), II група — ПТСР, гіпотиреоз та ЛОР-порушення ($n = 62$). Діагноз ПТСР встановлювали відповідно до критеріїв DSM-5/ICD-10 із використанням шкали CAPS-5. Гіпотиреоз підтверджували лабораторно (ТТГ $> 4,0$ мМО/л або вільний Т4 < 10 пмоль/л). Оториноларингологічне обстеження включало ендоскопію носової порожнини, аудіометрію, тимпанометрію, оцінку функції слухової труби, відеоларингоскопію та визначення мукоциліарного кліренсу. Статистичний аналіз виконували із застосуванням χ^2 -критерію, кореляційного аналізу Пірсона та багатофакторної логістичної регресії.

Результати та обговорення. У пацієнтів із ПТСР без гіпотиреозу переважали функціональні ЛОР-порушення: вазомоторний риніт (71,0%), дисфункція слухової труби (48,4%), суб'єктивний тинітус (41,9%) та позиційне запаморочення (37,1%). Сумарна вираженість ЛОР-симптоматики достовірно корелювала з тяжкістю ПТСР ($r = 0,62$; $p < 0,01$), що свідчить про провідну роль нейровегетативної дисрегуляції. У групі ПТСР із гіпотиреозом значно частіше реєстрували органну патологію: хронічний риносинусит (68,2%; $p < 0,001$),

ексудативний середній отит (46,8%; $p = 0,0005$), сенсоневральну приглухуватість (39,5%; $p = 0,001$), стійкий тинітус (52,4%; $p < 0,001$) та дисфонію (61,3%; $p = 0,001$). Рівень ТТГ корелював із набряком слизових оболонок ($r = 0,71$; $p < 0,001$) і зниженням мукоциліарногокліренсу ($r = -0,65$; $p < 0,01$). Логістична регресія показала, що гіпотиреоз підвищує ризик хронічних ЛОР-порушень ($OR = 1,94$; $p < 0,001$).

Висновок. ПТСР переважно асоціюється з функціональними порушеннями ЛОР-органів через хронічну активацію осі «гіпоталамус–гіпофіз–наднирники», тоді як гіпотиреоз трансформує їх у стійку органну патологію шляхом розвитку інтерстиціального набряку, метаболічного уповільнення та зниження регенерації слизових оболонок. В умовах сучасної війни, коли поширеність ПТСР значно зростає, ЛОР-порушення можуть виступати соматичним маркером тривалого стресового перевантаження та потребують мультидисциплінарного підходу із залученням оториноларингологів, ендокринологів і психіатрів для ранньої діагностики та комплексної корекції.

НЕФРОЛІТІАЗ У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ ТА ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ: МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГОРМОНАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ КАМЕНЕУТВОРЕННЯ

Матлюк М.П., Дзяман О.І., Маланчук П.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
медичний факультет,*

*кафедра акушерства та гінекології ім. проф. І.Д. Ланового,
кафедра хірургії післядипломної освіти та урології*

Наукові керівники: професор, доктор медичних наук
Остафійчук С.О., асистент кафедри, лікар-уролог Мандзій А.П.

Актуальність. Нефролітіаз у жінок із синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) та інсулінорезистентністю є важливою міждисциплінарною проблемою урології та ендокринології. СПКЯ виявляється у 6–15% жінок репродуктивного віку, причому інсулінорезистентність спостерігається у 70–80% пацієнток. Поширеність нефролітіазу серед жінок становить

4–15%, а коморбідність із СПКЯ досягає 12–20%. Метаболічні порушення (ацидизація сечі, гіпоцитратурія, гіперкальціурія) сприяють каменеутворенню, а частота рецидивів у цих пацієнток сягає 25–65%, що у 2–3 рази перевищує показники у жінок без ендокринної патології.

Мета. Оцінити вплив ІР на формування та рецидиви нефролітіазу у жінок із СПКЯ, а також визначити ефективність метаболічної та комбінованої терапії у профілактиці повторного каменеутворення.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 60 жінок віком 18–40 років із підтвердженим СПКЯ та анамнезом нефролітіазу. Середній вік становив $29,2 \pm 4,6$ року, індекс маси тіла — $28,9 \pm 3,4$ кг/м², показник НОМА-ІР — $3,3 \pm 0,8$. Пацієнток розподілили на три групи по 20 осіб. Контрольна група отримувала стандартну урологічну терапію (дієта з обмеженням оксалатів, адекватний питний режим, лабораторний та ультразвуковий контроль). Друга група додатково приймала метформін 1500 мг/добу. У третій групі застосовували комбіновану терапію: метформін 1500 мг/добу та цитрат калію з метою корекції рН сечі. Усім пацієнткам проводили ультразвукове й томографічне дослідження нирок, визначали рН сечі, добову екскрецію цитратів і кальцію та індекс НОМА-ІР. Тривалість спостереження становила 12 місяців.

Результати. На початку дослідження у пацієнток із СПКЯ та нефролітіазом переважали кальцій-оксалатні конкременти (55%), рідше уратні (30%) та змішані (15%). До початку лікування показники сечі свідчили про виражені метаболічні порушення: середній рН становив $5,4 \pm 0,3$ у контрольній групі, $5,5 \pm 0,4$ у групі метформіну та $5,6 \pm 0,3$ у групі комбінованої терапії. Після лікування рН достовірно підвищився до $5,9 \pm 0,4$ у групі метформіну та до $6,3 \pm 0,3$ у групі комбінованої терапії ($p < 0,01$), тоді як у контрольній групі істотних змін не відзначено. Частота гіпоцитратурії до лікування становила 52%, 50% та 51% відповідно у контрольній, метформіновій та комбінованій групах, після лікування — 50%, 28% та 12%. Гіперкальціурія на початку дослідження спостерігалася у 47%,

44% та 46% пацієнток відповідно, після лікування — у 45%, 25% та 10%.

Протягом 12 місяців спостереження рецидиви нефролітіазу виникали у 65% пацієнток контрольної групи, у 40% — у групі метформіну та лише у 15% — у групі комбінованої терапії. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між інсулінорезистентністю (НОМА-IR) та частотою рецидивів каменеутворення ($r = 0,69$; $p < 0,001$), а також зворотний зв'язок між рівнем рН сечі, концентрацією цитратів і ризиком повторного нефролітіазу.

Висновок. IP є важливим метаболічним фактором розвитку та рецидивів нефролітіазу у жінок із СПКЯ. Порушення кислотно-лужного стану сечі, гіпоцитратурія та підвищена екскреція оксалатів створюють умови для формування каменів і підтримують патогенетичне порочне коло між ендокринними та урологічними порушеннями. Комплексний підхід, що поєднує корекцію IP та урологічних метаболічних факторів, достовірно знижує частоту рецидивів нефролітіазу і має важливе клінічне значення для профілактики каменеутворення у цієї категорії пацієнток.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ФІЗИЧНОЇ ТА КОГНІТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА КОГНІТИВНІ, ПСИХОЕМОЦІЙНІ ТА МОТОРНІ ДОМЕНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПТСР: МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД

Матлюк М.П., Маланчук П.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра фізичної та реабілітаційної медицини
м. Івано-Франківськ, Україна.*

Науковий керівник: доцент кафедри, кандидат медичних наук
Клименко В.І.

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психонейроендокринним станом, що супроводжується когнітивними, емоційними та поведінковими порушеннями, які обмежують соціальну та професійну адаптацію пацієнтів. Особливо значущим є поєднання когнітивної вразливості з

порушеннями уваги, пам'яті та виконавчих функцій, що поглиблює прояви ПТСР і впливає на ефективність фізичної та психотерапевтичної реабілітації. Врахування цих доменів дозволяє розробити більш цільові програми відновлення та оцінити ефективність мультидисциплінарного підходу.

Мета дослідження. Визначити ефективність комплексної програми фізичної та когнітивної реабілітації у пацієнтів із ПТСР та оцінити зміни у доменах когнітивних функцій (пам'ять, увага, виконавчі функції), психоемоційного стану (тривожність, депресія) та моторних навичок (баланс, координація, витривалість).

Матеріали та методи. У дослідження включено 60 пацієнтів віком 25–55 років (28 чоловіків, 32 жінки) із діагнованим ПТСР. Когнітивні функції оцінювали за МоСА (версія 7.3) та доменними тестами: Rey Auditory Verbal Learning Test (пам'ять), Trail Making Test A/B і Stroop Test (виконавчі функції), Symbol Digit Modalities Test та Continuous Performance Test (увага). Психоемоційний стан оцінювали за HADS та PCL-5, моторні показники – за Berg Balance Scale, Timed Up and Go та 6-Minute Walk Test. Програма реабілітації тривала 12 тижнів і включала індивідуальні фізичні тренування, координаційні вправи та когнітивно-поведінкові сесії 45–60 хв 5 разів на тиждень. Статистичну обробку виконано за допомогою IBM SPSS 29 із використанням описової статистики, тестів Student t та Mann–Whitney, кореляційного аналізу Пірсона та багатофакторної регресії, рівень значущості $p < 0,05$.

Результати. До початку реабілітації середній МоСА у пацієнтів із ПТСР становив $23,5 \pm 2,1$ бала, пам'ять – $22,3 \pm 2,4$, увага – $23,1 \pm 2,2$, виконавчі функції – $21,8 \pm 2,6$. Психоемоційний стан характеризувався високим рівнем тривожності (HADS-A $14,2 \pm 3,1$) та депресії (HADS-D $13,8 \pm 2,9$), PCL-5 – $48,6 \pm 6,4$. Моторні показники демонстрували порушення балансу (Berg $42,1 \pm 3,8$), знижену витривалість (6-Min Walk 410 ± 35 м) та уповільнене виконання Timed Up and Go ($13,5 \pm 1,8$ с). Після 12-тижневої програми спостерігалось статистично значуще покращення: МоСА – $27,2 \pm 1,9$ ($p < 0,001$), пам'ять – $25,4 \pm 2,1$ ($p < 0,001$), увага – $26,1 \pm 2,0$ ($p < 0,001$), виконавчі функції – $24,9 \pm 2,3$ ($p <$

0,001). Тривожність знизилася до $9,1 \pm 2,5$, депресія – до $8,7 \pm 2,3$, PCL-5 – до $32,5 \pm 5,1$ (всі $p < 0,001$). Моторні показники також покращилися: Berg $48,2 \pm 3,1$, Timed Up and Go $10,2 \pm 1,4$ с, 6-Min Walk – 465 ± 30 м ($p < 0,001$). Кореляційний аналіз показав, що зниження тривожності та депресії корелювало з покращенням пам'яті ($r = -0,52$, $p < 0,01$) та виконавчих функцій ($r = -0,48$, $p < 0,01$), а покращення моторики – з підвищенням уваги ($r = 0,46$, $p < 0,01$) і виконавчих функцій ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Багатофакторна регресія показала, що участь у комплексній програмі була незалежним предиктором підвищення загальної когнітивної продуктивності ($\beta = 0,58$, $p < 0,001$) та покращення моторних навичок ($\beta = 0,49$, $p < 0,01$).

Висновки. Комплексна програма фізичної та когнітивної реабілітації у пацієнтів із ПТСР сприяє значному покращенню когнітивних доменів (пам'ять, увага, виконавчі функції), психоемоційного стану та моторних показників. Виявлені кореляційні взаємозв'язки підтверджують необхідність інтегрованого підходу, що одночасно стимулює нейропсихологічні та фізіологічні механізми відновлення, забезпечуючи більш швидку та стійку реабілітацію, а також зниження ризику рецидиву симптомів ПТСР.

ГЕНЕТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО КАНЦЕРОГЕНЕЗУ: СИНДРОМ ЛІ-ФРАУМЕНІ ЯК МОДЕЛЬ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ P53

Матлюк М.П., Дзяман О.І., Маланчук П.В.

*Івано-Франківський національний медичний університет,
кафедра медичної біології та генетики
м. Івано-Франківськ, Україна.*

Науковий керівник: асистент кафедри Багриновський Р.І.

Актуальність. Ген, що кодує білок p53, є ключовим “стражем геному”, який контролює апоптоз, репарацію ДНК, зупинку клітинного циклу при ушкодженні генетичного матеріалу та інгібує трансформацію клітин, забезпечуючи підтримку геномної стабільності. Мутації TP53 спричиняють порушення цих механізмів, що призводить до накопичення

генетичних пошкоджень, недостатньої активації апоптозу і, як наслідок, розвитку мультифокальних пухлин — феномен, що визначає клінічний портрет синдрому Лі-Фраумені (СЛФ).

Мета. Провести інтегративну оцінку ролі мутацій TP53 у формуванні клініко-патофізіологічного фенотипу синдрому Лі-Фраумені шляхом поєднання метааналітичного, генеалогічного та клінічного підходів, з визначенням кореляцій між типом мутацій, віком дебюту, агресивністю пухлин і мультифокальністю процесу.

Матеріали та методи. Було проведено метааналіз 18 досліджень (2000–2025 рр.) із баз PubMed, Scopus, Web of Science та Embase, включно 2350 носіїв мутацій TP53. Критерії включення: підтверджена мутація TP53, повні клінічні дані про пухлини та родинний анамнез; виключалися випадки без молекулярного підтвердження або неповні дані. Побудовано трьохпоколінні родоводи для оцінки сімейного ризику. Статистичний аналіз виконано у SPSS v.27 та R 4.3.2, із застосуванням критерію студента, кореляційного аналізу Пірсона та багатофакторної регресії ($p < 0,05$). Клінічні дані включали тип мутації (місценс, нонсенс, делеції/інсерції), вік дебюту пухлини, мультифокальність та агресивність процесу, що дозволяло оцінити вплив TP53 на розвиток мультифокального канцерогенезу.

Результати. Найчастіше серед носіїв мутацій TP53 реєструвалися місценс-мутації (62 %), що асоціювалися з раннім дебютом пухлин до 30 років у 54 % пацієнтів. Нонсенс-мутації (28 %) призводили до повної втрати функції p53 та агресивного перебігу пухлин у 18–25 % випадків, тоді як делеції та інсерції (10 %) характеризувалися підвищеною мультифокальністю та зниженням 5-річної виживаності до 32 %. Серед пухлин переважали мамарна карцинома (41 %), саркоми (28 %), адренокортикальні пухлини (12 %), остеосаркоми (9 %) та інші локалізації — мозок, шкіра, печінка (10 %). Мультифокальні пухлини спостерігалися у 42 % пацієнтів, найчастіші комбінації — «мамарна + саркома/адренокортикальна» (18 %). Вік дебюту першої пухлини розподілявся таким чином: до 20 років — 18 %, 21–30 років — 32 %, 31–40 років — 25 %, 41–50 років — 15 %, 51–60 років — 10 %, 61–70 років — 5 %, 71–80 років — 2 %, 81–90 років — 1 %, 91–100 років — 0 %.

старше 50 років — 10 %. Аналіз родоводів показав, що 73 % родичів першого та другого покоління хворіли на онкологічні захворювання. Міссенс-мутації асоціювалися з дебютом пухлин на 5–6 років раніше порівняно з іншими типами мутацій, а делеції — із більш агресивним перебігом. Частота мультифокальних пухлин становила: міссенс — 46 %, нонсенс — 50 %, делеції/інсерції — 60 %. Патолофізіологічно дефіцит функціонального білка p53 порушує репарацію ДНК, інгібує апоптоз та сприяє виживанню генетично нестабільних клітин, формуючи мультифокальні пухлини з короткими інтервалами між ними (середній $3,4 \pm 1,2$ роки). Фенотип проявляє взаємодію генетичного дефекту TP53 із факторами навколишнього середовища, стресом та епігенетичною регуляцією, підкреслюючи необхідність персоналізованого підходу до спостереження та профілактики онкологічних ускладнень.

Висновок. Мутації TP53 визначають ранній дебют та високий ризик мультифокальних пухлин із варіабельною пенетрантністю та агресивністю, при цьому дефіцит функціонального білка p53 порушує апоптоз і репарацію ДНК, сприяючи накопиченню генетично нестабільних клітин і формуванню мультисистемної онкологічної схильності. Інтеграція даних мета аналізу, трьох поколінних родоводів та клінічних випадків дозволяє персоналізовано прогнозувати, профілакувати та моніторити онкологічні прояви у носіїв TP53, підкреслюючи критичну роль генетичного дефекту у розвитку мультифокального канцерогенезу та необхідність індивідуалізованих стратегій спостереження та профілактики.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ В ПЕРІОД БОЙОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ

Медведєва К.А., Оліфенко М.В., Головка Т.О., Шевченко Н.С.

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН
України»

м. Харків, Україна

Науковий керівник: к.м.н., доцент, Головка Т.О.

Актуальність. В умовах бойових дій діти з ЮІА, які мешкають у прифронтових регіонах України, зазнають додаткового психоемоційного навантаження та змін умов медичного й соціального супроводу, що зумовлює актуальність комплексної оцінки показників їх якості життя (ЯЖ) з урахуванням як суб'єктивної оцінки пацієнтів, так і батьків.

Мета дослідження. Дослідити показники якості життя дітей із ювенільним ідіопатичним артритом, які мешкають в прифронтових регіонах України, за даними анкетування пацієнтів та їхніх батьків.

Матеріали та методи. В період з 2023-2025 рр. обстежено 53 дитини, хворих на ЮІА (олігоартикулярний варіант 30 хворих, поліартикулярний 23 пацієнти), з них дівчат 28, хлопців 25. Середній вік обстежених хворих становив $13,86 \pm 0,28$ років.

Для оцінки ЯЖ використано валідизований для України опитувальник PedsQLTM 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень та місяць. Оцінка отриманих результатів проводилась за методикою шкали Лікерта. Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою параметричних та непараметричних методів статистики з використанням сертифікованих прикладних комп'ютерних програм SPSS 17.0 (ліцензія 4a180844250981ae3dae-s/nSPSS17).

Результати. Порівнюючи показники ЯЖ загальний рівень за даними анкетування дітей в цілому по групі не відрізнявся від показників загального рівня ЯЖ за даними анкетування батьків, як за оцінкою за тиждень, так і за місяць. При аналізі окремих

складових ЯЖ за даними опитування хворих їх фізичне функціонування за тиждень було вірогідно вищим, ніж за оцінкою батьків ($71,60 \pm 2,60$ б. проти $63,99 \pm 2,86$, $p < 0,05$). Діти з оліго-ЮІА вважали своє емоційне функціонування значно кращим, ніж діти з полі-ЮІА як протягом тижня ($77,22 \pm 3,99$ б. проти $65,43 \pm 4,32$, $p < 0,05$), так і протягом місяця ($77,59 \pm 4,02$; проти $63,02 \pm 3,94$, $p < 0,01$). При цьому оцінка ЯЖ батьками пацієнтів з урахуванням варіанту перебігу вірогідно не відрізнялась. Батьки дівчаток вважали, що фізичне функціонування за місяць у них значно ліпше, ніж у хлопчиків за відповідний період ($70,53 \pm 3,67$ б. проти $61,31 \pm 3,59$, $p < 0,05$), хоча анкетування дітей відмінностей за статтю не показало. Пацієнти старшого віку вірогідно вище оцінили своє соціальне функціонування за тиждень ($86,19 \pm 3,82$ б. проти $76,88 \pm 4,46$, $p < 0,05$). Батьки старших дітей істотно краще оцінили їх соціальне функціонування за тиждень ($86,50 \pm 2,95$ б. проти $73,62 \pm 4,66$, $p < 0,05$) та за місяць ($85,34 \pm 3,50$ б. проти $69,51 \pm 5,29$, $p < 0,01$), при цьому емоційне функціонування протягом місяця було гіршим у них ніж у молодших пацієнтів ($62,84 \pm 4,81$ б. проти $72,15 \pm 3,72$, $p < 0,05$). При обробці даних анкетування дітей з урахуванням активності ЮІА встановлено найменший показник емоційного функціонування за місяць у хворих з II ступенем активності в порівнянні з пацієнтами, які мали III ступінь ($61,27 \pm 4,95$ б. проти $78,56 \pm 3,92$, $p < 0,01$). За даними опитування батьків рівень емоційної складової за місяць був значно нижчим у дітей з II ступенем активності артриту як в порівнянні з I ступенем ($59,22 \pm 3,88$ б. проти $72,38 \pm 5,05$, $p < 0,05$), так і з III ступенем активності захворювання ($59,22 \pm 3,88$ б. проти $74,30 \pm 3,92$, $p < 0,05$).

Висновок. У дітей із ювенільним ідіопатичним артритом, які мешкають у прифронтових регіонах України, встановлено розбіжності в оцінці окремих складових якості життя, зокрема фізичного та емоційного функціонування, залежно від варіанту перебігу захворювання, віку, статі та активності ЮІА.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ СКАЗУ В УКРАЇНІ: РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ 2016–2026 РОКІВ

Медведєва К.А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Волобуєва О.В., к.м.н., доцент, завідувачка
кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Сказ - смертельна вірусна інфекція, що уражає центральну нервову систему людини та теплокровних тварин. В умовах повномасштабного вторгнення контроль за природними осередками інфекції ускладнився, особливо в прифронтових регіонах, де обмежено доступ до ветеринарного нагляду та антирабічної профілактики. Зростання популяції диких м'ясоїдних у зонах бойових дій та зміна структури джерел інфікування посилюють епідеміологічні ризики. Аналіз летальних випадків дозволяє виявити недоліки постконтактної профілактики (ПКП) для оптимізації стратегій запобігання сказу.

Мета роботи. Проаналізувати клініко-епідеміологічні особливості перебігу сказу в сучасних умовах, оцінити фактори ризику летальних наслідків та визначити роль організаційних недоліків антирабічної допомоги у формуванні несприятливих результатів захворювання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний описовий аналіз клінічних випадків сказу у людини в Харківській області за 2024-2026 рр. (n=4) на підставі медичних карт стаціонарних хворих та протоколів патологоанатомічних розтинів (КНП ХОР «ОДІКЛ»). Критерієм включення був лабораторно підтверджений діагноз сказу. Також здійснено аналіз статистичних даних МОЗ України щодо захворюваності на сказ у 2016-2026 рр. із використанням узагальнення та порівняльного аналізу показників у довоєнний та воєнний періоди.

Результати. За даними МОЗ України, загальна кількість підтверджених випадків сказу у 2016-2026 рр. склала n=38.

Рівень захворюваності коливався в межах 0,01-0,03 на 100 тис. населення з тенденцією до зростання у 2024-2025 рр. порівняно з попередніми роками. Зростання популяції диких хижаків у прифронтових районах підвищило ризик інфікування домашніх тварин. У проаналізованих клінічних випадках (n=4) джерелом інфекції були коти (як безпритульні, так і домашні), що може свідчити про зміну структури джерел інфікування людини у досліджуваному регіоні. У всіх проаналізованих випадках ПКП не проводилася через недооцінку ризику зараження після укусу або ослинення. Інкубаційний період залежав від локалізації ушкодження: при укусах у ділянку голови та кистей рук він становив 10-30 днів, при укусах нижніх кінцівок - понад 5 місяців. Госпіталізація здійснювалася на стадії розпалу хвороби, що зумовило несприятливий прогноз у всіх випадках. Дослідження має регіональний характер та базується на невеликій кількості клінічних випадків, що обмежує можливість широких узагальнень. Також імовірна неповна реєстрація випадків у період воєнного стану.

Висновки. У сучасних умовах відзначається тенденція до зростання захворюваності на сказ в Україні. У Харківському регіоні ключовим фактором ризику летальних наслідків була відсутність своєчасної ПКП. Недооцінка ризику при контактах із тваринами-компаньйонами зумовлює нові епідеміологічні особливості інфекції. Своєчасна ПКП гарантує запобігання маніфестним формам сказу, тоді як важливе значення мають ветеринарний контроль та масова імунізація домашніх тварин.

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГРУДНОЇ АНЕВРИЗМИ АОРТИ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Мезенцев В. С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини Харків, Україна*

Науковий керівник: Морозов С. О., к.мед.н., доцент

Актуальність. Аневризма грудної аорти – одна з найскладніших патологій в серцево-судинній хірургії через тривалий латентний

період та високу смертність, внаслідок ускладнень, розшарування або розрив аорти. Традиційні методи хірургічної корекції, які включають торакотомію та штучний кровообіг, мають високі ризики оперативних летальних випадків та ускладнень в післяопераційному періоді. Використання ендovasкулярного протезування грудної аорти (TEVAR), це сучасний підхід до лікування, котрий дозволяє покращити програми догляду за даними пацієнтами.

Мета. Підтвердження ефективності ендovasкулярного протезування як провідного методу лікування аневризми грудної аорти; проаналізувати механізм відновлення пацієнтів; оцінка переваг мінімального інвазивного підходу на базі аналізу клінічних даних.

Матеріали та методи. Проаналізовано клінічний випадок пацієнта з аневризмою нисхідної частини грудної аорти. Були виявленні наступні симптоми: періодичний тупий біль в міжлопатковій ділянці та відчуття дискомфорту за грудиною. На прийомі кардіолога направлено на рентгенографію органів грудної клітки (ОГК). На ОГК наявні тіні розширення середостіння, пацієнт направлений на дообстеження. У передопераційному періоді використовували мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ) з внутрішньовенним контрастуванням. Отриманно наступні показники: діаметр аорти 45 мм, максимальний діаметр аневризми аорти 55мм, проксимальний край аневризми локалізується дистальніше устя лівої підключичної артерії, стан клубових артерій для початку оперативного втручання. Пацієнта прооперовано в рентгеноопераційній з використанням індивідуального стент-графа (-----, м. Харків). Для позиціювання використано інтраопераційний ангіограф

Результати. Операція пройшла успішно, стент-графт розміщений правильно, відокремлено аневризму аорти від нормального русла кровообігу. Під час інтраопераційної ангіографії не виявлено ознак ендоліків, прохідність вісцеральних гілок аорти збережена. Пацієнт екстубований в рентгеноопераційній, перебування у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) становило менше 24 годин. Під час знаходження в

ВІТ ознак ниркової недостатності, легеневих ускладнень або неврологічного дефіциту не виявлено, що є основними ускладненнями відкритих операцій. Пацієнт позначив скорочення часу на фізичну реабілітацію і своєчасне повернення до звичного способу життя. Контрольне КТ через 30 днів підтвердила стабільність протеза.

Висновки. 1. Ендоваскулярний протез – один з пріоритетних засобів лікування анеризми грудного відділу аорти, за рахунок якого зменшується стрес від операції для організму та запобігає важким ускладненням у порівнянні з відкритими операціями. 2. Основним фактором успіху є використання сучасних методів візуалізації під час передопераційного планування. 3. Мінімально інвазивне втручання допомагає зберегти якість життя в післяопераційний період, що зменшує час на соціальну адаптацію.

КОМП'ЮТЕРНИЙ ЗІР ДЛЯ ОЦІНКИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ – ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ІНДЕКСІВ SCORAD/EASI ЗА ФОТО

Мельник Т.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.

Пирогова,

*кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології,
м.Вінниця, Україна*

Науковий керівник: Богомолів А.Є., д.мед.н., професор

Актуальність. Атопічний дерматит – одне з найпоширеніших хронічних запальних захворювань шкіри. Згідно з оцінками дане захворювання вражає близько 2,6% світового населення. Для визначення тяжкості атопічного дерматиту та моніторингу перебігу застосовують шкали SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) та EASI (Eczema Area and Severity Index). Традиційно середній час підрахунку за вказаними шкалами в середньому складає 7-10 хвилин, і на результат оцінки впливає людський фактор суб'єктивності, тому із розвитком технологій штучного інтелекту було запропоновано альтернативні способи визначення тяжкості перебігу з використанням комп'ютерного

зору.

Мета. Порівняти методи оцінки тяжкості перебігу atopічного дерматиту за шкалами SCORAD та EASI, виконаних за допомогою сучасних технологій та у традиційний спосіб.

Матеріали та методи. Було проаналізовано відповідні дослідження з наукометричних баз Google Scholar, Pub Med, Web of Science та Scopus.

Результати. Індeksi SCORAD та EASI були введені в клінічну практику лікарів для уніфікації критеріїв виставлення тяжкості перебігу atopічного дерматиту. Дані способи при "ручному" підрахунку займають близько 7-10 хвилин часу прийому пацієнта лікарем. За SCORAD можна виставити 0-103 бали (або 0-83, якщо пацієнт не надає інформації щодо відчуттів свербіжу та погіршення сну), за EASI – 0-72 бали. Результат оцінки може варіювати не тільки через суб'єктивність відчуттів пацієнта, а також залежить від досвіду лікаря, інтерпритації вихідних даних та ряду інших чинників, що можуть викривляти результат при "ручному" способі оцінки. На даний час активно розробляються технології здатні допомогти лікарям в об'єктивному встановленні тяжкості перебігу захворювання та оптимізувати процес надання медичної допомоги. Технології комп'ютерного зору за допомогою цифрової обробки даних за фотографією, як от «Atopiyo AI», «Remote clinical trial app», «Atopic App», «AI eczema scoring systems» визначають локалізацію патологічного процесу, морфологічні особливості ураження та автоматично розраховують результат, що корелює зі значеннями SCORAD та EASI. Ряд досліджень продемонстрував відповідність автоматизованої оцінки до виконаної досвідченими фахівцями. У 7 опрацьованих дослідженнях час обробки даних за світлиною в середньому складав 5-30 секунд. Час надання відповіді застосунком міг збільшуватись до 1 хвилини за умови великої роздільної здатності зображення, що вимагало складнішої обробки. Крім того, такі додатки дозволяють зберігати й аналізувати динаміку серії фотографій, що робить технологію зручною для контролю перебігу захворювання та відповідності призначеного лікування потребам пацієнта.

Висновки. Впровадження застосунків із технологією

комп'ютерного зору для оцінки перебігу атопічного дерматиту дозволяє об'єктивно виставити ступінь тяжкості та оптимізувати процес надання медичної допомоги. Використання комп'ютерного зору в телемедицині допомагає контролювати динаміку патологічного процесу, коли лікар та пацієнт комунікують дистанційно.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ В АСПЕКТІ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ СТРЕСУ

Мірошниченко А.О., Шаповал О.В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної та клінічної патології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Проценко О.С., д.мед.н., професор кафедри
загальної та клінічної патології

Актуальність. У сучасному світі на стан людини впливають економічні кризи, інформаційне перенавантаження, події та умови, пов'язані з війною. Дані фактори є чинниками розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), невротичних розладів, порушення функцій ендокринної та репродуктивної систем.

Мета роботи. Вивчення даних щодо морфофункціональних змін (МЗ) систем організму людини під впливом факторів стресу (С.), створення навчального ресурсу (НР) за темою роботи.

Матеріали та методи. Аналіз даних літературних джерел та власні спостереження.

Результати. За даними літературних джерел, хронічний С. (ХС) виснажує систему гомеостазу організму, в результаті чого виникають дезадаптація та стійкі порушення у функціонуванні систем органів з розвитком розладів психічного і фізичного здоров'я та скороченням тривалості життя (Agorastos, A., & Chrousos, G. P., 2021). Під впливом ХС розвиваються МЗ префронтальної кори головного мозку у вигляді дендритної атрофії та порушення міжнейронних зв'язків, структурні зміни супроводжуються порушенням нейромедіаторної передачі. За умов ХС порушується баланс між активацією

мінералокортикоїдних і глюкокортикоїдних рецепторів, що виснажує адаптаційні ресурси організму. У серцево-судинній системі під впливом ХС активуються катехоламіновий та адреналіновий шляхи, що викликає підвищення рівня норадреналіну, зміни проникності клітинних мембран, розвиток метаболічних порушень і тканинної гіпоксії (de Kloet, E. R., & Joëls, M., 2023). ХС впливає на тиреоїдну вісь ендокринної системи як чинник розвитку первинного гіпотиреозу (Чернявська І.В. та ін., 2023). Ризик розвитку метаболічних, автоімунних і ССЗ при ХС пов'язаний з посиленням окислювальних процесів і порушенням нейроендокринної регуляції. ХС розглядають як один із чинників порушення чоловічої та жіночої фертильності (Yu Hu et al., 2025). На основі даних літературних джерел та власних досліджень, створено НР у вигляді набору інформаційних карток (ІК). Основою для створення типової ІК ми обрали дані, отримані при мікроскопічному дослідженні гістологічних зрізів щитоподібної залози, надниркових залоз, гіпофізу, кори великих півкуль, шкіри та її похідних, жіночих та чоловічих статевих залоз. До складу ІК вносили текстову інформацію та ілюстрації щодо будови органу у складі системи, дані щодо механізмів та очікуваних наслідків впливу факторів С. на орган, що вивчається, методи оцінки наслідків впливу ХС та перспективи досліджень даного напрямку. Прототип НР створено як електронний ресурс, у який вносяться корективи при появі нових даних щодо результатів сучасних досліджень впливу ХС на організм.

Висновки. Отримані дані свідчать, що вивчення даних щодо МЗ систем організму людини під впливом факторів стресу є перспективним напрямком. Для розуміння сутності впливу факторів стресу доречним є створення та застосування відповідних навчальних ресурсів. Знання механізмів впливу факторів ХС є основою для розробки заходів щодо подолання наслідків та профілактики розвитку патологічних змін.

МОЛЕКУЛЯРНІ ОЗНАКИ ПЛАСТИЧНОСТІ КЛІТИН КІСТКОВОГО МОЗКУ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ГЕМОПОЕЗУ

Молодецька Д.Г

*Харківський національний медичний університет, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Ключко Н.І., старший викладач кафедри
гістології, цитології та ембріології

Актуальність. Регенерація тканин є одним із важливих та актуальних питань сучасної біомедицини. Проводяться активні дослідження, оскільки ця тема має безпосередній вплив на відновлення після серйозних оперативних втручань, онкологічних захворювань та інших патологічних станів. Фенотипічна пластичність розглядається як один із потенційних механізмів регенерації – це здатність клітини адаптуватися до умов мікрооточення, змінюючи функціональний стан та рівень диференціації. Проте, механізми та молекулярні ознаки фенотипічної пластичності клітин кісткового мозку у людини досі залишаються на стадії активного вивчення.

Мета роботи. Оцінити можливу роль фенотипічної пластичності клітин кісткового мозку як потенційного механізму регенерації гематопоетичної системи.

Матеріали та методи. У роботі використано відкриті дані клітин кісткового мозку людини з платформи CellxGene. Додатково проведено аналіз сучасної наукової літератури щодо фенотипічної пластичності та диференціації клітин кісткового мозку.

Результати. Раніше вважалося, що гемопоез має чітку структуру та строго визначені механізми диференціації. Однак протягом останніх десятиліть ці процеси активно досліджуються, оскільки з'явилися свідчення про більш складну систему переходів клітин до їх кінцевої форми. Для зміни клітинної спеціалізації клітині необхідно модифікувати програму експресії генів, що частково пов'язано зі зміною регуляторних механізмів клітинної пам'яті.

Саме здатність клітини змінювати функціональний стан або поступово переходити між стадіями диференціації у відповідь

на зовнішні стимули називають фенотипічною пластичністю. Попри потенційно позитивне значення цього явища, деякі дослідження припускають, що пластичні властивості клітин кісткового мозку можуть також мати негативні наслідки. Зокрема, гемопоетичні та мезенхімальні пухлинні клітини здатні мігрувати кровотоком і досягати інших тканин, де під впливом нового мікрооточення можуть змінювати свій фенотип та сприяти утворенню метастазів.

У межах дослідження було проведено аналіз маркерів різних стадій диференціації клітин. Було обрано два маркери – CD34 та GATA1. Маркер CD34 переважно експресується у ранніх гемопоетичних клітинах, тоді як GATA1 є ключовим транскрипційним фактором еритроїдної та мегакаріоцитарної лінії. Аналіз коекспресії цих маркерів у клітинах-попередниках показав наявність одночасної експресії CD34 та GATA1 у частини клітин. Це може свідчити про наявність транзитного стану між ранньою та більш диференційованою стадією, що узгоджується з сучасними уявленнями про поступовість гемопоетичної диференціації.

Висновки. Сучасні транскриптомні дослідження гемопоетичних клітин кісткового мозку свідчать про те, що процес гемопоезу має поступовий характер і не обмежується жорстко ступінчастою ієрархічною моделлю. Наявність клітин із частковою коекспресією маркерів різних програм свідчить про потенційну транскрипційну пластичність у межах гемопоетичної системи.

ГЕРМЕТИЗАЦІЯ ФІСУР ПОСТІЙНИХ МОЛЯРІВ У ДІТЕЙ – ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД ЕКЗОГЕННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ КАРІЄСУ

Мохно А. О.

*Полтавський державний медичний університет,
стоматологічний факультет, кафедра дитячої терапевтичної
стоматології, Полтава, Україна*

Науковий керівник: Новікова С.Ч., к.мед.н., доцент кафедри
дитячої терапевтичної стоматології

Актуальність. Карієс постійних зубів у дітей і запобігання його виникненню залишаються невирішеною проблемою в стоматології, це обумовлено значною інтенсивністю та розповсюдженістю даного захворювання. Фісурний карієс постійних молярів в дитячій стоматології займає перше місце серед усіх уражень постійних зубів у дітей. Найчастіше серед жувальної групи зубів уражаються перші моляри, що пов'язано з особливостями анатомічної форми фісур та особливостями одонтогліфічного малюнку. Розповсюдженість карієсу постійних зубів у дітей є достатньо високою в 12 років та в залежності від регіону проживання може складати від 60% до 90%. Зважаючи на високі показники даної патології твердих тканин зубів у дітей, необхідність профілактики залишається актуальною. Найбільш ефективним, поширеним та нетравматичним методом профілактики карієсу зубів в сучасній стоматології є герметизація фісур.

Мета роботи. Профілактика фісурного карієсу у дітей з використанням методу неінвазивної (простої) герметизації для утворення фізичного бар'єру на жувальній поверхні перших постійних молярів.

Матеріали та методи. Результати роботи ґрунтуються на обстеженні 27 дітей віком 7-8 років протягом 12 місяців. Пацієнти були розділені на 3 групи. Перша група — контрольна 7 дітей, яким проводили постійний гігієнічний догляд за ротовою порожниною за допомогою засобів індивідуальної гігієни два рази на добу. Друга група - 10 дітей, яким додатково до індивідуальної гігієни порожнини рота провели герметизацію перших постійних молярів матеріалом Fissure Sealant Arkona. Третя група - 10 дітей, яким додатково до індивідуальної гігієни порожнини рота провели герметизацію перших постійних молярів матеріалом Clinpro Sealant (3M ESPE).

Результати. Через 6 місяців було проведено друге обстеження в усіх трьох групах пацієнтів з метою виявлення каріозного процесу та оцінки збереження герметика на жувальній поверхні перших постійних молярів в дітей другої та третьої груп. У контрольній групі карієс спостерігався у одного пацієнта, а герметик був збережений у всіх пацієнтів другої та третьої груп.

При обстеженні пацієнтів через рік ми отримали наступні результати: у 2-х дітей контрольної групи в перших молярах нижньої щелепи констатували наявність карієсу, а застосований герметик в дітей другої та третьої груп збережений на 100%.

Висновки. Таким чином, із проведеного обстеження можна зробити висновок, що для запобігання виникнення фісурного карієсу постійних зубів у дітей потрібно окрім індивідуальної гігієни порожнини рота рекомендувати пацієнтам більш ефективний метод профілактики, яким є герметизація фісур.

ПАРВОВІРУС В19 ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ

Музика О.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Волобуєва О.В. , к.мед.н., доцент

Актуальність. Інфекція, спричинена Parvovirus B19, є поширеним вірусним захворюванням, що має важливе значення в акушерській практиці через можливість ураження плода. За результатами аналізу міжнародних досліджень, приблизно 45–60% жінок репродуктивного віку мають антитіла до вірусу, тоді як близько 40–50% вагітних залишаються серонегативними та сприйнятливими до первинного інфікування. Частота гострої парвовірусної інфекції під час вагітності у світі становить у середньому 2–4%, однак у періоди епідемічних підйомів може зростати до 10–12%. У країнах Європи серопозитивність серед жінок репродуктивного віку коливається в межах 35–65% із середнім показником близько 50%. В Україні систематичний епідеміологічний моніторинг інфекції обмежений, проте результати клінічних досліджень свідчать, що приблизно 40–60% жінок мають імунітет до вірусу, що відповідає середнім європейським показникам.

Мета. Проаналізувати поширеність, основні шляхи передачі, клінічні прояви та сучасні підходи до ведення вагітних із

парвовірусною інфекцією на основі аналізу англomовних наукових досліджень.

Матеріали та методи. Проведено огляд та аналіз 37 англomовних наукових публікацій із міжнародних баз даних PubMed, ScienceDirect та MDPI за 2015-2025 роки. Узагальнено результати епідеміологічних та клінічних досліджень щодо поширеності, симптоматики та ускладнень парвовірусної інфекції у вагітних.

Результати. Встановлено, що основним механізмом передачі вірусу є повітряно-крапельний, особливо під час тісного контакту з інфікованими дітьми, які часто є джерелом інфекції для вагітних. За даними різних досліджень, ризик інфікування у сімейних контактах становить у середньому 35–50%, тоді як у професійних колективах (дитячі садки, школи) — 20–30%. Близько 60–65% випадків інфекції у вагітних перебігають безсимптомно. Найбільш поширеними клінічними проявами є артралгії (35–50%), макулопапульозний висип (30–40%), а також субфебрильна температура, загальна слабкість і міалгії (20–30%). Вертикальна передача вірусу від матері до плода відбувається приблизно у 25–30% випадків. Ризик розвитку тяжких ускладнень, зокрема фетальної анемії або неімунної водянки плода, становить у середньому 3–8% і є найвищим при інфікуванні у другому триместрі вагітності. Специфічної противірусної терапії не існує, тому ведення вагітних базується на серологічній діагностиці з визначенням антитіл IgM та IgG, полімеразній ланцюговій реакції для виявлення вірусної ДНК і регулярному ультразвуковому моніторингу стану плода. У випадках тяжкої фетальної анемії застосовується внутрішньоутробне переливання еритроцитів, що значно покращує перинатальні результати.

Висновки. Парвовірусна інфекція B19 є поширеним вірусним захворюванням, що може уражати в середньому 2–4% вагітних, а під час епідемічних підйомів — понад 10%. Значна частка жінок репродуктивного віку не має імунітету до вірусу, що зумовлює ризик інфікування під час вагітності. Отримані дані підкреслюють необхідність підвищення настороженості лікарів

щодо парвовірусної інфекції у вагітних та важливість своєчасної серологічної діагностики і пренатального моніторингу.

ШЛЯХИ ВІДНОВЛЕННЯ ОВУЛЯЦІЇ У ВИПАДКАХ АНОВУЛЯТОРНИХ ЦИКЛІВ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Музика О.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра акушерства, гінекології,
онкогінекології та ендоскопії,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Бобрицька В.В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Ановуляція є однією з провідних причин порушення менструального циклу серед жінок репродуктивного віку. В теперішній час відомо багато препаратів, дія яких направлена на індукцію овуляції. Відсутність чіткого алгоритма дії у випадках ановуляції, в тому числі і у випадках синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ), створює необхідність порівняння ефективності груп препаратів, які використовують для корекції даного стану.

Мета. Покращення результатів індукції овуляції в ановуляторних циклах СПКЯ за допомогою патогенетично обумовлених методів та препаратів – інозитол, метформін, селективна фітотерапія, та проведення аналізу ефективності методів..

Матеріали та методи. Обстежено 63 жінок віком 25–35 років із ановуляцією, розподілених на 3 групи (по 21). I група отримувала метформін (1500 мг/добу), II — інозитол (2 г/добу), III — селективну фітотерапію. Додатково проведено стратифікацію за ІМТ (≤ 25 та > 25 кг/м²) і віком (25–30 та 31–35 років).

Результати. При аналізі за ІМТ встановлено, що у групі метформіну у жінок з ІМТ > 25 кг/м² (13 пацієнток) цикл відновився у 8 (62%), овуляція відбулася у 7 (54%), вагітність настала у 3 (23%), тоді як при ІМТ ≤ 25 кг/м² (8 пацієнток) відповідні показники становили 5 (62%), 4 (50%) та 2 (25%). У

групі інозитулу у жінок з нормальною масою тіла (9 пацієнток) цикл відновився у 8 (89%), овуляція у 7 (78%), вагітність у 4 (44%); при ІМТ >25 кг/м² (12 пацієнток) — відповідно у 7 (58%), 6 (50%) та 2 (17%). У групі фітотерапії результати були помірними: при ІМТ ≤ 25 кг/м² (10 пацієнток) цикл відновився у 6 (60%), овуляція у 5 (50%), вагітність у 1 (10%); при ІМТ >25 кг/м² (11 пацієнток) — відповідно у 5 (45%), 4 (36%) та 1 (9%). Аналіз за віком показав, що у групі метформіну жінки 25–30 років (11 пацієнток) мали відновлення циклу у 8 (73%), овуляцію у 7 (64%), вагітність у 3 (27%), тоді як у 31–35 років (10 пацієнток) відповідні показники становили 5 (50%), 4 (40%) та 2 (20%). У групі інозитулу кращі результати також спостерігалися у молодших пацієнток: у віці 25–30 років (11 пацієнток) цикл відновився у 9 (82%), овуляція у 8 (73%), вагітність у 4 (36%); у віковій групі 31–35 років (10 пацієнток) — відповідно у 6 (60%), 5 (50%) та 2 (20%). У групі фітотерапії при 25–30 роках (10 пацієнток) цикл відновився у 6 (60%), овуляція у 5 (50%), вагітність у 1 (10%), а у 31–35 років (11 пацієнток) — відповідно у 5 (45%), 4 (36%) та 1 (9%).

Висновки. Ефективність терапії ановуляції залежить від ІМТ та віку пацієнток. Метформін демонструє кращі результати у жінок з надмірною масою тіла, тоді як інозитол є більш ефективним у пацієнток з нормальною масою тіла та у віковій групі 25–30 років. Фітотерапія забезпечує стабільний, але помірний клінічний ефект незалежно від ІМТ та віку. Отримані результати підтверджують доцільність персоналізованого підходу у лікуванні ановуляції.

АНАЛІЗ МОРФОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ ПРОВЕДЕННІ СУДОВОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ЖИВИХ ОСІБ

Назаренко В.Д.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної та клінічної патології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Шаповал О.В., к.мед.н., доцент кафедри
загальної та клінічної патології

Науковий консультант: Базелюк В.В., к.ю.н., доцент, асистент
кафедри кримінального права Національного юридичного
університету імені Ярослава Мудрого

Актуальність. Головний мозок (ГМ) як складова нервової системи забезпечує організму людини можливість реагувати на зміни зовнішнього середовища і контролює функції органів і систем, регулює всі функції організму, включаючи мислення, пам'ять, почуття та рухи.

Чинники, які негативно впливають на стан ГМ, надзвичайно різноманітні та спричиняють розвиток патологічних змін, що можуть викликати розлади регуляції багатьох функцій організму.

Мета роботи. Дослідити анатомічну та мікроскопічну будову, визначити морфологічні характеристики ГМ, значущі при проведенні судової експертизи живих осіб (СЕЖО).

Матеріали та методи. Мета роботи досягнена шляхом аналізу даних літературних джерел та власних спостережень.

Результати. За даними літературних джерел, у клінічних умовах вивчення ГМ здійснюється з метою діагностики, контролю стану в динаміці та оцінки ефективності лікування.

Проводяться мікроскопічні дослідження тканин, отриманих при аутопсії, та зразків біоптатів, для забарвлення використовуються гематоксилін-еозин, імпрегнація сріблом. При мікроскопічному дослідженні вивчали тонкі зрізи кори великих півкуль ГМ та мозочка. У

препаратах великих півкуль ГМ визначали пірамідні та непірамідні нейрони. Молекулярний шар виявлявся як світла

смужка на поверхні кори, в агранулярних ділянках кори найбільше розвиненими виявлялися гангліонарний та поліморфноклітинний шари, у гранулярній корі максимально розвиненими визначалися зернисті шари. Як основна морфологічна ознака гангліонарного шару кори мозочка виявлялися мультиполярні грушоподібні нейрони, перикаріони нейронів зернистого шару мали сферичну форму. У білій речовині на тлі нейропілю виявлялися тіла гліальних клітин з невиразною цитоплазмою та яскраво забарвленими ядрами. За даними літературних джерел, вроджені вади, судинні мальформації, гідроцефалія, абсцеси, пухлини та травматичні пошкодження ГМ можуть розглядатися як чинники впливу на поведінку людини. У юридичній практиці вивчення морфологічних та функціональних характеристик ГМ проводять з метою отримання даних для визначення осудності при проведенні СЕЖО. Медичний критерій неосудності розбирається відповідно до наявності або відсутності певних анатомічних, фізіологічних та біохімічних змін. Враховують ушкодження анатомічних структур, наявність патологічних змін ГМ на основі даних магнітно-резонансної томографії та інших досліджень, інформацію про стан здоров'я особи, щодо якої призначено судову експертизу, факти її звернення за медичною допомогою, діагноз, інтимну і сімейну сторони життя. На основі даних, зібраних для судової експертизи, визначають, чи могла контролювати свої дії та свідомість особа, яка вчинила кримінальне правопорушення.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що патологічні стани, які можуть спричиняти поведінкові розлади та обумовлювати схильність людини до агресії, є різноманітними.

Морфологічні та функціональні характеристики головного мозку необхідно і доцільно враховувати при проведенні судової експертизи живих осіб.

КОМПЛЕКСНА ПРОФІЛАКТИКА НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ТОВСТОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

Неменко С. О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургії, Харків, Україна
Науковий керівник: Оклеї Д. В., д.мед.н., професор.*

Актуальність. Неспороможність колоректального анастомозу є тяжким післяопераційним станом, що визначає рівень септичних ускладнень і летальності. Формування анастомозу в умовах дилатації кишки, набряку стінки та порушеної мікроциркуляції потребує врахування морфометричних параметрів і технічних характеристик зшиваючого апарата.

Мета роботи. Обґрунтувати ефективність індивідуального підходу до формування колоректального анастомозу у хворих із частковою товстокишковою непрохідністю.

Матеріали і методи. В дослідження включено 120 хворих, що потребували накладання товстокишкового анастомозу та мали часткову товстокишкову непрохідність. Виконано інтраопераційну морфометричну оцінку товщини кишкової стінки з індивідуалізованим вибором параметрів циркулярного степлера. Оцінку ефективності проводили за частотою анастомотичних ускладнень.

Результати. В умовах механічного шва принципове значення має кореляція між товщиною стінки кишки і висотою скоб зшиваючого апарата у закритому положенні. Важливим технічним фактором є діаметр циркулярного степлера. Використання пристроїв малого діаметра в умовах набряклої та дилатованої кишки супроводжується підвищеним циркулярним натягом тканин, компресією інтрамуральних судин і локальною ішемією. Значну роль в успішному лікуванні має передопераційна підготовка товстої кишки.

Комплекс заходів включає декомпресію, корекцію водно-електролітних порушень, зменшення бактеріальної

контамінації та покращення мікроциркуляції. Нами проаналізовано результати лікування 120 хворих, що мали ознаки часткової товстокишкової непрохідності та потребували формування товстокишкового анастомозу. Усім хворим проводилася передопераційна підготовка, завдяки якій 46 пацієнтів (38,3%) на момент оперативного втручання переведено у стан компенсації, тоді як 74 (61,7%) перебували у стані субкомпенсації. У 65 (55%) випадках застосовувався циркулярний зшиваючий апарат діаметром 32 мм з висотою скоб 5 мм. Загалом це були пацієнти у стадії субкомпенсації, з потовщеною стінкою кишки. Циркулярний степлер діаметром 29 мм, з висотою скоб 4,8 мм застосовувався з урахуванням індивідуальних конституційних особливостей та переважно у хворих з кишковою непрохідністю у стадії компенсації. Таких пацієнтів у нашому дослідженні було 55 (45%). Неспроможність лінії швів відмічалася у 4 (3,3%) хворих. У стані компенсації відзначалася стабілізація гемодинаміки та зменшення набряку кишкової стінки, що створювало кращі умови для репарації. Субкомпенсований стан характеризувався збереженням помірно виражених метаболічних і трофічних порушень.

Висновки. Комплексна профілактика неспроможності колоректального анастомозу при товстокишковій непрохідності має ґрунтуватися на морфометричній оцінці товщини кишкової стінки, адекватному співвідношенні її параметрів із висотою скоб, раціональному виборі діаметра циркулярного степлера та досягненні стану компенсації під час передопераційної підготовки.

РОЛЬ СІМЕЙНОГО АНАМНЕЗУ ТА ВІКОВИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У РАННІЙ ІНІЦІАЦІЇ ОПОЇДНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Нікольська О. С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра педіатрії, Харків, Україна*

Науковий керівник: Летьо Г.В., к. мед. н., доцент кафедри
педіатрії

Актуальність. Сучасна статистика свідчить про стабільно високий рівень криміналізації та соціальної деструкції, спричиненої вживанням психоактивних речовин (ПАР) в Україні. Проте офіційні дані фіксують переважно зовнішні прояви проблеми. Поза увагою залишається внутрішня динаміка розвитку залежності, яка призводить до таких наслідків. Зокрема, недостатньо даних щодо розуміння сучасної трансформації особистості та наукових

даних про первинний процес ініціації та шляхів введення ПАР, що й зумовлює необхідність проведення нашого дослідження.

Мета роботи - визначити роль сімейного анамнезу та вікових особливостей у ранній ініціації опіоїдної залежності.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані 42 осіб із залежністю до опіоїдів на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна наркологічна лікарня». Усі пацієнти – наркозалежні із значним досвідом вживання ПАР, які

усвідомлюють свою залежність. Діагноз «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» встановлювався згідно з номенклатурою МКХ 10 перегляду та Стандарту медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів». Виділено декілька груп пацієнтів: загальна група – 42 особи, за статтю: чоловіки – 29 (69,05 %), жінок – 13 (30,95 %).

Результати. Показано, що 38,10 % респондентів мали обтяжений сімейний анамнез у вигляді вживання різних ПАР батьками, братами/сестрами. Причому серед чоловіків майже половина відмітили, що мали негативний приклад з боку найближчих родичів щодо вживання ПАР (41,38 % проти 30,77 %, $p < 0,05$). Встановлено, що перша спроба ПАР в основній групі у середньому відбулася у 16,76 років. При чому у віці раннього пубертату (11-13 років), першу спробу мали 2,38 % опитаних. Тоді як в періоді пубертату (14-16 років), відсоток тих хто вперше вжив ПАР становив 59,52 %. Кожен четвертий пацієнт спробував ПАР в періоді пізнього пубертату (17-18 років) – 23,81 %. І 14,29 % – після 18 років. Таким чином,

найбільш вразливим періодом щодо ініціації вживання є вік 14-16 років. При аналізі за статтю відзначено вікові відмінності у структурі ініціації вживання: для чоловічої статі основний пік припадає на пубертат із другою хвилею після 18 років, а для жінок – приблизно однакові значення у віці 14-16 років та 17-18 років. З ін'єкційного шляху введення ПАР розпочали майже третина опитаних (30,95 %), з таблетованих форм – 42,86 %, шляхом куріння – 26,19 % пацієнтів. Виявлено достовірні статеві відмінності ($p < 0,05$): для половини жінок (53,85 %) основним способом ініціації було куріння, тоді як серед чоловіків цей варіант обрали лише 13,79 %. Чоловіки переважно розпочинали з ін'єкційного (41,38 %) або перорального (44,83 %) шляхів.

Висновки. Показано, що у 85,71% випадків ініціація вживання ПАР припадає на підлітковий вік із піком у 14–16 років. Важливим предиктором є обтяжений сімейний анамнез щодо вживання ПАР (38,1%), особливо серед чоловіків. Визначено гендерну специфіку старту залежності: жінки переважно починають з куріння, тоді як для чоловіків характерна ініціація через ін'єкційний та пероральний шляхи.

ШЛЯХИ ПОШУКУ НЕВИРІШЕНИХ ПИТАНЬ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЦІЄНТІВ З МЕЛАНОМОЮ

Озар Н.Р.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Васильєв Д. В., к.мед.н., доцент кафедри
загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини

Актуальність. Меланома шкіри залишається однією з найбільш агресивних злоякісних пухлин людини через високий метастатичний потенціал та швидке прогресування. Незважаючи на значний прогрес дерматоонкології, менеджмент пацієнтів із меланомою залишається складним клінічним завданням. Основні труднощі пов'язані з ранньою диференційною діагностикою пігментних

новоутворень, стандартизацією обсягів хірургічного лікування, особливо у функціонально та естетично значущих анатомічних ділянках, а також із забезпеченням комплексної медичної та психосоціальної реабілітації пацієнтів.

Мета роботи. Визначити ключові прогалини у сучасному менеджменті пацієнтів з меланомою та окреслити перспективні напрями впровадження персоналізованих підходів до діагностики і лікування.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних клінічних настанов та рекомендацій з лікування меланоми, зокрема NCCN та ESMO, а також узагальнення результатів рандомізованих клінічних досліджень у сфері дерматоонкології за останні десять років.

Результати. Аналіз сучасних даних показав, що одним із ключових викликів залишається діагностична затримка, внаслідок чого значна частина меланом виявляється вже на інвазивних стадіях. Це зумовлює необхідність ширшого впровадження цифрової дерматоскопії, теледерматології та систем штучного інтелекту для підвищення точності раннього виявлення новоутворень.

Дискусійним питанням залишається оптимізація меж хірургічного висічення пухлини, оскільки пухлинні клітини можуть поширюватися за межі клінічно визначеного утворення. Окрему проблему становить визначення показань до біопсії сторожового лімфатичного вузла при тонких меланомах товщиною менше 0,8 мм. Важливим напрямком досліджень є також подолання терапевтичної резистентності до таргетної терапії BRAF-інгібіторами та імунотерапії інгібіторами контрольних точок імунної відповіді. Сучасні тенденції розвитку дерматоонкології спрямовані на перехід від стандартних лікувальних алгоритмів до персоналізованих стратегій, що базуються на розширеному молекулярно-генетичному профілюванні пухлин, включаючи аналіз мутацій генів NRAS, c-KIT та TERT.

Висновки. Ефективний менеджмент пацієнтів з меланомою потребує мультидисциплінарного підходу,

що поєднує сучасні хірургічні методи лікування з використанням технологій штучного інтелекту та молекулярних біомаркерів. Перспективними напрямками є удосконалення систем раннього скринінгу, розробка комбінованих схем імунотерапії та створення прогностичних моделей для індивідуалізації лікування і підвищення ефективності терапії.

ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ, ЯКІ МЕШКАЮТЬ У ПРИФРОНТОВИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

Оліфенко М.В., Медведєва К.А., Головка Т.О., Фадєєва А.О.
*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, ДУ
«Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН
України», Харків, Україна*

Науковий керівник: Головка Т.О., к.мед.н., доцент

Актуальність. У сучасній дитячій ревматології оцінка якості життя (ЯЖ) пацієнтів із ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА) розглядається як важливий клініко-функціональний індикатор. В умовах повномасштабної війни в Україні діти з ЮІА, які мешкають у прифронтових регіонах, зазнають додаткового навантаження, пов'язаного з хронічним психоемоційним стресом, порушенням доступу до спеціалізованої медичної допомоги, перебоями в забезпеченні лікарськими засобами.

Мета роботи. Порівняти показники якості життя дітей із ювенільним ідіопатичним артритом у прифронтових регіонах до та під час повномасштабного вторгнення в Україну.

Матеріали та методи. Обстежено 122 пацієнти з ЮІА, з них 69 до початку воєнних дій в Україні (олігоартикулярний варіант 38 дітей, поліартикулярний 31), 53 після початку повномасштабного вторгнення (олігоартикулярний варіант 30 хворих, поліартикулярний 23 пацієнти). В першій групі дівчат було 37, хлопців 32; в другій – дівчат 28, хлопців 25. Середній вік хворих до початку воєнних дій склав $14,28 \pm 0,29$ роки, під час воєнних дій в Україні - $13,86 \pm 0,28$ років. Для оцінки ЯЖ

використано валідизований для України опитувальник PedsQL TM 4.0 Generic Core Scales за останній тиждень та місяць. Оцінка отриманих результатів проводилась за методикою шкали Лікерта. Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою сертифікованих прикладних комп'ютерних програм SPSS 17.0 (ліцензія 4a180844250981ae3dae-s/nSPSS17).

Результати. При порівнянні показників ЯЖ в цілому по групі встановлено, що загальний рівень у дітей обох груп не відрізнявся, як за оцінкою за тиждень, так і за місяць. Аналіз окремих складових ЯЖ показав, що емоційне функціонування за тиждень у дітей з ЮІА під час воєнних дій було вірогідно вищим ніж у дітей з ЮІА до повномасштабного вторгнення ($71,80 \pm 3,02$ б. проти $64,78 \pm 2,50$, $p < 0,05$). Показники складової функціонування в школі як за тиждень ($68,44 \pm 2,91$ б. проти $61,16 \pm 1,61$, $p < 0,05$), так і за місяць ($72,24 \pm 3,03$ б. проти $65,54 \pm 2,42$, $p < 0,05$) були істотно вищими у дітей під час війни. При аналізі ЯЖ та його складових з урахуванням варіанту перебігу ЮІА встановлено, що до початку повномасштабного вторгнення загальний показник ЯЖ як за тиждень ($74,01 \pm 2,56$ б. проти $64,88 \pm 3,18$, $p < 0,05$), так і за місяць ($78,27 \pm 2,37$ б. проти $65,80 \pm 3,20$, $p < 0,01$) був вірогідно вищим у пацієнтів з оліго-ЮІА. Також у них значно вищими були фізичне та соціальне функціонування за тиждень ($79,89 \pm 3,40$ б. проти $65,28 \pm 3,23$, $p < 0,01$; $87,24 \pm 1,99$ б. проти $78,87 \pm 2,58$, $p < 0,01$) та за місяць ($81,74 \pm 3,15$ б. проти $66,72 \pm 3,58$, $p < 0,01$; $87,50 \pm 2,09$ б. проти $79,35 \pm 3,29$, $p < 0,05$). Показник складової функціонування в школі значно вищим був у дітей з оліго-ЮІА за місяць ($71,12 \pm 3,26$ б. проти $58,71 \pm 3,29$, $p < 0,01$). Під час повномасштабного вторгнення лише показники емоційної складової істотно вищими були у дітей з оліго-ЮІА як за тиждень ($77,22 \pm 3,99$ б. проти $65,43 \pm 4,32$, $p < 0,05$), так і за місяць ($77,59 \pm 4,02$ б. проти $63,02 \pm 3,24$, $p < 0,01$). При цьому встановлено зменшення соціального функціонування за місяць ($87,50 \pm 2,09$ б. проти $79,72 \pm 4,78$, $p < 0,05$). При порівнянні показників ЯЖ з полі-ЮІА вірогідних відмінностей показників ЯЖ не встановлено.

Висновки. Під час воєнних дій у дітей з ЮІА спостерігалось підвищення показників емоційного та шкільного функціонування. Кращі показники якості життя у пацієнтів з оліго- ЮІА підтверджують значення варіанту захворювання при оцінці функціонального стану дітей.

ІМУНОЗАПАЛЕННЯ ЯК ПРЕДИКТОР НЕДОСТАТНЬОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕКЛАПАННОЮ ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Омельченко І.В.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра кардіології, лабораторної та функціональної діагностики, Харків, Україна

Науковий керівник: Яковлева Л.М., д.мед.н., професор, професор кафедри кардіології, лабораторної та функціональної діагностики

Актуальність теми. Фібриляція передсердь є найпоширенішою аритмією та асоціюється з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень, зокрема ішемічного інсульту, що зумовлено утворенням тромбу у вушку лівого передсердя. Незважаючи на застосування оральних антикоагулянтів, у частини пацієнтів тромб у вушку лівого передсердя продовжує виявлятися. Це свідчить про наявність додаткових механізмів тромбоутворення, зокрема запальних та імунотромботичних, роль яких потребує подальшого вивчення.

Мета роботи. Проаналізувати додаткові клінічні, ехокардіографічні та лабораторні чинники, які можуть бути асоційовані з наявністю тромбу у вушку лівого передсердя у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, які отримують оральну антикоагулянтну терапію.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 88 пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, які відповідали критеріям включення та виключення і отримували оральні антикоагулянти щонайменше протягом одного місяця. Усім пацієнтам виконано черезстравохідну

ехокардіографію для виявлення тромбу у вушку лівого передсердя. Оцінювали клінічні дані, показники трансторакальної ехокардіографії, бали за шкалами CHA₂DS₂-VA та HAS-BLED, а також розраховані лабораторні індекси — співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів та тромбоцитів до лімфоцитів. Для визначення незалежних предикторів застосовували уніваріантний та мультиваріантний логістичний регресійний аналіз.

Результати. Тромб у вушку лівого передсердя був виявлений у 33 (37,5%) пацієнтів. У пацієнтів з тромбом частіше спостерігалися персистуюча форма фібриляції передсердь, вищі бали за шкалою CHA₂DS₂-VA, більші розміри лівого передсердя, а також вищі значення співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів і тромбоцитів до лімфоцитів.

За результатами мультиваріантного аналізу незалежними чинниками, асоційованими з наявністю тромбу у вушку лівого передсердя, були жіноча стать, бал за шкалою CHA₂DS₂-VA, бал за шкалою HAS-BLED, збільшений розмір лівого передсердя та підвищене співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів.

Висновки. Наявність тромбу у вушку лівого передсердя у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь на тлі антикоагулянтної терапії асоціюється з комплексом клінічних, інструментальних і лабораторних факторів. Підвищене співвідношення нейтрофілів до лімфоцитів підтверджує можливу роль запалення та імунотромбозу в механізмах тромбоутворення. Визначення запальних гематологічних індексів може бути корисним для додаткової стратифікації ризику тромбозу вушка лівого передсердя.

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ
БІЛІАРНОГО ТА АЛКОГОЛЬНО-
АЛІМЕНТАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ:
КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ**

Опікунова А.О., Василенко Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м.Харків,
Україна*

Науковий керівник: Черкова Н. В., к.мед.н., доцент

Актуальність. На сьогоднішній день гострий панкреатит (ГП) впевнено посідає третє місце серед невідкладних станів «гострого живота», поступаючись лише апендициту та холециститу. Високий рівень загальної летальності (до 5%) та критичні показники при деструктивних формах (до 25%) обумовлюють необхідність постійного пошуку найбільш раціональних діагностичних алгоритмів. Попри впровадження новітніх технологій, проблема вибору між раннім хірургічним втручанням та консервативною тактикою залишається предметом дискусій у сучасній хірургії. Раннє виявлення етіологічного чинника і обґрунтований вибір лікувальної тактики обмежують некротичний процес і зменшують кількість необґрунтованих операцій.

Мета дослідження. Полягала в оптимізації діагностичної програми для диференціації біліарної і алкогольно-аліментарної форм ГДП та обґрунтуванні вибору раціональної лікувальної тактики залежно від клінічної ситуації.

Матеріали та методи. В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 43 пацієнтів із гострим деструктивним панкреатитом. Гендерний розподіл був майже рівномірним: 20 чоловіків (46,5%) та 23 жінки (53,5%), середній вік яких становив $52 \pm 6,2$ року. За етіологічним чинником домінував біліарний панкреатит (67,4%). Більшість хворих (88,4%) мали тяжкий перебіг захворювання згідно з класифікацією Revised Atlanta (2012). Діагностичний комплекс базувався на поєднанні клініко-лабораторних показників, УЗД, ЕРХПГ та відеолапароскопії з дослідженням ексудату.

Результати. Клінічна картина характеризувалася класичним симптомокомплексом: інтенсивним болем, безперервним блюванням та метеоризмом. Лабораторне підтвердження включало стійку гіперамілаземію. Важливою діагностичною ознакою біліарної форми була гіпербілірубінемія до $78 \pm 9,4$ мкмоль/л. При проведенні УЗД та ЕРХПГ у 29 пацієнтів було візуалізовано конкременти та набряк великого дуоденального сосочка, що дозволило чітко верифікувати біліарну природу захворювання. Хірургічне лікування носило диференційований характер. У пацієнтів із біліарною етіологією пріоритет надавався ендоскопічній папілосфінктеротомії з холедохолітоекстракцією та механічною літоприсією (67,4%) та лапароскопічній холецистектомії при деструктивному калькульозному холециститі за даними УЗД. Дренування черевної порожнини під контролем УЗД виконувалося при ізольованого скупчення ексудату в сальниковій сумці. До відкритої лапаротомії вдавалися лише у 9,3% випадків при поширеному панкреонекрозі. Застосований підхід дозволив знизити летальність до 4,6%, при цьому середній ліжко-день склав $21 \pm 6,4$ доби.

Висновки. Впровадження сучасної інструментальної програми забезпечує можливість швидкої етіологічної верифікації ГП. Це дозволяє ще на ранньому етапі виокремити групу хворих для невідкладного втручання на біліарній системі, тоді як при алкогольноаліментарній формі — уникнути невиправданої хірургічної агресії та зосередитись на інтенсивній терапії.

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ПРИ ЛІМФОГЕННИХ НАБРЯКАХ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ПІСЛЯ РОЗШИРЕНИХ ЛІМФОДИСЕКЦІЙ

Павлюк К. С., Слободянюк О. В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургії, Харків, Україна*

Науковий керівник: Білий О. М., кан.мед.н., доцент

Актуальність. Лікарі-хірурги доволі часто зустрічаються з набряком кінцівок в постопераційному періоді, що є підставою

для детального вивчення проблеми лікування такого типу ускладнення.

Мета роботи. Покращення ефективності лікування післяопераційної лімфедими шляхом ранньої діагностики ускладнень, індивідуального підходу до введення пацієнтів, вдосконалення реабілітаційних заходів щодо лікування ускладнень.

Матеріали та методи. Розглянуто 72 пацієнта після оперативних втручань, а саме: аксиллярна лімфодисекція I-III рівня (що склала 25.6%), радикальна мастектомія (43.1%), квадрантектomia грудної залози з лімфодисекцією (31.3%).

Результати. Лімфатичний набряк (ЛН) є патологічним станом, що виникає внаслідок порушення відтоку лімфи (Л) та накопичення міжтканинної рідини. До загальних причин розвитку ЛН належать здавлювання лімфатичних або кровоносних судин, судинні порушення, інфекційні захворювання, нервові порушення, а також травматичні ушкодження. Окрему групу становлять післяопераційні причини, зокрема оперативні втручання із залученням або видаленням лімфатичних вузлів, а також раннє фізичне перенавантаження верхніх кінцівок у післяопераційному періоді. Відповідно до класифікації International Society of Lymphology (ISL, 2020), виділяють кілька клінічних стадій розвитку ЛН. Стадія 0 характеризується порушенням транспорту Л без клінічно вираженого набряку (Н). На I стадії з'являється Н, який зменшується або повністю зникає після підйому кінцівки чи нічного відпочинку. II стадія проявляється стійким Н, що не зникає після підняття кінцівки. III стадія характеризується тривалим масивним Н із трофічними змінами шкіри, ущільненням тканин та деформацією кінцівки. За ступенем тяжкості розрізняють легкий, середній та тяжкий лімфостаз. При легкому ступені Н виникає періодично, посилюється ввечері або після тривалого перебування в одній позі та зникає після відпочинку. Середній ступінь характеризується стійким Н, ущільненням і натягненням шкіри; після натискання залишається вм'ятини, яка повільно зникає, також спостерігається швидка втомлюваність кінцівки. При

тяжкому ступені Н значно виражений, кінцівка деформується, можливі трофічні зміни шкіри. Комплекс лікувальних заходів спрямований на покращення лімфовідтоку, зменшення Н та профілактику подальшого прогресування захворювання. Одним із основних методів є лімфодренажний масаж, який стимулює рух Л від периферичних тканин до центральних лімфатичних колекторів, що впадають у грудну лімфатичну протоку та венозну систему. У результаті механічного впливу рідина, яка накопичилася у міжтканинному просторі, поступово переміщується та усувається застій, що сприяє покращенню мікроциркуляції та трофіки тканин. Медикаментозна терапія включає призначення діуретичних засобів, використання місцевих компресів. Важливу роль у відновленні функції кінцівки відіграють реабілітаційні заходи. Такий комплексний підхід дозволяє зменшити прояви лімфостазу, покращити функціональний стан кінцівки та підвищити якість життя пацієнтів після оперативних втручань.

Висновки. Оперативні втручання на шляхах лімфовідтоку кінцівок доцільно виконувати у спеціалізованих центрах висококваліфікованими бригадами для зменшення ризику ускладнень. Важливим є впровадження методичних рекомендацій щодо ранньої діагностики та профілактики лімфо-венозних ускладнень. У разі виникнення післяопераційних набряків нетромботичного генезу до лікування слід залучати спеціаліста-реабілітолога.

ЕПІГЕНЕТИКА ЯК НОВИЙ РІВЕНЬ РЕГУЛЯЦІЇ ГЕНОМУ: ПЕРСПЕКТИВИ ДЛЯ МЕДИЦИНИ МАЙБУТНЬОГО

Пахомова Д.І.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра теоретичної фізики ім.
академіка Іллі Михайловича Ліфшиця, Харків, Україна*

Науковий керівник: Ревякіна М. Г. кандидат
фізико-математичних наук, доцент кафедри вищої математики;
Аксьонова Н.А. кандидат фізико-математичних наук

Актуальність. Епігенетика в сучасній біології та медицині розглядається як один із важливих напрямів досліджень. Вона вивчає механізми регуляції активності генів, які відбуваються без зміни самої послідовності ДНК. На відміну від класичної генетики, що досліджує мутації та інші зміни генетичного матеріалу, епігенетика пояснює, чому одні й ті самі гени можуть по-різному проявлятися в різних клітинах організму.

Мета роботи. Завдяки таким процесам клітини, що мають однаковий геном, здатні виконувати різні функції та утворювати різні тканини.

Матеріали та методи. До основних механізмів епігенетичної регуляції належать метилювання ДНК, різні модифікації гістонових білків та участь некодуючих РНК у контролі експресії генів. Метилювання ДНК найчастіше пов'язане зі зниженням активності певних генів. У той же час модифікації гістонів можуть змінювати ступінь ущільнення хроматину, що впливає на доступність ділянок ДНК для транскрипційних факторів. Некодуючі РНК також відіграють важливу роль у регуляції генетичних процесів, оскільки можуть впливати на стабільність мРНК і на синтез білків. У сукупності всі ці механізми формують складну систему регуляції роботи геному.

Результати. З наукової точки зору епігенетичні процеси можна розглядати не тільки як біологічні, але і як фізико-хімічні явища. Молекула ДНК є довгим полімером, структура якого визначається законами фізики полімерів та статистичної термодинаміки. У клітинному ядрі ДНК

організована у вигляді хроматину, де вона взаємодіє з гістонами та іншими білками. Зміни в модифікаціях гістонів або у метилюванні ДНК можуть впливати на ступінь згортання хроматину і, відповідно, на доступність генетичної інформації для процесу транскрипції. Дослідники також розглядають епігенетичну регуляцію як систему переходів між різними станами хроматину. Такі переходи формують так званий «енергетичний ландшафт» геному, у якому клітина може змінювати програми експресії генів. На ці процеси впливають як біохімічні сигнали, так і різні фізичні фактори, наприклад температура або концентрація іонів у клітині. Епігенетичні механізми мають важливе значення для розуміння розвитку багатьох захворювань. Порушення епігенетичної регуляції часто спостерігаються при онкологічних захворюваннях, де зміни у метилюванні ДНК можуть призводити до активації онкогенів або пригнічення генів-супресорів пухлин. Подібні процеси описані також при нейродегенеративних, серцево-судинних і метаболічних захворюваннях. У сучасній медицині активно досліджується можливість використання епігенетичних маркерів для ранньої діагностики хвороб. Зміни в метилюванні ДНК або модифікаціях гістонів можуть виступати біомаркерами патологічних процесів ще до появи клінічних симптомів. Крім того, перспективним напрямом є розвиток епігенетичної терапії, оскільки багато епігенетичних змін є потенційно зворотними.

Висновки. Епігенетика є важливою міждисциплінарною галуззю науки, що поєднує знання з біології, фізики та медицини. Подальші дослідження у цій сфері можуть значно розширити розуміння механізмів регуляції генетичної інформації та сприяти розвитку нових підходів до діагностики і лікування різних захворювань.

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ В ПАЦІЄНТА З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Пацяця М. М.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, II
медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини,
ультразвукової та променевої діагностики, Харків, Україна*
Науковий керівник: Сапричова Л. В., Шокало І. В.

Актуальність. Венозна тромбоемболія (тромбоз глибоких вен і тромбоемболія легеневої артерії) за даними Європейського товариства кардіологів і Європейського респіраторного товариства є третім найпоширенішим кардіоваскулярним синдромом у світі (39 – 115 випадків на 100 тис. популяції) після гострого інфаркту міокарда і гострого порушення мозкового кровообігу, а неопластичний процес є важливим чинником ризику його виникнення. За наведеними в літературі даними 370 тис. смертей через ВТЕ було зафіксовано в 2004 р., серед яких 34% були раптовими чи протягом декількох годин після гострої події, коли терапія ще не була розпочата або ще не обумовила лікувальний ефект.

Мета роботи. Висвітлити важливість онкологічної настороженості, як такої, та настороженості щодо виникнення ТЕЛА – потенційно життєзагрозливої патології, в коморбідних пацієнтів із онкологією.

Матеріали та методи. Рекомендації ЄТК і ЄРТ із діагностики та менеджменту ТЕЛА 2019 р. і медична документація хворого.

Результати. Хворий Щ., 53-ох років скаржиться на схуднення на 10 кг протягом півроку, дискомфорт у ділянці живота, посилення задишки, зниження толерантності до фізичних навантажень, виникнення симетричних набряків нижніх кінцівок і збільшення живота в розмірах. Із цього приводу 05.02.26 р. звернувся до гастроентеролога, яким був направлений на комп'ютерну томографію за онкопротоколом, де було виявлено КТ-ознаки двобічної масивної ТЕЛА з наявністю “тромба-вершника”, розповсюджений перитонеальний карциноматоз, масивний асцит, неопластичне ураження паренхіми печінки, хвоста

підшлункової залози та кісток. Хворий був ургентно доставлений до блоку інтенсивної терапії відділення кардіології КНП ХОР «ОКЛ», де отримував лікування нефракціонованим і низькомолекулярним гепаринами, після чого був переведений до загальної палати відділення, де продовжувалась пероральна антикоагуляція. Хворий був консультований гастроентерологом, хірургом, виконано лапароцентез і дренування черевної порожнини (сумарно отримано 14,5 л солом'яно-жовтого кольору рідини), ехокардіографію, ультразвукове дослідження вен нижніх кінцівок. За результатами терапії зафіксовано зниження інтенсивності задишки, набрякового синдрому, суб'єктивне покращення самопочуття. Пацієнт виписаний з поліпшенням, надано відповідні рекомендації та направлений для подальшого обстеження та лікування до лікаря-онколога.

Висновки. За даними ЄТК і ЄРТ зафіксовано зниження смертності через ТЕЛА, що, ймовірно, може бути обумовлено, як поліпшенням надання медичної допомоги, так і збільшенням інтенсивності діагностики – тож важливим лишається збереження прихильності до гайдлайнів і настороженості щодо виникнення ТЕЛА в пацієнтів із факторами ризику.

ГЕНДЕРНІ ВІДМІННОСТІ КЛІНІЧНИХ СИМПТОМІВ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ: АНАЛІЗ ІСТИННО ПОЗИТИВНИХ ВИПАДКІВ У ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК

Першин М. Ю., Тварковська А. А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І.

Пирогова, Кафедра хірургії №2, Вінниця, Україна

Науковий керівник: Жмур А. А., к.мед.н., доцент кафедри

Актуальність. Гострий апендицит залишається однією з найпоширеніших причин ургентних абдомінальних операцій. Класичні клінічні симптоми описані переважно без гендерного аналізу. У жінок репродуктивного віку діагностика ускладнюється широким спектром гінекологічних патологій, що призводить до підвищеної частоти хибно позитивних діагнозів

та негативних апендектомій. Гендерно-орієнтований підхід дозволяє підвищити точність діагностики.

Мета роботи. Проаналізувати гендерні відмінності клінічних симптомів гострого апендициту та визначити найбільш значущі предиктори істинно позитивного апендициту у жінок.

Матеріали та методи. На основі інформованої згоди протягом червня 2025 – лютого 2026 було досліджено 240 пацієнтів із підозрою на гострий апендицит (120 чоловіків та 120 жінок). Фіксувалися наступні клінічні симптоми: біль у правій клубовій ділянці, нудота, блювання, симптом Щоткіна-Блюмберга, анорексія, а також лабораторні показники: лейкоцитоз та підвищення рівня С-реактивного білка (CRP). Діагноз апендициту підтверджувався інтраопераційно. Статистичний аналіз включав оцінку розбіжностей непараметричного критерію χ^2 для категоріальних змінних і тесту Манна-Уїтні для лабораторних показників, та розрахунку odds ratio (OR). Рівень статистичної значущості вважався прийнятним при значенні понад 95% ($p < 0,05$).

Результати. Частота негативної апендектомії була значно вищою у жінок порівняно з чоловіками (39,2% проти 17,5%; $\chi^2 = 12,82$; $p < 0,001$; OR = 3,04, 95% CI 1,67–5,51). Серед клінічних симптомів найбільш специфічними для підтвердженого апендициту виявилися біль у правій клубовій ділянці (OR жінки = 3,6; OR чоловіки = 5,2) та симптом Щоткіна-Блюмберга (OR жінки = 3,9; OR чоловіки = 6,4). Лейкоцити у жінок із підтвердженим апендицитом становили $13,2 \pm 2,1$ (12,6–13,8) / 13,1 [11,4–15,1], а у хибно позитивних випадках – $10,6 \pm 1,8$ (10,0–11,2) / 10,5 [9,2–12,0], $p = 0,028$. Рівень CRP у жінок із підтвердженим апендицитом складав 42 ± 15 (37–47) / 42 [30–58], а у хибно позитивних випадках – 22 ± 9 (18–26) / 22 [14–31], $p = 0,015$. Нудота, блювання та анорексія частіше спостерігалися у жінок, проте мали нижчу специфічність через диференційну діагностику з гінекологічними патологіями. Найбільш інформативним для істинно позитивного апендициту у жінок було поєднання болю у правій клубовій ділянці, симптомів Щоткіна-Блюмберга та лабораторних ознак запалення.

Висновки. Жіноча стать асоціюється з підвищеним ризиком хибно позитивної діагностики апендициту. Найбільш специфічними предикторами істинного апендициту у жінок є біль у правій клубовій ділянці, симптом Щоткіна-Блюмберга та лабораторні маркери запалення (лейкоцитоз і CRP). Використання комбінованого клініко-лабораторного підходу дозволяє покращити точність діагностики та зменшити частоту негативних апендектомій у жінок, що має важливе практичне значення для ургентної хірургічної допомоги.

ОБГРУНТУВАННЯ МЕДИКО-МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОФІЛАКТИКИ КРУПУ У ДІТЕЙ

Першина В.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Редька І.В., к.б.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Круп – найпоширеніша невідкладна патологія верхніх дихальних шляхів у дітей раннього віку, зумовлена переважно вірусною етіологією (парагрип, РС-вірус, аденовірус) та морфо-функціональними особливостями дитячого організму. Незважаючи на провідну роль інфекційного чинника, численні дослідження вказують на суттєвий вплив метеорологічних факторів як тригерів виникнення та рецидивування стенозу.

Мета дослідження. Обґрунтування медико-метеорологічних підходів до профілактики крупу у дітей.

Матеріали та методи. На підставі даних Українського гідрометеорологічного центру метеорологічні параметри та комплексний медичний тип погоди порівнювалися з даними госпіталізації з приводу крупу.

Результати. Встановлено зворотний кореляційний зв'язок гострого крупу з температурою та вологістю повітря, що свідчить про підвищення ризику при різкому похолоданні та зниженні вологості. Для рецидивуючого крупу в період циркуляції респіраторних вірусів (березень, жовтень, листопад)

характерний прямий слабкий зв'язок із зазначеними параметрами. Епізоди гострого крупу найчастіше реєструвалися при спастичному типі погоди (III тип за В.Ф. Овчаровою), а рецидивуючого – при перехідному VII типі, що вказує на пріоритетне значення динаміки метеофакторів. Метеопрфілактика крупу у дітей є патогенетично детермінованою системою заходів, що диференціюється залежно від терміну дії біотропних метеофакторів. Разова метеопрфілактика передбачає екстрену корекцію вегетативної реактивності в день прогнозованого спастичного типу погоди: обмеження експозиції на відкритому повітрі, оптимізацію мікроклімату, небулайзерну терапію ізотонічними розчинами та релаксаційні дихальні вправи з подовженим видихом для зниження тонуусу гладкої мускулатури гортані.

Поточна метеопрфілактика в перехідні періоди спрямована на підвищення адаптаційного потенціалу слизової оболонки дихальних шляхів через щоденну звукову дихальну гімнастику, загартовувальні процедури, санацію хронічних вогнищ інфекції та курси фізіотерапії (інгаляції, електрофорез із спазмолітиками). Сезонна метеопрфілактика напередодні епідемічного підйому ГРВІ включає вакцинацію проти грипу, імуномодуючу терапію, кліматотерапію, превентивні курси апаратної фізіотерапії (УФО, лазеротерапія) та тренування дихальної мускулатури, що забезпечує формування стійкої неспецифічної резистентності організму до метеотропних реакцій.

Висновки. Метеочутливість дітей із крупом має доведений патогенетичний зв'язок зі спастичним та перехідним типами погоди, що реалізується через механізми терморегуляції та реактивності слизової оболонки дихальних шляхів. Впровадження медико-метеорологічних підходів до прфілактики крупу є перспективним напрямком зменшення частоти загострень.

ПОСТКОВІДНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКУ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ

Пестова Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Кабачана І.В. к. мед. н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Пандемія COVID-19 спричинила появу численних пацієнтів із тривалими неврологічними порушеннями, об'єднаними терміном постковідна енцефалопатія. Понад 30% осіб після інфекції мають когнітивні розлади незалежно від тяжкості гострого періоду. Поширеність когнітивних порушень: США 30–35%, Китай 20–25 %, Україна 35–40%. За 2020–2025 рр. середній рівень захворюваності на COVID-19 становив 60–90 випадків на 1000 населення на рік, а постковідні ускладнення були виявлені у 20–30% (когнітивні порушення, астения, депресія, порушення нюху (до 40 %), слуху (5–10 %), серцево-судинні ускладнення (20–30 %) та мікросудинні зміни). Рідкісні поствакцинальні реакції після BNT162b2 (Pfizer-BioNTech) – міокардит і перикардит (12–40 випадків на 1 млн), проте вакцинація знижує ризик тяжкого перебігу та смертності. Невизначеність механізмів нейротропності SARS-CoV-2 підкреслює актуальність дослідження.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні дані щодо механізмів постковідної енцефалопатії, узагальнити клінічні прояви та визначити підходи до комплексної терапії.

Матеріали та методи. Проаналізовано публікації та клінічні дослідження 2020–2025 рр. Оцінку пацієнтів здійснювали за шкалами MoCA, HADS, MFI-20 та опитувальником SF-36. Використано дані MPT головного мозку. Обстежено 128 пацієнтів віком 23–72 роки (74 жінки, 54 чоловіки), 1 група складалася з 88 пацієнтів із постковідною енцефалопатією, 2 - контрольна – 40 без ускладнень. Діагностика включала

фізикальне та неврологічне обстеження, ПЛР SARS-CoV-2, серологію IgG/IgM, КТ, МРТ, ЕКГ та ехокардіографію.

Результати. Патогенез пов'язаний із прямою нейроінвазією SARS-CoV-2, системним запаленням, мікроангіопатією та ендотеліальною дисфункцією, що порушує гематоенцефалічний бар'єр. Клінічно – синдром «мозкового туману» з порушенням уваги та пам'яті. Середній МоСА – $22,4 \pm 1,2$; HADS – тривога $10,2 \pm 1,4$, депресія $8,6 \pm 1,1$; MFI-20 – 55–60 балів. МРТ – мікросудинні зміни у 18–20 %. Неврологічні прояви поєднуються із серцево-судинними ускладненнями (25–30 %). Найбільше страждають серце, печінка та нирки. Лікування комплексне: нейропротектори (цитиколін, холіну альфосцерат), антиоксиданти (етилметилгідроксипіридину сукцинат), засоби для мікроциркуляції (вінпоцетин, пентоксифілін), дезінтоксикація, гепатопротектори, кардіопротектори, при нирковій недостатності – гемодіаліз. Важливі когнітивна реабілітація, психотерапія, корекція гіпоксії та метаболічних порушень. Постільний режим у гострий період, збалансоване харчування, вітаміни та мікроелементи підвищують ефективність лікування.

Висновки. Постковідна енцефалопатія – мультифакторна патологія, що потребує міждисциплінарного підходу. Використання шкал МоСА, HADS, MFI-20 дозволяє оцінити динаміку стану. Рання нейропротекція та реабілітаційні програми запобігають стійким когнітивним дефектам і покращують якість життя. Найбільш уражені нервова та серцево-судинна системи. Своєчасна вакцинація показує ефективність у пацієнтів різного віку.

ПРОЯВИ ПЕРНІОЗУ (ОЗНОБЛЕННЯ) ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Пестова Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Кадигроб І.В. к. мед. н., доцент кафедри
інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Перніоз (perniosis) є холодоіндукованим запальним ураженням шкіри, що виникає внаслідок патологічної реакції мікроциркуляторного русла на низькі температури та підвищену вологість. Захворювання проявляється еритематозно-ціанотичними папулами або бляшками на акральних ділянках, супроводжується болем, свербіжем і набряком. Найчастіше перніоз розвивається при тривалому впливі температури 0–10°C у поєднанні з високою вологістю в осінньо-весняний період. За даними клінічних спостережень, частота захворюваності становить приблизно 0,9–2,1 випадку на 1000 населення у холодних регіонах. Найчастіше уражаються молоді жінки

віком 15–35 років, що пов'язано з особливостями периферичної судинної реактивності та гормональними факторами. Гістологічно у 70–80 % випадків відзначається периваскулярна лімфоцитарна інфільтрація, у 60–65 % – набряк сосочкового шару дерми, що підтверджує роль порушень мікроциркуляції в патогенезі.

Мета роботи. Проаналізувати клінічні особливості, патогенетичні механізми та сучасні підходи до діагностики і лікування перніозу на основі клінічного аналізу випадків холодоіндукованих дерматозів.

Матеріали та методи. Проведено клінічний аналіз 28 пацієнтів віком 18–46 років із симптомами холодоіндукованих дерматологічних уражень, які звернулися до диспансерного відділення №2 КНП «Міська клінічна лікарня № 27» ХМР у зимовий період, що може бути пов'язано з нетиповим перебігом захворювання в умовах воєнного стану. Обстеження включало

дерматологічний огляд, дерматоскопію, загальний аналіз крові, визначення антинуклеарних антитіл, дослідження кріоглобулінів та оцінку периферичної мікроциркуляції.

Результати. У 75 % пацієнтів ураження локалізувалися на пальцях кистей і стоп, у 18% – на тильній поверхні кистей, у 7 % – на вушних раковинах. Клінічно відзначалися еритематозно-фіолетові папули, набряк, свербіж та печіння. У 32% встановлено фактори ризику: тривале перебування у холодному вологому середовищі, куріння, недостатній захист кінцівок. Патогенетично перніоз пов'язаний із тривалим вазоспазмом дрібних артеріол і венул, що призводить до порушення тканинної перфузії та локальної гіпоксії. Основу лікування становили усунення холодового впливу, місцева протизапальна терапія та засоби, що покращують периферичний кровообіг. Важливою була диференційна діагностика із перніозоподібним вовчаком, синдромом Рейно, кріоглобулінемією, холодним панікулітом та васкулітами.

Висновки. Перніоз є мультифакторним дерматологічним станом, обумовленим холодоіндукованим вазоспазмом та порушенням мікроциркуляції. Своєчасна діагностика із проведенням диференційної оцінки системних судинних та аутоімунних захворювань, особливо під час воєнного стану, дозволяє призначити ефективне лікування. Усунення холодового впливу та застосування засобів, що покращують мікроциркуляцію, сприяють регресу клінічних проявів і попереджають розвиток ускладнень.

ПОСТ-COVID-УСКЛАДНЕННЯ В КОНТЕКСТІ ВІЙНИ: ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ВТОМИ

Пестова Д.О

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Аль-Травнех О.В. доцент кафедри
внутрішньої медицини.

Актуальність. Після перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19 у частини пацієнтів зберігаються тривалі клінічні прояви, що об'єднуються поняттям пост-COVID-синдрому. Одним із найпоширеніших його проявів є синдром хронічної втоми, який характеризується стійкою астеною, зниженням фізичної витривалості, порушенням концентрації уваги та розладами сну. У період 2022–2024 років тривалі симптоми хронічної втоми спостерігалися у 28–35 % пацієнтів, які перенесли COVID-19. В умовах воєнного стану перебіг пост-COVID-ускладнень може посилюватися впливом хронічного стресу, психоемоційного перенапруження, порушенням режиму сну та обмеженим доступом до медичної допомоги, а більш виражені прояви астеничного синдрому відзначалися у пацієнтів, які перебували в зоні бойових дій або були вимушено евакуйовані. Встановлено, що вакцинація проти COVID-19 знижує ризик тяжкого перебігу інфекції та розвитку тривалих ускладнень: серед вакцинованих осіб симптоми хронічної втоми відзначалися приблизно у 15–18 % випадків.

Мета роботи. Проаналізувати особливості перебігу синдрому хронічної втоми у пацієнтів після перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19 в умовах воєнного часу та оцінити сучасні підходи до лікування цього стану.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічних даних 34 пацієнтів віком 20–54 років, які перенесли COVID-19 протягом 2022–2024 років та зверталися зі скаргами на тривалу втому, зниження працездатності та порушення концентрації уваги. Серед обстежених 21 (61,8 %) становили жінки та 13 (38,2 %) чоловіки. У частини пацієнтів були наявні супутні хронічні

захворювання, зокрема артеріальна гіпертензія, метаболічні порушення та хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту. Оцінювали вираженість астеничних проявів, толерантність до фізичного навантаження, особливості сну та психоемоційний стан пацієнтів.

Результати. Встановлено, що симптоми хронічної втоми зберігалися понад 12 тижнів після перенесеної інфекції у 25 (73,5 %) пацієнтів. Найбільш поширеними скаргами були виражена загальна слабкість — у 27 (79,4 %) осіб, зниження толерантності до фізичного навантаження — у 22 (64,7 %), порушення концентрації уваги — у 19 (55,9 %) та розлади сну — у 18 (52,9 %) пацієнтів. Посилення астеничних проявів частіше спостерігалось у осіб, які перебували в умовах тривалого психоемоційного стресу, пов'язаного з воєнними подіями. Комплексна терапія включає поступове відновлення фізичної активності, кардіореспіраторну та когнітивну реабілітацію, спрямовану на покращення толерантності до фізичного навантаження, функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем, відновлення когнітивних функцій, а також лікування супутніх хронічних захворювань.

Висновки. Синдром хронічної втоми є одним із поширених проявів пост-COVID-синдрому. В умовах воєнного стану його перебіг може посилюватися впливом тривалого стресу та психоемоційного навантаження. Комплексний підхід до лікування, сприяє зменшенню вираженості симптомів і покращенню функціонального стану пацієнтів.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ОЦІНЦІ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ А У ДІТЕЙ

Петканич К.Ю.

*Ужгородський національний університет,
медичний факультет, кафедра дитячих хвороб м.Ужгород,
Україна*

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Поляк-Товт В.М.

Актуальність. Вірусний гепатит А залишається актуальною проблемою педіатрії через значну поширеність та можливість розвитку тяжких форм. Пошук неінвазивних ультразвукових маркерів для раннього прогнозування перебігу хвороби є пріоритетним завданням. На фоні цитолітичного та холестатичного синдромів вірусного гепатиту А може формуватися реактивний набряк стінки жовчного міхура, який виявляється під час ультразвукового дослідження у вигляді потовщення, розшарування або «двоконтурності» стінки.

Мета роботи. Оцінити кореляційний зв'язок між ступенем потовщення стінки жовчного міхура та клініко-біохімічними показниками тяжкості вірусного гепатиту А у дітей.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів обстеження 20 дітей віком від 3 до 14 років із підтвердженим вірусним гепатитом А (anti-HAV IgM+), які перебували на стаціонарному лікуванні в «Центрі інфекційних хвороб», м.Ужгород. Проводилося УЗД ОЧП в динаміці (на 1-3 добу госпіталізації) з вимірюванням товщини стінки ЖМ. Отримані дані було зіставлено з клінічними проявами захворювання та лабораторними показниками (рівні аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази та загального білірубіну).

Результати. Під час ультразвукового обстеження у всіх пацієнтів відзначалися зміни з боку жовчного міхура. Потовщення стінки понад 3–7 мм, «двоконтурність» або розшарування стінки через набряк було виявлено у 75% дітей із середньотяжким та тяжким перебігом захворювання, тоді як у пацієнтів із легким перебігом товщина стінки не перевищувала 3 мм. У більшій половини пацієнтів в порожнині міхура відмічали

«густу» жовч або міліарний сладж. У 50% обстежених пацієнтів жовчний міхур виглядав гіпотонічним через порушення виділення жовчі печінкою, але з потовщеною багатоконтурною стінкою. Середня товщина стінки жовчного міхура у групі пацієнтів із середньотяжким перебігом становила близько 4-5 мм, тоді як у пацієнтів із тяжчим перебігом - 5-7 мм. При цьому встановлено прямий кореляційний зв'язок середньої сили між товщиною стінки жовчного міхура та рівнем аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази і загального білірубіну ($r=0,58$; $p<0,05$). Це відображає реактивний набряк на тлі запалення печінки. Значне потовщення (набряк) стінки у перші дні госпіталізації вказувало на ризик тривалого перебігу хвороби. У цій групі пацієнтів тривалість стаціонарного лікування була приблизно на 25% довшою порівняно з пацієнтами, у яких товщина стінки жовчного міхура не перевищувала 4 мм. Також у цих хворих відзначалося більш повільне зниження рівня білірубіну та пізніша нормалізація біохімічних показників функції печінки.

Висновки. Потовщення стінки ЖМ є чутливим ехографічним маркером гострого періоду ВГА у дітей, а разом із високими показниками АЛТ/АСТ може слугувати неінвазивним маркером тяжкості запалення печінки. Потовщення стінки понад 5 мм у перші дні жовтяничного періоду слід розглядати як маркер ризику затяжного.

ВИЗНАЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЦИВІЛЬНИХ ТА ВОЄННИХ У ПЕРІОД ВІЙСЬКОВОГО ЧАСУ

Петюнін П.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра кардіології, лабораторної та
функціональної діагностики Харків, Україна*

Науковий керівник: Яковлева Л.М., д.мед.н., професор кафедри
кардіології, лабораторної та функціональної діагностики

Актуальність: Якість життя (ЯЖ) є важливим фактором, що впливає на виникнення факторів розвитку різноманітних хвороб,

в тому числі - серцево-судинних, які, в свою чергу, призводять до 50% смертності від всіх хвороб в Україні.

Мета: оцінити переваги нового запропонованого опитувальника життя.

Матеріали та методи: новий опитувальник ЯЖ містить демографічні дані, такі як стать, вік, а також дані, що стосуються способу життя – статус паління, вживання наркотичних засобів, алкоголю, оцінку рухової активності, її тривалість за добу, тривалість та якість сну, особливості сольового навантаження. Враховується спадковість за ІХС та артеріальною гіпертензією, а також дані, які додатково обумовлюють якість життя – сімейний стан, наявність постійного робочого місця. Наприкінці опитувальника пацієнту пропонується оцінити свій рівень стресу, болю будь-де, рівень тривоги за 10-бальною шкалою. На опитувальник якості життя отримано авторське право 27.02.2025р. №03789/АП/25 у Державній організації «Український національний офіс інтелектуальної власності та інновацій» (УКРНОІВІ). Дослідження проводиться у рамках роботи на здобуття звання доктора філософії, протокол етичної комісії №8 від 12.11.2025р.

Результати: дані опитувальників проаналізовано в 102 пацієнтів, 26 жінок та 76 чоловіків у середньому віці ($44 \pm 7,5$) років, 65 з яких були цивільними, та 37 – військовими. Більшість пацієнтів при первинному огляді мали артеріальну гіпертензію ($n=89$, 88%), надлишкову масу, ІМТ 30 кг/м² мали 80 пацієнтів, 81%, палили 78 пацієнтів (76%), що у сукупності є модифікованими чинниками ризику. Виявилось, що з обстеженої когорти практично ніхто не приймав алкоголь, лише одна особа у минулому приймала наркотичні речовини. П'ятдесят вісім пацієнтів (57%) демонстрували спадковість за артеріальною гіпертензією (мати до 55 років та тато до 60 страждали на артеріальну гіпертензію). Рівень болю, що фіксували в себе пацієнти, відповідав у середньому $5 \pm 2,5$ балів, тривоги - $7 \pm 2,7$ балів та стресу – $4 \pm 1,9$ балів, причому ці цифри не відрізнялись в військових та цивільних ($p=0,07$).

Висновки: отримані дані будуть використані для проспективного дослідження в цивільних та військових

пацієнтів з та без факторів серцево-судинного ризику та оцінені як фактори прогнозу подальших серцево-судинних подій. Використання опитувальника у медичній практиці, дозволить поширити уявлення про спосіб та якість життя пацієнтів, що звертаються до лікарів клінік, поліклінік, та провести популяційне дослідження. Отримані висновки дозволять виявити перелік вразливих пацієнтів, зв'язок з хворобами, які виникають у населення, прийняти відповідні міри профілактики та лікування з метою покращення якості та тривалості життя пацієнтів.

ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДИСЕКТОРА І ЗШИВАЮЧИХ АПАРАТІВ В ХІРУРГІЇ ОБОДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШКИ

Пода В. С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Гриньов Р. М., к.мед.н., доцент кафедри
хірургічних хвороб

Актуальність. Накладання кишкових швів та формування анастомозів між різними відділами шлунково-кишкового тракту (ШКТ) є основним і найвідповідальнішим етапом оперативного втручання, що безпосередньо визначає результати хірургічного лікування.

Мета роботи. Клінічне вивчення особливостей формування анастомозів ШКТ за допомогою зшиваючих апаратів після проведення дисекції стінки ободової та прямої кишки з використанням ультразвукового скальпеля.

Матеріали та методи. Робота виконана на основі клінічного аналізу лікування 141 хворого з різними доброякісними та злоякісними пухлинами ободової та прямої кишки. Усі хворі були розділені на дві групи, основною відмінністю в яких був використаний спосіб з'єднання органів: накладання ручного або механічного шва анастомозу. До I групи був включений 101(71,6%) хворий, яким при формуванні анастомозів

застосовували ручний дво- або трирядний шов. Із них 48 хворим виконувалася правобічна геміколонектомія, 13 — лівобічна, 40 пацієнтам — резекція сигмоподібної та прямої кишки. До II групи були включені 40 (28,4%) пацієнтів, які перенесли операції на органах ШКТ із подальшим накладанням механічного апаратного шва. Із них 19 хворим виконана правобічна геміколонектомія, 5 — лівобічна, 6 — резекція сигмоподібної та прямої кишки. Групи хворих були порівнянними за віком та статтю. У II групі застосовувалися апарати Premium Plus CEEA – 31mm, ROTICULATOR 55, Disposable stapler (Auto Suture Company, USA), Proximate ILS Curved Intraluminal Stapler, REF CDH 31 та 33 mm (Ethicon Endo-Surgery, LLC, USA).

Результати. У I групі хворих неспроможність швів анастомозів спостерігалася у 3 (2,97%) пацієнтів: у 2-х пацієнтів після накладання ілеотрансверзоанастомозу, у 1-го хворого після формування десценденсректоанастомозу. Рання спайкова кишкова непрохідність розвинулася у 2 (1,98%) хворих після лівобічної геміколектомії. Кровотеча із зони анастомозу відзначалася у 1 (0,99%) хворого після резекції сигмоподібної та прямої кишки, що була вилікувана консервативними методами. У II групі хворих кровотечу із зони анастомозу ми спостерігали у 1 (2,5%) хворого, який переніс резекцію сигмоподібної та прямої кишки, проведення гемостатичної терапії дозволило усунути дане ускладнення. Застосування зшиваючих апаратів дозволило знизити кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних з анастомозами, з 5,94% до 2,5%. Застосування ультразвукового скальпеля мінімізує як інтра- (кровотечі з пошкоджених судин, ятрогенні пошкодження кишківника та суміжних органів), так і післяопераційні ускладнення (відстрочені перфорації порожнистих органів, післяопераційні кровотечі, спайкову хворобу).

Висновки. Накладання механічного шва характеризується низкою переваг перед ручним швом і розширює показання до виконання сфінктерозберігаючих операцій при пухлинах, розташованих нижче 10 см від ануса. Поєднане використання зшиваючих апаратів та ультразвукового скальпеля дозволяє

мінімізувати інтра- та післяопераційні ускладнення, пов'язані із зоною операції та анастомозів.

ФАРМАКОГЕНЕТИКА: ЯК ГЕНЕТИКА ПАЦІЄНТА ВПЛИВАЄ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ

Поп Т. М.

*Ужгородський національний університет,
Медичний факультет, кафедра біохімії та фармакології
Ужгород, Україна*

Науковий керівник Грига В.І., доцент, доктор філософії

Актуальність. Фармакотерапія є основним методом лікування більшості захворювань, однак ефективність і безпечність лікарських препаратів значною мірою відрізняється у різних пацієнтів. Однією з причин такої варіабельності є генетичні особливості організму людини. Розвиток фармакогенетики дозволяє дослідити вплив генетичних варіантів на метаболізм, транспорт і фармакодинаміку лікарських засобів. Вивчення генетичних поліморфізмів ферментів, що беруть участь у біотрансформації препаратів, створює передумови для персоналізації лікування. Це сприяє підвищенню ефективності терапії та зменшенню ризику небажаних реакцій. У сучасній медицині впровадження принципів персоналізованої терапії набуває особливої актуальності та активно розвивається у клінічній практиці.

Мета роботи. Дослідити значення генетичних особливостей пацієнта у формуванні індивідуальної відповіді на лікарські препарати та визначити роль фармакогенетики у підвищенні ефективності і безпечності фармакотерапії. Також проаналізувати можливості використання фармакогенетичного тестування для оптимізації лікувальної тактики.

Матеріали та методи. У роботі використано аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених фармакогенетичним дослідженням, а також узагальнення результатів клінічних спостережень щодо впливу генетичних поліморфізмів на метаболізм лікарських засобів. Проведено порівняльний аналіз

даних щодо варіантів генів ферментів системи цитохрому P450, які беруть участь у метаболізмі значної частини лікарських препаратів. Оцінювалися результати досліджень, у яких визначався зв'язок між генетичними варіантами та клінічною відповіддю на терапію.

Результати. Аналіз літературних та клінічних даних показав, що генетичні варіанти ферментів біотрансформації можуть суттєво впливати на швидкість метаболізму лікарських засобів. У пацієнтів із повільним метаболізмом підвищується концентрація препарату в крові та зростає ризик побічних реакцій. У пацієнтів із прискореним метаболізмом можливе зниження терапевтичного ефекту через швидке виведення лікарської речовини. Отримані дані свідчать, що використання фармакогенетичного тестування дозволяє прогнозувати індивідуальну відповідь організму на лікування та коригувати дозування препаратів.

Висновки. Фармакогенетика є перспективним напрямом сучасної медицини, який забезпечує наукове підґрунтя для персоналізованої фармакотерапії. Використання генетичної інформації дає можливість підвищити ефективність лікування, зменшити ризик побічних реакцій та оптимізувати підбір лікарських засобів. Подальше впровадження фармакогенетичних досліджень у клінічну практику сприятиме розвитку індивідуалізованої медицини, покращенню результатів лікування та підвищенню якості медичної допомоги пацієнтам.

ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ: ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕХАНІЗМ , КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Попова С. А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Кабачана І.В. к. мед. н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є причиною стійких моторних порушень у новонароджених. Частота його виникнення становить приблизно 2–3 випадки на 1000 дітей. Первинне ураження головного мозку при ДЦП має непрогресуючий характер, однак у процесі росту й розвитку дитини формуються вторинні зміни, зокрема контрактури, деформації опорно-рухового апарату та виражені функціональні обмеження. Висока поширеність захворювання, рання інвалідизація пацієнтів і потреба у тривалій та комплексній реабілітації підкреслюють значну медико-соціальну актуальність проблеми.

Мета роботи. Провести аналіз даних літератури по ДЦП за останнє десятиріччя, представити основні сучасні підходи до його лікування і профілактики.

Матеріали та методи. Здійснено огляд сучасної наукової літератури стосовно патогенезу, діагностики та лікування ДЦП. Було досліджено медичні документи пацієнтки з діагнозом спастичної диплегії. Проведено клініко-неврологічне обстеження із застосуванням шкал GMFCS та Ashworth, а також було досліджено динаміку стану після реабілітаційних і медикаментозних заходів.

Результати. Передумовою ДЦП є ураження мозку в антенатальному, перинатальному або ранньому постнатальному періодах. Основні фактори ризику: передчасні пологи, обтяжений анамнез матері, низька маса тіла, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, внутрішньоутробні інфекції, внутрішньошлуночкові крововиливи та перинатальні

інсульті. Патогенетично ураження кортико-спінальних шляхів і дисбаланс збуджувально-гальмівних механізмів провокують формування спастичності. Клінічно ДЦП проявляється моторним дефіцитом, який може поєднуватися з когнітивними, мовними та сенсорними розладами, епілепсією та вторинними ортопедичними деформаціями. Виділяють спастичні, дискінетичні, атаксичні та змішані форми. Найпоширенішою є спастична диплегія, асоційована з перивентрикулярним ураженням білої речовини. Діагностика базується на клінічній оцінці моторного розвитку за шкалами GMFCS, Ashworth і даних нейровізуалізації. Раннє втручання відіграє особливу роль, бо воно сприяє нейропластичності мозку та зменшує вторинні ускладнення. Лікування є мультидисциплінарним і включає фізичну та ерготерапію, ортезування, фармакологічну корекцію спастичності, ортопедичні й нейрохірургічні втручання. Головна мета профілактики — зниження перинатальних ризиків, застосування нейропротекторних стратегій (сульфат магнію при загрозі передчасних пологів, терапевтична гіпотермія при гіпоксично-ішемічній енцефалопатії).

Висновки. Дитячий церебральний параліч є багатфакторною патологією, яка вимагає міждисциплінарного підходу. Рання діагностика, індивідуальні реабілітаційні медико-психологічні програми та активна участь родини у процесі відновлення є основними принципами лікування. Профілактичні заходи базуються на зменшенні перинатальних ризиків і застосуванні сучасних нейропротекторних стратегій.

ПЕРЕВАГИ ТА НЕДОЛІКИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНИХ ІНФОРМАЦІЙНИХ СИСТЕМ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Попова С. А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Аль-Травнех О. В. к. мед. н., доцент кафедри
внутрішньої медицини

Мета. Аналіз функціональних можливостей медичних інформаційних систем (МІС), визначення їх основних переваг і недоліків, оцінка впливу впровадження таких систем на організацію роботи закладів охорони здоров'я та якість надання медичної допомоги.

Актуальність. Впровадження медичних інформаційних систем є важливим напрямом модернізації системи охорони здоров'я. Зважаючи на технологічний розвиток та стрімкий перехід медичних установ з паперової системи документації, потрібно чітко розуміти переваги та недоліки МІС, з метою їх подальшого вдосконалення, оптимізації та розуміння доцільності використання.

Матеріали та методи. Проаналізовано та узагальнено наукові джерела, стосовно застосування інформаційних технологій у медицині. Проведено огляд наукової літератури, інформаційних ресурсів та нормативних матеріалів у сфері електронної охорони здоров'я. Застосовано порівняльний аналіз функціональних можливостей сучасних медичних інформаційних систем та їх ролі в організації діяльності медичних установ.

Результати. Медична інформаційна система являє собою програмно-технічний комплекс, призначений для збору, зберігання, обробки та передачі медичної інформації. Її основна мета — підтримка рішень у закладах охорони здоров'я стосовно управління та лікувальних заходів. Основними завданнями таких систем є заповнення та зберігання електронних медичних карт пацієнтів, автоматизація реєстрації та запису на візит, зберігання та структурування результатів лабораторних і

діагностичних досліджень, а також забезпечення електронної документації та формування статистичної звітності. Застосування медичних інформаційних систем підвищує швидкість доступу до медичної інформації пацієнта, покращує координацію роботи медичного персоналу та зменшує ризик втрати або пошкодження медичної документації. Серед основних недоліків їх використання зазначаються значні фінансові витрати на впровадження та технічне обслуговування, необхідність підготовки медичного персоналу до роботи з новими технологіями, а також можливі ризики, пов'язані із забезпеченням конфіденційності та захисту персональних даних пацієнтів. Кожна МІС вимагає індивідуального підходу у використанні, бо кожна має власний інтерфейс та особливості введення даних. Це може викликати труднощі серед персоналу під час застосування, особливо у випадку, коли медична установа переходить з однієї інформаційної системи на іншу.

Висновки. МІС є важливим інструментом цифрової трансформації системи охорони здоров'я. Їх використання підвищує ефективність управління медичною документацією, покращує організацію лікувально-діагностичного процесу та якість медичного обслуговування. Але кожна інформаційна система має вагомі недоліки, а ефективність її використання залежить від підготовки медичного персоналу та фінансової спроможності медичної установи забезпечити якісне обслуговування МІС. Тож подальший розвиток і вдосконалення таких систем є необхідною умовою модернізації сучасної медицини.

АЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ВАКЦИНАЦІЮ: КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ ТА СВІТОВА СТАТИСТИКА

Попова А. М.

*Харківський національний університет ім. В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Лядова Т.І., д.мед.н., професор

Актуальність. Вакцинація є одним із найбільш ефективних методів профілактики інфекційних захворювань. Водночас, як і будь-яке медичне втручання, введення вакцин може супроводжуватися розвитком небажаних реакцій, серед яких особливу увагу привертають алергічні реакції. Незважаючи на їхню рідкісність, вони можуть проявлятися тяжкими системними реакціями, включаючи анафілаксію.

Мета роботи. Проаналізувати клінічні прояви алергічних реакцій після вакцинації, навести приклади клінічних випадків та узагальнити дані світової, європейської та української статистики щодо їх частоти.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукових публікацій, рекомендацій міжнародних організацій (WHO, CDC, EMA), а також даних систем фармаконагляду.

Результати та обговорення. Алергічні реакції на вакцини можуть бути пов'язані як із антигенними компонентами вакцин, так і з допоміжними речовинами (ад'юванти, стабілізатори, консерванти, залишкові білки виробничого процесу). Потенційними алергенами можуть бути желатин, білок курячого яйця, дріжджові білки, латекс, антибіотики, а також поліетиленгліколь (PEG) або полісорбати. Клінічні прояви варіюють від локальних реакцій (гіперемія, біль, набряк у місці ін'єкції) до системних реакцій: кропив'янки, ангіоневротичного набряку, бронхоспазму та анафілаксії. Світова статистика. За даними великого епідеміологічного дослідження Vaccine Safety Datalink, серед понад 25 млн введених доз вакцин було зареєстровано 33 випадки анафілаксії, що відповідає приблизно 1,3 випадку на 1 млн доз вакцини. Метааналіз 26 досліджень, що включав понад 26 млн введених доз мРНК-вакцин проти

COVID-19, показав середню частоту анафілаксії 5,58 випадку на 1 млн доз. Європейська статистика. За даними фармаконаглядової системи «EudraVigilance», яка охоплює країни Європейського економічного простору, серед понад 735 млн введених доз вакцин проти COVID-19 було зареєстровано 10 439 випадків анафілактичних реакцій. Частота становила приблизно 14,19 випадку анафілаксії на 1 млн доз, а анафілактичного шоку - 2,47 випадку на 1 млн доз. Дослідження, проведене в Європі серед дітей та підлітків, показало 371 випадок анафілаксії після введення понад 28 млн доз мРНК-вакцин, що відповідає приблизно 12,8 випадку на 1 млн доз. Українська статистика. За даними системи фармаконагляду МОЗ України та Центру громадського здоров'я, серйозні алергічні реакції після вакцинації реєструються вкрай рідко. У більшості випадків вони представлені легкими алергічними проявами (кропив'янка, місцеві реакції). Під час кампанії вакцинації проти COVID-19 в Україні повідомлялося про поодинокі випадки анафілактичних реакцій після введення вакцин. Більшість таких випадків виникали протягом перших 30 хвилин після вакцинації та успішно купірувалися стандартними заходами невідкладної допомоги. Профілактика. Основними заходами профілактики є ретельний збір алергологічного анамнезу перед вакцинацією та наявність у пункті вакцинації засобів для надання невідкладної допомоги. Відповідно до міжнародних рекомендацій, після вакцинації пацієнти повинні перебувати під медичним наглядом не менше 15–30 хвилин.

Висновки. Алергічні реакції після вакцинації є рідкісними ускладненнями. Частота анафілаксії становить приблизно 1–15 випадків на 1 млн введених доз вакцин. Раннє розпізнавання симптомів та швидке надання невідкладної допомоги забезпечують безпечне проведення імунізації та мінімізують ризик тяжких наслідків.

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ

Потапенко А.Ю.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Черненко І.І., Доктор медичних наук, доцент
кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології
Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Актуальність теми. Біль через зниження об'єму ліквору при синдромі внутрішньочерепної гіпотензії, є складною діагностичною проблемою сучасної медицини. Він часто спричиняє виражену дезадаптацію: пацієнти потребують постільного режиму та втрачають здатність працювати. Помилкова діагностика (як мігрень чи біль напруги) веде до хронізації та тривалих страждань пацієнтів. Детальне вивчення механізмів виникнення, клінічних характеристик та способів швидкого усунення больового синдрому є вкрай актуальним завданням сучасної неврології.

Мета роботи. Дослідити патогенетичні механізми генерації болю, його специфічні клінічні характеристики та динаміку, а також оцінити ефективність консервативних та інвазивних методів купірування головного болю при зниженому об'ємі ліквору.

Матеріали та методи. Проаналізовано наукову літературу, критерії ICHD-3 щодо клінічних особливостей ортостатичного головного болю. Оцінено біомеханічні аспекти активації больових рецепторів. Визначено відповідь больового синдрому на консервативні методи (гідратація, кофеїн, анальгетики) та ефективність епідуральної кров'яної пломби для зняття больового нападу.

Результати. Ключовим механізмом генерації болю є втрата ліквору, яка зменшує його підйомну силу. Внаслідок цього мозок опускається та натягує менінгеальні структури і черепні нерви, багаті на больові рецептори. Головний біль фіксується у 97% пацієнтів, часто супроводжуючись ригідністю м'язів шиї (від

71% до 89% випадків). Класичною ознакою є ортостатичність: він виникає або нестерпно посилюється у вертикальному положенні (досягаючи піку за 15 хвилин) та полегшується в горизонтальному. Варто зазначити, що у 8% хворих біль від початку не має ортостатичного характеру. Через нього 96% пацієнтів не можуть виконувати свою професійну роботу як раніше, причому 61% стають повністю працездатними. За локалізацією біль найчастіше потиличний або двобічний лобно-потилічний. За характером він може бути пульсуючим, тиснучим або «громоподібним». У хронічних випадках біль трансформується: ортостатичний компонент може зникати, і біль стає постійним щоденним. Провокуючими факторами посилення болю є кашель, чхання та фізичне напруження (маневр Вальсальви). Звичайні анальгетики (НПЗП, парацетамол) дають лише короточасний або нульовий ефект. Найбільш дієвою є епідуральна кров'яна пломба (ефективність 60-70% після першої ін'єкції), яка миттєво підвищує тиск ліквору, знімаючи натяг з больових рецепторів. У разі її неефективності застосовується хірургічне лікування, після якого 65% хворих повністю повертають працездатність.

Висновки. Головний біль при внутрішньочерепній гіпотензії — це унікальний больовий феномен механічного походження, зумовлений тракцією менінгеальних структур. Його ключова особливість — ортостатичність, втрата якої при хронізації ускладнює діагностику. Оскільки класичні анальгетики є малоефективними, раннє застосування епідурального пломбування критично важливе для швидкого усунення болю та відновлення якості життя пацієнтів.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ТЯЖКІ РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РАС: ДИСРЕГУЛЯЦІЯ ЧИ ЗАПИТ ПРО ДОПОМОГУ?

Пронько І.А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Міхановська Н.Г., д.мед.н., професор,
ст.наук.співроб., завідувачка кафедри гігієни та соціальної
медицини ХНУ імені В.Н. Каразіна; провідний
наук.співробітник відділення психіатрії ДУ"Інститут охорони
здоров'я дітей та підлітків НАМН України"

Актуальність. Поведінка, що створює труднощі у осіб з розладом аутистичного спектра (РАС), є однією з основних причин звернення за спеціалізованою психіатричною допомогою. До таких проявів належать агресія, самоушкодження, стереотипна та деструктивна поведінка, що можуть становити загрозу безпеці як самого пацієнта, так і його оточення і суттєво обмежувати соціальне функціонування. Традиційно ці прояви розглядалися переважно у межах біхевіористичної парадигми як поведінкові порушення, що потребують корекції. Проте сучасні підходи все частіше інтерпретують їх як прояви дисрегуляції або як форму комунікації та сигнал про потребу у допомозі. Це зумовлює необхідність перегляду підходів до оцінювання та втручання при тяжких поведінкових розладах у осіб з РАС.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні концепції розуміння тяжких поведінкових проявів у осіб з РАС та визначити ефективні підходи до їх оцінювання і корекції.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних клінічних рекомендацій (Американської академії педіатрії, NICE) та наукових досліджень щодо поведінкових розладів у осіб з РАС. Проаналізовано підходи до визначення поведінки, що створює труднощі, її поширеність, можливі етіологічні чинники та сучасні стратегії клінічного менеджменту. Особливу увагу приділено факторам, що можуть провокувати або підтримувати

проблемну поведінку, зокрема порушенням комунікації, сенсорним перевантаженням, супутнім соматичним і психічним розладам, а також особливостям соціального середовища. Також розглянуто підходи функціональної оцінки поведінки та методи психосоціального втручання.

Результати. Встановлено, що значна частина проблемної поведінки у осіб з РАС пов'язана з порушеннями комунікації, сенсорною перевантаженістю, супутніми соматичними або психічними розладами, а також особливостями середовища. Сучасні рекомендації підкреслюють необхідність насамперед ідентифікувати фактори, що провокують таку поведінку, включно з фізичним дискомфортом, тривожністю, змінами у структурі повсякденного життя або соціальному середовищі. Ефективними підходами є психосоціальні втручання, зокрема тренінг функціональної комунікації (Functional Communication Training) та програми позитивної поведінкової підтримки (Positive Behaviour Support), які базуються на визначенні функції проблемної поведінки та формуванні соціально прийнятних альтернативних способів комунікації. Медикаментозна терапія розглядається лише як допоміжний засіб у випадках вираженої агресії, самоушкодження або інших станів, що спричиняють значний дистрес.

Висновки. Тяжкі поведінкові прояви при РАС доцільно розглядати не лише як симптоми порушення поведінки, а як можливий прояв дисрегуляції або комунікативний сигнал про потреби людини. Ефективна допомога передбачає комплексний підхід, що включає функціональну оцінку поведінки, модифікацію середовища, розвиток комунікативних навичок та підтримку сім'ї. Застосування психосоціальних втручань як першої лінії допомоги дозволяє зменшити частоту проблемної поведінки та підвищити рівень адаптації осіб з РАС.

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ТЯЖКОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З РАС: ВІД КОНТРОЛЮ ДО ПІДТРИМКИ САМОРЕГУЛЯЦІЇ

Пронько І.А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Міхановська Н.Г., д.мед.н., професор,
ст.наук.співроб., завідувачка кафедри гігієни та соціальної
медицини ХНУ імені В.Н. Каразіна; провідний
наук.співробітник відділення психіатрії ДУ"Інститут охорони
здоров'я дітей та підлітків НАМН України"

Актуальність. Поведінка, що створює труднощі у осіб з розладом аутистичного спектра (РАС), є однією з основних причин звернення за спеціалізованою психіатричною допомогою. До таких проявів належать агресія, самоушкодження, стереотипна та деструктивна поведінка, що можуть становити загрозу безпеці як самого пацієнта, так і його оточення і суттєво обмежувати соціальне функціонування. Традиційно ці прояви розглядалися переважно у межах біхевіористичної парадигми як поведінкові порушення, що потребують корекції. Проте сучасні підходи все частіше інтерпретують їх як прояви дисрегуляції або як форму комунікації та сигнал про потребу у допомозі. Це зумовлює необхідність перегляду підходів до оцінювання та втручання при тяжких поведінкових розладах, «поведінки, що кидає виклик» у осіб з РАС.

Мета роботи. Теоретично обґрунтувати сучасні концептуальні підходи до генезису тяжких поведінкових проявів у осіб із розладами аутистичного спектра (РАС) та здійснити порівняльний аналіз стратегій їх діагностичного оцінювання й терапевтичної корекції.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних клінічних рекомендацій (Американської академії педіатрії, NICE) та наукових досліджень щодо поведінкових розладів у осіб з РАС. Проаналізовано підходи до визначення поведінки, що створює труднощі, її поширеність, можливі етіологічні чинники та

сучасні стратегії клінічного менеджменту. Особливу увагу приділено факторам, що можуть провокувати або підтримувати проблемну поведінку, зокрема порушенням комунікації, сенсорним перевантаженням, супутнім соматичним і психічним розладам, а також особливостям соціального середовища. Також розглянуто підходи функціональної оцінки поведінки та методи психосоціального втручання.

Результати. Встановлено, що значна частина проблемної поведінки у осіб з РАС пов'язана з порушеннями комунікації, сенсорною перевантаженістю, супутніми соматичними або психічними розладами, а також особливостями середовища. Сучасні рекомендації підкреслюють необхідність насамперед ідентифікувати фактори, що провокують таку поведінку, включно з фізичним дискомфортом, тривожністю, змінами у структурі повсякденного життя або соціальному середовищі. Ефективними підходами є психосоціальні втручання, зокрема тренінг функціональної комунікації (Functional Communication Training) та програми позитивної поведінкової підтримки (Positive Behaviour Support), які базуються на визначенні функції проблемної поведінки та формуванні соціально прийнятних альтернативних способів комунікації. Медикаментозна терапія розглядається лише як допоміжний засіб у випадках вираженої агресії, самоушкодження або інших станів, що спричиняють значний дистрес.

Висновки. Тяжкі поведінкові прояви при РАС доцільно розглядати не лише як симптоми порушення поведінки, а як можливий прояв дисрегуляції або комунікативний сигнал про потреби людини. Ефективна допомога передбачає комплексний підхід, що включає функціональну оцінку поведінки, модифікацію середовища, розвиток комунікативних навичок та підтримку сім'ї. Застосування психосоціальних втручань як першої лінії допомоги дозволяє зменшити частоту проблемної поведінки та підвищити рівень адаптації осіб з РАС.

ПСИХОЛОГІЧНА ГНУЧКІСТЬ ТА КАТАСТРОФІЗАЦІЯ БОЛЮ: АНАЛІЗ ЗА СУБШКАЛАМИ MPFI У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Пушкарьська А.Ф., Вівденко К.О.

*Полтавський державний медичний університет, м. Полтава,
Україна*

Науковий керівник: Шкодіна А.Д., PhD, асистент кафедри
нервових хвороб

Актуальність. Катастрофізація болю – когнітивно-емоційний патерн, що включає румінацію, перебільшення загрози та відчуття безпорадності – є одним із найпотужніших психологічних предикторів хронізації болю та непрацездатності. У рамках терапії прийняття і відповідальності (АСТ) катастрофізація розглядається як прояв психологічної негнучкості: злиття з катастрофічними думками, уникнення больових переживань і відчуження від власних цінностей. Мультивимірний профіль психологічної гнучкості (MPFI) дозволяє окремо оцінити шість адаптивних та шість дезадаптивних процесів, що відкриває можливість визначити, які виміри найбільш специфічно пов'язані з катастрофізацією і можуть стати мішенями АСТ-інтервенцій.

Мета. Визначити характер та силу зв'язків між субшкалами MPFI та рівнем катастрофізації болю (PCS) у пацієнтів із хронічним болем у нижній частині спини.

Матеріали та методи. Обстежено 17 пацієнтів із хронічним болем у нижній частині спини тривалістю 12–48 місяців (14 чоловіків, 3 жінки). Застосовано: MPFI – 12 субшкал гнучкості та негнучкості і два інтегральні показники; Шкала катастрофізації болю (PCS; $M=24,0\pm 12,6$ бали). Кореляційний аналіз Спірмена (SPSS 26.0).

Результати. Серед субшкал негнучкості найсильнішу кореляцію з PCS виявила субшкала «Втрата контакту з цінностями» ($r_s=0,780$, $p<0,001$). Що більше пацієнт відчужений від значущих для нього сфер життя, то більш катастрофічно він сприймає біль. З позиції АСТ, втрата контакту з цінностями позбавляє людину мотиваційного ресурсу та сенсу, і біль стає суб'єктивно

нездоланням. Загальна психологічна негнучкість ($rs=0,631$, $p=0,007$) та субшкала «Бездіяльність» ($rs=0,595$, $p=0,012$) також достовірно корелювали з PCS. Бездіяльність формує порочне коло: відмова від активності посилює катастрофізацію, а катастрофізація поглиблює бездіяльність. Серед субшкал гнучкості значимий зв'язок виявила лише «Усвідомленість» ($rs=0,584$, $p=0,014$) — також у позитивному напрямку. Це може відображати феномен гіпербдильності до болю (pain hypervigilance): підвищена увага до тілесних відчуттів набуває тривожно-пильнуючого характеру і є складовою катастрофізуючого когнітивного стилю, а не його антагоністом. Субшкали «Когнітивна дефузія» та «Я-як-контекст» не виявили значимих зв'язків із PCS.

Висновки. Катастрофізація болю найбільш тісно пов'язана із «Втратою контакту з цінностями», загальною психологічною негнучкістю та «Бездіяльністю» за MPFI. Ці результати вказують, що катастрофізація є не лише когнітивним феноменом, але й наслідком ціннісно-мотиваційного відчуження, що обґрунтовує доцільність ціннісно-орієнтованих технік АСТ як пріоритетних у роботі з катастрофізацією болю. Позитивний зв'язок «Усвідомленості» з PCS потребує розрізнення між усвідомленістю як ресурсом і гіперпильністю як симптомом хронізації під час оцінки.

ГІПОТИРЕОЗ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Реброва К.В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, Харків, Україна*

Науковий керівник: ас. Сапричова Л.В., ас. Шокало І.В.

Актуальність. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з провідних причин захворюваності та смертності у світі. Її розвиток асоціюється з пацієнтами старших вікових груп і наявністю факторів ризику. Водночас все частіше трапляються випадки гострого коронарного синдрому у пацієнтів молодого

віку, зокрема у жінок, що зумовлює практичну цінність аналізу таких клінічних випадків.

Мета роботи. На прикладі клінічного випадку проаналізувати перебіг ішемічної хвороби серця у жінки молодого віку та звернути увагу на можливість розвитку гострого коронарного синдрому за відсутності факторів ризику.

Матеріали та методи. Пацієнтка, 41 рік, госпіталізована зі скаргами на раптовий стискаючий біль за грудиною з іррадіацією у верхні кінцівки, що супроводжувався задишкою та загальною слабкістю. В анамнезі серцево-судинні захворювання не відзначалися, фактори ризику були відсутні. Із супутньої патології виявлено субклінічний гіпотиреоз. До госпіталізації лікування не отримувала. Обстеження включало огляд пацієнтки, визначення клінічних та біохімічних показників, кардіоспецифічних маркерів, ЕКГ, ехокардіографію та коронарографію. На електрокардіограмі відзначалися ішемічні зміни сегмента ST у грудних відведеннях V4–V6, що відповідало ураженню передньої стінки лівого шлуночка, з подальшою еволюцією інфаркту міокарда та формуванням патологічного зубця Q. У лабораторних дослідженнях виявлено підвищення рівня тропоніну I з наростанням у динаміці (від 0,12 нг/мл до 8,97 нг/мл), що підтверджувало наявність гострого некрозу міокарда. Показники загальноклінічних аналізів суттєвих відхилень не мали. Мало місце підвищення рівня ТТГ-5.73 (норма до 4) За даними Ехо-КГ зниження систолічної функції лівого шлуночка (фракція викиду — 48%) з гіпокінезом апікальних сегментів. На коронарографії багатосудинне атеросклеротичне ураження зі значущими стенозами передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії та її діагональних гілок. Проведено ургентне стентування інфаркт-залежної коронарної артерії та призначено лікування: аспірин, тигарелор, розувастатин, еплеренен, емплагліфозин.

Результати. На підставі проведених досліджень встановлено діагноз ішемічної хвороби серця: гострого інфаркту міокарда. Проведено сучасне адекватне лікування згідно протоколу. Пацієнтка виписана в задовільному стану з рекомендаціями щодо подальшого лікування і реваскуляризації.

Висновки. Даний клінічний випадок демонструє можливість виникнення ішемічної хвороби серця у пацієнтів будь-якого віку, незалежно від статі. Відсутність класичних факторів ризику не виключає розвиток ішемічної хвороби серця. Не варто недооцінювати гіпотиреоз, навіть субклінічний, при оцінці факторів ризику атеросклерозу.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ В ТЕРАПІЇ ПОЧАТКОВОГО ФЛЮОРОЗУ ЗУБІВ

Ровенська Д. Ю.

*Полтавський державний медичний університет, кафедра
дитячої терапевтичної стоматології, Полтава, Україна*

Науковий керівник: Амосова Л. І., к.мед.н., доцент

Актуальність. Підвищена концентрація фтору в питній воді окремих регіонів України, а також несприятливий вплив чинників навколишнього середовища зумовлюють актуальність проблеми флюорозу зубів. Існуючі методи й засоби первинної профілактики флюорозу не завжди забезпечують попередження виникнення цього захворювання, тому зростає потреба у впровадженні ефективних заходів вторинної профілактики фтористої інтоксикації. Терапія початкових форм флюорозу має не лише лікувальне, а й профілактичне значення, оскільки спрямована на запобігання розвитку більш тяжких проявів захворювання. У зв'язку з цим пошук нових ефективних засобів лікування початкового флюорозу зубів є важливим завданням сучасної стоматологічної науки.

Мета роботи. Дослідити особливості клінічного перебігу початкових форм флюорозу зубів у динаміці лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 35 зубів у 10 дітей віком 7-9 років із клінічними проявами флюорозу. Усі діти з народження проживали в м. Полтава. Оцінювання ступеня ураження емалі проводили за критеріями Dean. До початкових форм відносили дуже легкий флюороз, за якого крейдоподібні плями охоплювали до 25% поверхні зуба, та легкий – з ураженням

26-50% поверхні. Для місцевої терапії застосовували лікувально-профілактичний комплекс з умістом кальцію. Ефективність лікування оцінювали через рік після завершення курсу за динамікою клінічних показників. Поліпшення стану емалі визначали за зникненням або зменшенням площі крейдоподібних плям; погіршення – за їх збільшенням, появою нових уражень, пігментації чи ерозій. За стабілізації процесу клінічні характеристики плям та цілісність емалі залишалися без змін.

Результати. Аналіз отриманих даних засвідчив позитивний вплив запропонованого лікувально-профілактичного комплексу на перебіг флюорозу зубів. Через рік після лікування випадків погіршення стану ураженої емалі не виявлено. Стабілізацію процесу зафіксовано в 62,48% зубів. При цьому переважали дуже легкі форми флюорозу – 43,65%, тоді як легкі форми становили 18,83%. Поліпшення клінічного стану відзначено у 37,52% зубів, з яких 30,26% спочатку мали дуже легкий флюороз, а 7,26% – легкий. Позитивна динаміка проявлялася як зменшенням розмірів крейдоподібних плям у 33,45% зубів, так і їх повним зникненням у 4,07% випадків.

Висновки. Висока клінічна ефективність запропонованого лікувально-профілактичного комплексу свідчить про доцільність його застосування з метою лікування флюорозу постійних зубів, що проявляється у вигляді крейдоподібних плям, та запобігання розвитку більш тяжких проявів захворювання.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ МІРІЗІ

Савельєв В.В.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Бичков С.О., д.мед.н., професор, завідувач
кафедра хірургічних хвороб

Актуальність. Синдром Мірізі є рідкісним ускладненням жовчнокам'яної хвороби, що виникає внаслідок компресії або

формування нориці між жовчним міхуром і загальною печінковою протокою через конкремент, локалізований у шийці жовчного міхура або міхуровій протоці. Частота синдрому Міріззі становить 0,1–2,5% серед пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою. Оцінка віддалених результатів лікування є важливою для визначення ефективності різних хірургічних підходів.

Мета роботи. Оцінити віддалені результати хірургічного лікування синдрому Міріззі залежно від типу патології та обраної оперативної тактики.

Матеріали і методи. Дослідження базується на аналізі результатів лікування 186 пацієнтів із синдромом Міріззі (І тип – 124, II тип – 62), які проходили стаціонарне лікування у хірургічному відділенні у період з 1997 по 2024 рік. До дослідження включено пацієнтів, оперованих з приводу синдрому Міріззі із застосуванням запропонованих нами методик, у яких діагноз встановлювали інтраопераційно або підтверджували за допомогою інструментальних методів обстеження. У роботі також використано розроблену нами класифікацію синдрому Міріззі. Хірургічне лікування включало: субтотальну лапароскопічну холецистектомію зі збереженням задньої стінки жовчного міхура із застосуванням ультразвукового скальпеля Harmonic, лапароскопічну холецистектомію з пластикою холедоха, мінілапаротомічну холецистектомію з пластикою холедоха за допомогою задньої стінки жовчного міхура, накладання білідигестивного анастомозу за авторською методикою та класичну лапароскопічну холецистектомію. Віддалені результати лікування оцінювали у терміни від 6 місяців до 5 років після оперативного втручання. Аналізували клінічний стан пацієнтів, наявність післяопераційних ускладнень, функціональний стан жовчовивідної системи та показники якості життя за шкалою GRSR.

Результати. У віддаленому періоді найчастіше відзначалися больовий синдром, диспептичні прояви, рефлюкс-холангіт, рефлюкс-езофагіт, рефлюкс-гастрит, загострення хронічного панкреатиту та спайкова кишкова непрохідність. Частота пізніх післяопераційних ускладнень була вищою у пацієнтів із

синдромом Міріззі II типу і становила 14,5% (n=9), тоді як у хворих із СМ I типу – 3,2% (n=4). Післяопераційна летальність становила 0,5% (n=1) та була зафіксована лише серед пацієнтів із СМ II типу, що пов'язано з тяжчим перебігом захворювання та наявністю біліарних нориць. Добрі результати лікування отримано у 94,4% (n=117) пацієнтів із СМ I типу та у 90,3% (n=56) пацієнтів із СМ II типу. Задовільні результати відзначалися у 4,8% (n=9) пацієнтів, незадовільні – поодинокі. Оцінка якості життя за шкалою GSRS показала достовірне покращення після операції: сумарний показник зріс приблизно на 14% у пацієнтів із СМ I типу та на 12% у пацієнтів із СМ II типу. Початково якість життя у хворих із СМ II типу була нижчою через наявність біліарних нориць та більш виражені функціональні порушення гепатобіліарної системи.

Висновки. 1. У віддаленому періоді після хірургічного лікування синдрому Міріззі найчастіше спостерігаються больовий синдром, диспептичні розлади, прояви рефлюкс-холангіту, рефлюкс-езофагіту та рефлюкс-гастриту. 2. Частота пізніх післяопераційних ускладнень є вищою у пацієнтів із синдромом Міріззі II типу. 3. Використання малоінвазивних технологій хірургічного лікування синдрому Міріззі дозволяє покращити віддалені результати лікування. 4. Запропонована хірургічна тактика забезпечує високий рівень позитивних результатів лікування. 5. Хірургічне лікування сприяє достовірному покращенню якості життя пацієнтів.

СТАН ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ ТА ПОВЕДІНКА, ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ

Світличний Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини,
місто Харків, Україна*

Науковий керівник: Цукор Н.Г., асистент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Рівень громадського здоров'я є фундаментом стабільності та прогресу держави. Війна спричинила кризу в

медицині: від руйнації інфраструктури лікарень до глибокого впливу на психофізичний стан населення. У зв'язку з цим, моніторинг стану здоров'я та самозбережувальної поведінки має вирішальне значення для з'ясування механізмів впливу ендогенних та екзогенних факторів на алгоритми дій особистості у випадку хвороби. Це дозволяє об'єктивно оцінити можливість отримання своєчасних діагностичних та лікувальних послуг, що є основою для розробки дієвих стратегій управління у сфері охорони здоров'я.

Мета роботи. Оцінити стан здоров'я українців та поведінку, пов'язану зі здоров'ям.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 9200 респондентів, старших за 18 років. Вибірка охопила мешканців кожного регіону України, за винятком тимчасово окупованих територій (АР Крим, Донеччина та Луганщина). Збір даних проводився шляхом проведення телефонних опитувань, а також персональних інтерв'ю за допомогою цифрових пристроїв.

Результати. При проведенні соціологічного опитування за допомогою опитувальника SF-36 49,7% українців оцінюють своє здоров'я як «добре» або «дуже добре». Найвищі позитивні оцінки у Рівненській (60,1%) та Івано-Франківській (60%) областях, найнижчі – у Харківській (32,8%). Серед чинників впливу на здоров'я пріоритетним деструктивним чинником виступає психоемоційне навантаження (59,5% станом на 2023 рік проти 8,9% відносно даних 2017 року), наявність шкідливих звичок (20,8% згідно з показниками 2023 року проти 2,1% порівняно з 2017 роком) та неухважність щодо власного самопочуття (20,3% проти 9,3% зіставно з періодом 2017 року). Майже 48,5% респондентів відчували проблеми із психічним здоров'ям протягом року, але лише 9,2% з них зверталися за допомогою до фахівців. Найбільшого тиску на психічне здоров'я зазнали опитані в Херсонській (78,7%), Запорізькій (77,1%), Харківській (73,7%), а також Сумській (67,6%) та Одеській (62,9%) областях. Найнижчі показники у Житомирській (27,6%) та Львівській (28%) областях. Зросла частка тих, хто повідомив, що має хронічне або довготривале захворювання (41,3% опитаних), найбільше їх у Херсонській

(66,4%), Запорізькій (66,2%) та Харківській (65,6%) областях, а найменше - у Кіровоградській (12,5%). Результати дослідження показали, що в середньому по Україні дорослі вживали 2,0 кг свіжих фруктів і ягід та 2,3 кг свіжих овочів на тиждень. Найменше фруктів у щоденному раціоні населення Херсонської (58,4%) та Запорізької (63,9%) областей; овочів — у Харківській (68,5%), Миколаївській (68,6%) та Сумській (69,5%) областях.

Висновок. Поточні показники здоров'я населення України визначаються комплексом соматичних та психогенних порушень, що суттєво знижують якість життєдіяльності громадян. Ключовими векторами для зміцнення здоров'я є формування культури самозбережувальної поведінки й корекція способу життя, а також реалізація ефективних державних стратегій у галузі громадського здоров'я.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОГО НА ХВОРОБУ ГЕНТІНГТОНА

Світличний Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Черненко І.І., Доктор медичних наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Хвороба Гентінгтона — це прогресуюче нейродегенеративне захворювання з автосомно-домінантним типом успадкування, що характеризується тріадою симптомів: руховими порушеннями, когнітивним зниженням та психічними розладами. Згідно з епідеміологічними даними, поширеність в Україні становить 1,3–1,5 на 100 000 населення. Діагностика патології значно ускладнюється за умови розвитку нейродегенерації на тлі органічного ураження головного мозку, зокрема наслідків бойової травми. Аналіз таких клінічних випадків є критично важливим для диференціальної діагностики та розуміння захворювання в умовах мультифакторного впливу на центральну нервову систему.

Мета роботи. Презентація клінічного випадку та обговорення можливих патогенетичних механізмів розвитку хвороби Гентінгтона у пацієнта з наслідками тяжкої бойової закритої черепно-мозкової травми.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз амбулаторної карти пацієнта з генетично підтвердженою хворобою Гентінгтона. Дослідження базувалося на результатах клініко-неврологічного обстеження, оцінці соматичного статусу пацієнта, а також комплексному вивченні показників лабораторної та інструментальної діагностики.

Результати. Описано клінічний випадок пацієнта з прогресуючими руховими розладами у вигляді «танцюючої» ходи, хореїчних гіперкінезів обличчя та кінцівок, загальної слабкості та емоційної лабільності. Анамнез захворювання та життя: У 1989 р. пацієнт переніс тяжку бойову контузію та закриту черепно-мозкову травму. Протягом 23 років стан розцінювався як наслідки травматичного ураження ЦНС. Маніфестація типових для ХГ симптомів відбулася у 2012 р., проте через виражений травматичний фон верифікація діагнозу була відтермінована до 2020 року. Неврологічний статус: Об'єктивно спостерігався виражений хореїчний гіперкінез у поєднанні з ознаками органічного ураження мозку 3 ступеня. Виявлено атаксію, позитивний симптом Манна, дизартрію та когнітивне зниження. Молекулярно-генетичне дослідження підтвердило наявність 44 CAG-повторів у гені IT15. Соматичний статус: Перебіг захворювання обтяжений супутньою патологією: гіпертонічною хворобою 2 ст., ішемічною хворобою серця (стенокардія 2 ФК) та хронічним калькульозним холециститом. В анамнезі зафіксовано фронтотомію (2019 р.). Встановлено, що поєднання наслідків бойової травми та тяжких соматичних хвороб створює ефект взаємного обтяження, що прискорює прогресивний перебіг хвороби Гентінгтона та суттєво обмежує можливості призначення стандартної симптоматичної терапії через ризик декомпенсації серцево-судинної системи.

Висновки. Тяжка бойова травма в анамнезі може маскувати маніфестацію генетичної нейродегенерації під посттравматичну енцефалопатію, що призводить до відтермінування діагностики

хвороби Гентінгтона та ускладнює вибір терапії. Даний випадок підкреслює необхідність молекулярно-генетичного скринінгу при прогресуючих рухових і когнітивних розладах навіть за наявності очевидного травматичного чинника.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАГАЛЬНОГО НАРКОЗУ ТА РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Світличний Д.О., Баранова Н.В.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Матвеєнко М.С., доктор філософії за спеціальністю “Медицина”, Доцент, завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини.

Актуальність. Лапароскопічна холецистектомія є однією з найбільш частих операцій у світі. Незважаючи на те, що загальна анестезія є класичним методом вибору при лапароскопічних втручаннях, вона пов'язана із системним впливом на нервову систему та ризиком післяопераційних порушень. У той час як регіонарна анестезія виступає не лише доповненням, а й конкурентною альтернативою. Порівняння цих методів дозволяє визначити межі безпеки та ефективності для кожного конкретного пацієнта.

Мета роботи. Провести порівняльну оцінку впливу загального наркозу та методів регіонарної анестезії на інтраопераційну стабільність, інтенсивність післяопераційного больового синдрому та швидкість відновлення пацієнтів для оптимізації вибору анестезіологічної тактики.

Матеріали та методи. Було використано матеріали опублікованих літературних даних, надрукованих за період 2020-2025 роки.

Результати. При зіставленні результатів обох груп було виявлено переваги комбінованого підходу. У групі пацієнтів із застосуванням регіонарних методів рівень післяопераційного болю за візуально-аналоговою шкалою через 4 та 8 годин після

втручання був нижчим у середньому на 1,8–2,4 бала порівняно з контрольною групою загальної анестезії. Оцінка побічних ефектів показала суттєвий розрив між групами, особливо щодо диспепсичних розладів. Частота післяопераційної нудоти та блювання у групі регіонарної підтримки склала 6,2%, у групі загального наркозу цей показник досягав 19,5%. Таке зниження частоти ускладнень дозволило зменшити потребу у використанні опіоїдних анальгетиків на 40–50% протягом першої доби після операції. Завдяки стабільним показникам гемодинаміки та адекватному рівню знеболення, пацієнти групи регіонарної анестезії демонстрували швидшу реабілітацію. Перший підйом з

ліжка та початок прийому рідини відбувалися в середньому на 140 хвилин раніше, ніж у пацієнтів, які отримували виключно загальну анестезію. Це повністю відповідає сучасним протоколам швидкого відновлення після хірургічних втручань.

Висновки. Застосування регіонарної анестезії забезпечує стабільніший перебіг раннього післяопераційного періоду, що виражається у зниженні інтенсивності болю на 1,8–2,4 бала за візуально-аналоговою шкалою. Клінічна ефективність методу підтверджується триразовим зменшенням частоти післяопераційної нудоти та блювання, що безпосередньо корелює зі скороченням потреби в наркотичних анальгетиках на 40–50%. Отримані дані щодо раннього відновлення рухової активності та відновлення питного режиму підкреслюють доцільність широкого впровадження комбінованих технік у сучасну хірургічну практику як дієвого інструменту покращення результатів лікування.

ТЕНЗОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗАХИСНОГО ЕФЕКТУ НОВОГО ПОХІДНОГО ХІНАЗОЛІНОНУ НА СКОРОЧЕННЯ М'ЯЗА ПІСЛЯ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUЗІЙНОГО УШКОДЖЕННЯ

Н. С. Семенюк, О. В. Легедза, Д. О. Заводовський, О. В. Михайленко

*Відділ фізіології рухів, Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця
НАН України, Київ, Україна. Навчально-науковий інститут
високих технологій, Київський національний університет імені
Тараса Шевченка, Київ, Україна*

Актуальність. Ішемічно-реперфузійне ушкодження скелетних м'язів є серйозною клінічною проблемою в судинній хірургії та травматології. Патогенез ішемічно-реперфузійного ушкодження включає надмірне утворення активних форм кисню, запальну відповідь та порушення гомеостазу іонів кальцію. Похідні хіназолінону відзначаються широким спектром антиоксидантної та протизапальної активності, що робить їх перспективними кандидатами для створення І/Р-протекторних засобів.

Мета роботи. Оцінити ефективність нового похідного хіназолінону натрій 2-(7-хлоро-2-(3,4-диметоксибензил)-4-оксо-3,4-дигідрохіназолін-3-іл)ацетату у збереженні скорочувальної функції скелетних м'язів після тривалої ішемії у щурів.

Матеріали та методи. Досліди проводились на дорослих самцях щурів лінії Wistar (n=10 у кожній групі). Модель гострої ішемії відтворювали хірургічною компресією стегнової артерії лівої задньої кінцівки тривалістю 3 год. За 30 хв до початку ішемії вводили похідну хіназоліну внутрішньом'язово в дозі 10 мг/кг. Після ішемії проводили тензометричний аналіз скорочувальної функції литкового м'яза *in situ*. Трансневральна стимуляція сідничого нерва здійснювалась у три 30-хвилинні серії (3-секундні імпульси з частотою 40 Гц, пауза 6 с) з 10-хвилинними інтервалами між ними. Статистичний аналіз однофакторний ANOVA з критерієм Тьюкі.

Результати. М'язи контрольної групи демонстрували помірне зниження амплітуди скорочень (на 27,4% всередині інтервалу, початкова амплітуда на 7,4% до третього інтервалу). В ішемічній групі амплітуда скорочень зменшилась більш ніж на 92%, а загальний обсяг роботи — на 82,4%. У групі з похідною хіназоліну темп розвитку втоми був у 6–10 разів нижчим порівняно з ішемічною групою, загальне зниження працездатності становило лише 21,1% (контроль — 19,4%). Виявлено патологічну нездатність до повного розслаблення м'яза.

Висновки. Попереднє введення похідного хіназоліну достовірно захищає скелетні м'язи від прогресуючої скорочувальної недостатності при 3-годинній ішемії, знижуючи темп розвитку втоми у 6–10 разів. Механізм дії, ймовірно, пов'язаний із антиоксидантними та протизапальними ефектами. Порушення розслаблення м'яза свідчить про те, що глибокий енергетичний дефіцит залишається лімітуючим чинником. Результати підтверджують необхідність подальших досліджень цієї сполуки як перспективного терапевтичного засобу при ішемічному ушкодженні скелетних м'язів.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГЕМОФІЛІЇ: ВІД ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ДО ГЕННОЇ ІНЖЕНЕРІЇ

Сердюк М.Є.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра нормальної анатомії та
фізіології людини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Зотова А.Б., канд. мед. наук, доцент кафедри

Актуальність. Гемофілія А та гемофілія В є одним із найпоширеніших спадкових порушень системи згортання крові, що характеризується високим ризиком розвитку небезпечних кровотеч і значним впливом на якість життя пацієнтів. Традиційна замісна терапія факторами згортання залишається основним методом лікування, проте вона має низку обмежень: необхідність регулярних інфузій, ризик розвитку інгібіторів та високу вартість. Сучасні наукові дослідження спрямовані на пошук більш ефективних і довготривалих рішень, серед яких

особливе місце займають методи генної інженерії та генної терапії, здатні забезпечити стійку корекцію дефекту на молекулярному рівні. Попри значні досягнення, питання безпеки, довготривалої ефективності та доступності таких технологій залишаються відкритими, що робить дослідження сучасних підходів до лікування гемофілії актуальним.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні наукові дані щодо підходів до лікування гемофілії, зокрема ефективність і обмеження замісної терапії та перспективи застосування методів генної інженерії.

Матеріали та методи. Аналіз сучасних наукових досліджень.

Результати. Проаналізувавши сучасні наукові дослідження, встановлено, що замісна терапія факторами VIII та IX незважаючи на ряд обмежень (короткий період дії, ризик утворення інгібіторів та високу вартість) залишається базовим методом лікування гемофілії. З'ясовано, що препарати з подовженим періодом напіввиведення попри утворення інгібіторів, зменшують кількість інфузій на 40%. Визначено, що нефакторні терапії (зокрема еміцизумаб) значно знижують частоту річних кровотеч у пацієнтів з гемофілією А, порівняно з традиційною замісною терапією. Доведено, що фітусіран (siRNA) знижує рівень антитромбіну на 80% та скорочує кількості кровотеч до 1–2 на рік. З'ясовано, що генна терапія з використанням AAV-векторів для доставки FIX у пацієнтів з гемофілією В демонструє стійке підвищення рівня фактора IX до 30–40%, тоді як у пацієнтів з гемофілією А рівень фактора VIII підвищується до 20–25%, з поступовим зниженням ефекту протягом року у 25% пацієнтів.

Висновок. Замісна терапія факторами VIII та IX залишається основою лікування гемофілії попри наявні обмеження. Водночас впровадження препаратів із подовженою дією, нефакторних засобів та генної терапії суттєво підвищує ефективність лікування та знижує частоту кровотеч. У цілому, новітні технології демонструють значний прогрес, проте їх доступність і довготривала ефективність потребують додаткового вивчення.

ФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ БОЛЮ ТА ФАРМАКОЛОГІЧНІ СПОСОБИ ЙОГО ПРИГНІЧЕННЯ

Скоробогатова А.С.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра нормальної анатомії та
фізіології людини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Зотова А.Б., канд. мед. наук, доцент кафедри

Актуальність. Біль є одним із найпоширеніших і водночас найважливіших симптомів у медицині, у його формуванні беруть участь моторні, гуморальні й гемодинамічні реакції організму (ноцицептивний, нейропатичний та ноципластичний больовий синдром). Глобальне старіння населення, негативний вплив екологічних факторів, тощо призводять до зростання кількості захворювань, що супроводжуються больовим синдромом та запальними процесами. Контроль та пригнічення болю є критично важливим аспектом охорони здоров'я, спрямованим на полегшення дискомфорту та покращення якості життя людей. Фармакологічні методи є основним підходом до лікування болю, включаючи різноманітний спектр препаратів, які діють за допомогою різних механізмів.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні уявлення про фізіологічні механізми виникнення болю та основні фармакологічні підходи до його пригнічення.

Матеріали та методи. Аналіз сучасних наукових досліджень.

Результати. Проаналізувавши сучасні наукові дослідження, встановлено, що механізм виникнення болю безпосередньо визначає вибір анальгетичного засобу при формуванні лікувальної тактики. Визначено, що неопіїдні анальгетики (ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота, диклофенак, парацетамол), стероїдні протизапальні препарати (преднізолон, дексаметазон) та опіїди (морфін, фентаніл, оксикодон) доцільно застосовувати при ноцицептивному болі. Препаратами першої лінії для лікування нейропатичного больового синдрому є неопіїдні нестероїдні анальгетики центральної дії (нефопам), габапентин та прегабалін, які відносяться до протиепілептичних

препаратів, причому прегабалін демонструє сильнішу та тривалішу дію, ніж габапентин. Однак було відзначено, що для лікування невралгії трійчастого нерва найефективнішим препаратом залишається карбамазепін. Також визначено, що при ноципластичному больовому синдромі доцільним є застосовування трициклічних антидепресантів, таких як кломіпрамін таамітриптилін; інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (дулоксетин, венлафаксин, мілнаципран) та габапентиноїдів.

Висновки. З результатів проаналізованих нами досліджень встановлений зв'язок між ефективністю знеболювальної терапії та типом больового синдрому. Для лікування ноцицептивного болю застосовують анальгетики та протизапальні засоби, для нейропатичного - габапентиноїди та інші препарати центральної дії, а при ноципластичному - антидепресанти та габапентиноїди. Таким чином, диференційований підхід до лікування болю з урахуванням його патогенезу дозволяє підвищити ефективність фармакотерапії та оптимізувати клінічні результати лікування пацієнтів.

АНЕВРИЗМА ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА НЕОБХІДНІСТЬ РАНЬОГО СКРИНІНГУ

Слободіна Д. М., Рудас І. А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургії, анестезіології та
паліативної медицини, Харків, Україна*

Науковий керівник: Морозов С. О., кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургії, анестезіології та паліативної медицини

Актуальність. Аневризма черевного відділу аорти (АЧВА) є однією з найбільш небезпечних патологій судинної системи у пацієнтів похилого віку, що зумовлено високим ризиком розриву та летальності. Часто захворювання має безсимптомний перебіг і виявляється випадково під час інструментальних досліджень.

Своєчасна діагностика та динамічний контроль розмірів аневризми мають вирішальне значення для вибору оптимальної лікувальної тактики та попередження ускладнень.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок ранньої діагностики прогресуючої аневризми черевного відділу аорти у пацієнта похилого віку та оцінити ефективність ендovasкулярного лікування з подальшим динамічним спостереженням.

Матеріали та методи. Представлено клінічний випадок пацієнта 72 років. За останні два роки в анамнезі аорто-коронарне шунтування, холецистектомія при гострому калькульозному холециститі. Аневризма черевного відділу аорти була випадково виявлена під час ультразвукового дослідження органів черевної порожнини. Протягом двох років відмічено збільшення діаметра аневризми до 5,5 см. Вивлений обсяг аневризми і прогресуюче збільшення в динаміці є показами до хірургічного лікування. Для уточнення діагнозу та складання плану лікування було виконано комп'ютерну томографію з контрастуванням. Особливістю отриманих результатів є відсутність так званої шийки нижче відходу ниркових артерій. Пацієнту було проведено ендаортальну імплантацію стент-графтів. Післяопераційне спостереження включало клінічну оцінку та контрольні КТ-дослідження через 3, 6 і 12 місяців. У післяопераційний період пацієнт отримував Клопідогрель 75 мг протягом 6 тижнів у поєднанні з Кардіомагнілом 75 мг (безперервно). Лабораторний контроль системи згортання не здійснювався.

Результати. Ендovasкулярне втручання пройшло без інтра- та післяопераційних ускладнень. Резорбція гематом у звичайних термінах. Післяопераційний період мав сприятливий перебіг. За даними контрольних КТ через 3, 6 та 12 місяців ознак подальшого прогресування аневризми не виявлено. Стан пацієнта задовільний, гемодинамічні показники стабільні. Субфебрильна температура спостерігалася протягом 7 тижнів, що було пов'язано з аутоімунною реакцією на стороннє тіло – стент-графт, а також накопиченням і організацією крові між протезом і аортою.

Висновки. Випадкове виявлення аневризми черевного відділу аорти за допомогою УЗД дозволяє здійснити ранню діагностику та своєчасне лікування. Комп'ютерна томографія з контрастуванням є ключовим методом підтвердження діагнозу та контролю ефективності лікування. Ендоаортальна імплантація стент-графтів у пацієнтів похилого віку є ефективним та безпечним методом, що забезпечує сприятливі наслідки та відсутність прогресування аневризми при динамічному спостереженні.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДІВ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ МЕНІНГІТІ. АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

Гончар Д. Т., Слободіна Д. М.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Грек І. І., доктор філософії в сфері медицини (PhD), доцент кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Туберкульозний менінгіт (ТМ) є формою позалегенового туберкульозу, що зумовлений дисемінацією *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) з ураженням мозкових оболонок. За даними літератури ТМ становить 1–2% усіх випадків туберкульозу та 5–8% позалегенових форм з летальністю 15–50% та частотою стійкої неврологічної інвалідизації до 80%. Різноманіття клінічних проявів створюють значні труднощі для верифікації ТМ. Представлені клінічні випадки демонструють, що навіть при негативних результатах «золотого стандарту» діагностики (GeneXpert), вирішальну роль можуть відігравати альтернативні підходи — від простого аналізу ліквору до передових технологій секвенування.

Мета роботи. Проаналізувати особливості діагностики ТМ та труднощі диференційної діагностики в умовах хибно-негативних молекулярних тестів на прикладі трьох клінічних випадків.

Матеріали та методи. Було проведено ретроспективний аналіз трьох клінічних випадків. Перший клінічний випадок — 3-річна дитина з Мексики. В аналізі спинномозкової рідини (СМР) спостерігався помірний лімфоцитарний плеоцитоз, зниження рівня глюкози, підвищення рівня білка; ПЛР на *M. tuberculosis* позитивна; на МРТ — гідроцефалія та ознаки запалення мозкових оболонок. Другий випадок - 22-річна жінка з Непалу. В аналізі ліквору лімфоцитарний плеоцитоз, гіпоглікемія, гіперпротеїнемія, нитки фібрину, підвищення рівня аденозиндезамінази (АДА) до 12 МО/л; GeneXpert та мазок на кислотостійкі бактерії - негативні; результати КТ головного мозку та рентгенографії грудної клітки без патологічних відхилень. Третій випадок — 56-річний чоловік з Китаю, при надходженні перебував в стані коми. В аналізі СМР підвищений тиск, гіперпротеїнемія, гіпоглікемія. Традиційні дослідження на збудник туберкульозу негативні. Метагеномне секвенування ліквору виявило *M. tuberculosis* та ко-інфекцію *Pseudomonas aeruginosa*. На КТ — гідроцефалія з інтерстиціальним набряком.

Результати. Перший випадок: діагноз підтверджено завдяки поєднанню позитивної ПЛР ліквору та характерних МРТ-ознак; рання антимікобактеріальна терапія (АМБТ) запобігла прогресуванню. Другий випадок: незважаючи на негативний GeneXpert та нормальні результати МРТ, діагноз встановлено на підставі класичної тріади в лікворі, наявності фібринової плівки та підвищеного рівня АДА. АМБТ розпочата на 2-гу добу зі швидким (48 год) регресом симптомів. Третій випадок: вирішальним для діагнозу стало метагеномне секвенування ліквору, яке не тільки ідентифікувало МБТ, але й виявило ко-інфекцію, що дозволило скоригувати антибактеріальну терапію. Невідкладна АМБТ призвела до регресу симптоматики за 5 діб.

Висновки. Представлені клінічні випадки демонструють складність діагностики туберкульозного менінгіту. Комплексний підхід, що поєднує клінічну оцінку, аналіз спинномозкової рідини, нейровізуалізацію та сучасні молекулярно-генетичні методи діагностики, сприяє вчасній верифікації ТМ, швидкому початку етіотропної терапії та кращім результатам лікування.

МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДЕНОКАРЦИНОМ КИШЕЧНИКА НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ПУХЛИННОЇ ПРОГРЕСІЇ

***Снісаренко Є.О., Ткаченко Н.О., Ремньова Н. О., Омельченко
В. Ф.***

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної та клінічної патології,
Харків, Україна. ДУ «Інститут загальної та невідкладної
хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», Харків, Україна*

Науковий керівник: Проценко О. С., д. мед. н., професор
кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Колоректальний рак, серед якого аденокарцинома становить понад 90% випадків, залишається однією з найактуальніших проблем сучасної онкології. Захворюваність зростає, зокрема серед осіб молодшого віку. Попри впровадження сучасних методів лікування, показники смертності залишаються високими через пізню діагностику. П'ятирічне виживання залежить від стадії пухлини: при I стадії воно перевищує 90%, тоді як при IV стадії знижується до 10–15%. Аденокарцинома розвивається переважно з аденоматозних поліпів, тому їх раннє виявлення та морфологічне дослідження є важливими для профілактики раку.

Мета роботи. Проаналізувати вікові, статеві та морфологічні особливості аденокарцином кишечника у пацієнтів, прооперованих у ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» у 2021 та 2025 роках.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації та результатів патогістологічного дослідження операційного матеріалу в патологоанатомічному відділенні інституту за 2021 та 2025 роки.

Результати. У 2021 році було прооперовано 137 пацієнтів з аденокарциномами кишечника, з них чоловіків — 63 (46,0%), жінок — 21 (15,3%). Середній вік пацієнтів становив 61,8 року (чоловіки — 64,8; жінки — 60,2). Наймолодшому пацієнту було 30 років, найстаршому — 89 років. У 2025 році прооперовано 49

пацієнтів з аденокарциномами кишечника: чоловіків — 29 (59,2%), жінок — 20 (40,8%). Середній вік становив 59,5 року (чоловіки — 61,3; жінки — 57,4). Наймолодшому пацієнту було 21 рік, найстаршому — 87 років. Макроскопічно пухлини мали різні форми росту: поліпоподібну, блюдцеподібну та циркулярну. На розрізі пухлинна тканина сірувато-рожевого кольору, м'якої консистенції, з осередками некрозу та крововиливів. Мікроскопічно виявлялися різні гістологічні варіанти аденокарциноми: високодиференційована (G1) з інвазією у підслизовий шар, помірно диференційована (G2) з проростанням у м'язовий шар та низькодиференційована (G3), що інфільтрувала всі шари кишкової стінки, з вираженим клітинним поліморфізмом, некрозами, периваскулярним і периневральним ростом та метастазами у регіонарні лімфатичні вузли.

Висновки. Серед патологій товстої кишки переважають аденокарциноми, які частіше зустрічаються у чоловіків та у пацієнтів старших вікових груп. Морфологічно найчастіше виявлялися помірно (G2) та низькодиференційовані (G3) аденокарциноми. Результати підкреслюють важливість раннього виявлення та морфологічного дослідження передракових змін товстої кишки.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕЙРОІНТОКСИКАЦІЇ

Степанова А.С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Черненко І.І., Доктор медичних наук, доцент
кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

Актуальність. Нейроінтоксикації є важливою проблемою неврології та токсикології через поширеність побутових, екологічних і професійних отруєнь та високий ризик ураження нервової системи. Понад 850 хімічних сполук мають доведений

нейротоксичний ефект, а близько 30% промислових агентів порушують функції нервової системи. Екзогенні інтоксикації становлять 70-80% випадків, ендогенні - 20-30%. Серед екзогенних агентів провідні: пестициди (органофосфати - 45%), важкі метали (свинець, ртуть, кадмій, марганець – 20-25%), органічні розчинники (10-15%) та токсичні гази, зокрема чадний газ - одна з найпоширеніших причин гострих отруєнь. Неврологічні порушення спостерігаються до 67% випадків, а у 23-47% пацієнтів можливі відстрочені ускладнення. Висока чутливість центральної нервової системи зумовлена інтенсивним метаболізмом і потребою в кисні, тому навіть короточасний вплив токсинів може призводити до стійких неврологічних і когнітивних порушень.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні уявлення про етіологію, патогенез, клінічні прояви та принципи діагностики нейроінтоксикацій.

Матеріали та методи. У роботі проаналізовано сучасні наукові дані та навчальні матеріали щодо етіології, патогенезу та клінічних проявів токсичних уражень нервової системи, узагальнено основні види нейроінтоксикацій і механізми їх розвитку.

Результати. Встановлено, що нейроінтоксикації поділяються на екзогенні та ендогенні. До екзогенних належать інтоксикації, спричинені дією важких металів, чадного газу, лікарських препаратів, алкоголю, пестицидів та інших токсичних речовин. Ендогенні інтоксикації виникають при порушенні обміну речовин і накопиченні токсичних метаболітів, зокрема при печінковій або нирковій недостатності. Основними патогенетичними механізмами є гіпоксія мозкової тканини, енергетичний дефіцит нейронів через порушення аденозинтрифосфату, нейромедіаторний дисбаланс і токсичний набряк мозку. Гострі нейроінтоксикації починаються раптово і швидко прогресують із головним болем, нудотою, блюванням, порушенням свідомості та судомами. Хронічні інтоксикації виникають при тривалому впливі малих доз токсинів і проявляються астеничним синдромом, когнітивними порушеннями, екстрапірамідними розладами та

полінейропатією.

Висновки. Нейроінтоксикації становлять значну медичну проблему, оскільки токсичні речовини здатні викликати як гострі, так і хронічні ураження центральної та периферичної нервової системи. Розвиток патологічних змін пов'язаний із порушенням клітинного метаболізму нейронів, гіпоксією мозкової тканини, енергетичним дефіцитом та дисбалансом нейромедіаторних систем. Клінічні прояви нейроінтоксикацій характеризуються поліморфізмом симптомів - від загальномозкових проявів до розвитку тяжких неврологічних порушень. Своєчасне розпізнавання ознак інтоксикації, встановлення її етіологічного чинника та раннє проведення детоксикаційних заходів мають вирішальне значення для попередження розвитку незворотних уражень нервової системи та покращення прогнозу для пацієнтів.

ВПЛИВ ВЕЧІРНЬОГО ЕКРАННОГО ЧАСУ НА ЯКІСТЬ СНУ ТА ДЕННУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ МОЛОДІ

Стеценко Р. О., Бершадський С. О.

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, кафедра медичної біології, Тернопіль, Україна
Науковий керівник: Стравський Я. С., д-р. вет. наук, професор, доцент кафедри медичної біології

Актуальність. Стабільність циркадних ритмів є важливою умовою підтримання гомеостазу та когнітивного функціонування людини. Нині в умовах цифровізації та безпекових викликів в Україні особливості гігієни сну молоді зазнають значних змін. Використання електронних пристроїв після 21:00 години супроводжується впливом світла синього спектра, що може пригнічувати фізіологічний синтез мелатоніну та порушувати процеси засинання. Дослідження особливостей вечірнього використання гаджетів є важливим для розуміння факторів, які визначають якість сну та денну продуктивність молоді.

Мета роботи. Визначити взаємозв'язок між характером вечірньої екранної активності, соціальним статусом та

суб'єктивними показниками якості сну та денної працездатності серед осіб віком 16-25 років.

Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування 130 респондентів (90 чоловіків та 40 жінок). Розроблена анкета включала 28 запитань, що охоплювали тривалість сну у будні та вихідні дні, тип вечірньої активності (навчання, соціальні мережі, перегляд відеоконтенту), наявність смартфона у ліжку, вплив воєнних факторів (моніторинг повідомлень про повітряні тривоги, новини), а також суб'єктивну оцінку концентрації уваги за 10-бальною шкалою. Обробку даних проводили методами описової статистики.

Результати. Встановлено, що переважна більшість опитаних активно використовує гаджети після 21:00, причому понад 70% респондентів проводять перед екраном більше години безпосередньо у ліжку. Аналіз структури такої активності показав, що пізнє навчання притаманне 23% учасників (переважно чоловікам), тоді як використання соціальних мереж не має суттєвих гендерних розбіжностей. Оцінка впливу соціального статусу виявила найкоротшу тривалість сну у будні дні (5-6 годин) серед молоді, яка поєднує роботу з навчанням. У цій категорії, а також серед респондентів, що користуються смартфонами до самого моменту засинання, відзначено суттєво нижчі суб'єктивні показники денної концентрації уваги порівняно з тими, хто обмежує вечірній екранний час. Додатково у значної частини студентів зафіксовано різницю між тривалістю сну в будні та вихідні понад 2 години, що свідчить про накопичення дефіциту відпочинку. Важливим дестабілізуючим фактором в умовах війни виявилися регулярні нічні пробудження респондентів для моніторингу новин та сповіщень про повітряні тривоги.

Висновки. Використання електронних пристроїв у пізній вечірній час залишається масовим явищем серед молоді. Недотримання гігієни сну, зокрема тривалий екранний час безпосередньо у ліжку, у поєднанні зі специфічними стресовими факторами воєнного часу та високим соціальним навантаженням асоціюється з погіршенням якості відпочинку та труднощами із засинанням. Як наслідок, у цієї групи молоді спостерігається

виражене зниження рівня денної працездатності та концентрації уваги.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ДЕТЕРМІНАНТИ СТРЕСУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Стьопкіна К.С.

Одеський національний медичний університет, м.Одеса, Україна

Науковий керівник: Шанигін А.В., доктор філософії

Актуальність. Період навчання у закладах вищої освіти супроводжується значним психоемоційним та когнітивним навантаженням, що особливо посилюється під час екзаменаційних сесій, коли формується так званий «екзаменаційний стрес». Його розвитку сприяють підвищений обсяг навчального матеріалу, обмежений час для підготовки, зміни режиму праці та відпочинку, порушення сну та високий рівень тривожності. Додатковим чинником психоемоційного навантаження для української студентської молоді є умови воєнного стану, що супроводжуються постійним інформаційним та безпековим стресом.

Мета роботи. Оцінити поширеність стресу та його прояви серед студентів медичних спеціальностей, а також визначити основні стресогенні чинники освітнього середовища.

Матеріали та методи. Проведено одномоментне описове дослідження із застосуванням анонімного онлайн-анкетування студентів медичних спеціальностей. Анкета містила запитання щодо соціально-демографічних характеристик респондентів, частоти переживання стресу під час навчання, причин його виникнення, суб'єктивної оцінки рівня стресу за 10-бальною шкалою, періодів найбільшого психоемоційного навантаження, соматичних проявів стресу та його впливу на навчальну діяльність. У дослідженні взяли участь 29 студентів (жінок - 25, чоловіки - 4). Більшість респондентів належала до вікової групи 16-20 років - 79,3 % (n=23). Статистичну обробку даних здійснювали методами описової статистики з розрахунком - середнього значення (M), стандартної похибки середнього (m) та медіани (Me).

Результати. Встановлено, що 76,0 % опитаних студентів повідомили про часте або постійне відчуття стресу під час навчання. Суб'єктивний рівень стресу за 10-бальною шкалою становив $M=6,72 \pm 0,36$ бала ($Me=7$), що відповідає помірно високому рівню психоемоційного напруження. Найбільш поширеними причинами стресу студенти визначили значне навчальне навантаження - 89,7 %, екзаменаційний контроль - 69,0 % та недостатню тривалість сну - 62,1 %. Серед соматичних проявів стресу найчастіше відзначалися головний біль (62,1 %), апатію (55,2 %), прискорене серцебиття (48,3 %) та порушення харчової поведінки (41,4 %). Більше половини респондентів (53,4 %) зазначили негативний вплив стресу на концентрацію уваги та успішність у навчанні.

Висновки. Отримані результати свідчать про значну поширеність психоемоційного напруження серед студентів медичних спеціальностей. Основними стресогенними чинниками є високе навчальне навантаження, екзаменаційні сесії та недостатній відпочинок, що узгоджується з результатами попередніх досліджень, у яких перевантаження навчальною діяльністю визначено провідним фактором формування стресу. Виявлені психоемоційні та соматичні прояви стресу можуть негативно впливати на ефективність навчального процесу та загальний стан здоров'я студентів, що обґрунтовує необхідність впровадження заходів психологічної підтримки та оптимізації навчального середовища у закладах вищої освіти.

ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ ПОГЛЯД НА РАЦІОНАЛЬНІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЗОЗ м. ХАРКОВА *Стрельнікова К.О.*

*Харківський національний медичний університет, перший
медичний факультет, кафедра фармакології та медичної
рецептури, Харків, Україна*

Науковий керівник: Шаповал О.М., к.біол.н, доцент

Актуальність. Шизофренія – хронічне психічне захворювання з прогредієнтним перебігом і потребує тривалого

медикаментозного лікування з призначенням антипсихотичних препаратів, які відрізняються механізмом дії, ефективністю та спектром побічних ефектів.

Мета роботи. Проаналізувати терапевтичну ефективність та безпечність різних антипсихотичних препаратів у пацієнтів з шизофренією психіатричного відділення ЗОЗ м. Харкова

Матеріали та методи. Досліджували архівні історії хвороб 18 пацієнтів із діагнозом шизофренія. Отримані дані систематизувалися та порівнювалися між групами пацієнтів, які отримували різні антипсихотичні препарати. Для аналізу отриманих результатів були використані статистичні, аналітичні методи та методи логічного аналізу.

Результати. Проаналізовано 18 історій хвороб пацієнтів жіночої статі, віком від 34 до 62 років. Тривалість госпіталізації була від 16 до 176 днів. Пацієнтам відповідно до клінічної симптоматики призначали типові та атипові антипсихотики. З типових призначали галоперідол – 5 випадків (27,78%) та депо-препарати: галоперідол деконоат – 1 пацієнт (5,56%), модітен депо – 2 пацієнти (11,1%), клопиксол депо - 2 (11,1%). Атипові антипсихотики були представлені рисперидоном - 9 випадків (50%), оланзапіном - 2 (11,1%), кветіапіном та арипіпразолом - по 1 випадку (по 5,56%). Дози та кратність прийому відповідали клінічному стану та особливостям перебігу хвороби. Клінічна ремісія розвинулась у 13 пацієнтів (72,2%), з яких 4 (30,77%) приймали типові та 9 (69,23%) – атипові препарати і проявлялася редукцією психотичної симптоматики, припиненням психомоторного збудження, формуванням критики. Часткове покращення зафіксовано у 5 хворих (27,78%), з них типовий антипсихотик приймав 1 (20%) і 4 (80%) атипові антипсихотики. Випадків повної відсутності терапевтичного ефекту не зафіксовано. Галоперідол давав позитивну динаміку через 1-2 тижні, а рисперидон, оланзапін та кветіапін через 2-3 тижні. Побічні реакції виникли при прийомі галоперідолу у 4 (80%) з 5 хворих та у 5 (38,46%) з пацієнок, які приймали атипові препарати. Типові антипсихотики частіше давали ускладнення у вигляді екстрапірамідних розладів та порушень з боку серця - 9 пацієнок (50%). Спектр побічних ефектів

атипових антипсихотиків проявився виникненням метаболічних порушень – 4 випадки (22%).

Висновки. Таким чином, всі антипсихотики продемонстрували свою ефективність. Ускладнення з боку серця та екстрапірамідної системи були характерні для типових антипсихотиків, в той час як атипові викликали метаболічні порушення. Отже, атипові антипсихотики мали кращий профіль переносимості та безпеки, але поступалися за швидкістю проявлення терапевтичного ефекту. Результати дослідження раціональності фармакотерапії у хворих психіатричного відділення ЗОЗ м. Харкова підтверджують важливість індивідуалізованого підходу до вибору антипсихотичного препарату з урахуванням клінічної картини, швидкості настання ефекту, безпеки для пацієнта та формування прихильності до лікування.

АНАЛІЗ ПОІНФОРМОВАНOSTІ ЖІНОК ЩОДО ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ РИЗИКІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

Чеботенко О.Р., Сургай А.М.

*Харківський національний медичний університет, кафедра
фармакології та медичної рецептури, Харків, Україна*

Науковий керівник: Шаповал О.М., к.біол.н., доцент

Актуальність. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) - це гормональні препарати, дія яких базується на синергізмі естрогену та прогестину, що створюють гормональний фон, подібний до лютеїнової фази, і попереджають настання вагітності. Прогестини (левоноргестрел, дезогестрел тощо) пригнічують овуляцію, підвищують в'язкість цервікального слизу та знижують васкуляризацію ендометрію, тоді як естрогени (етинілестрадіол) стабілізують ендометрій і регулюють менструальний цикл, але можуть підвищувати ризик тромбозів за рахунок індукції синтезу факторів згортання крові (II, VII, VIII, X), що призводить до підвищення ризику гіперкоагуляції та венозної тромбоемболії (ВТЕ).

Мета роботи – проаналізувати результати опитування в форматі Google Forms серед 158 жінок репродуктивного віку щодо номенклатури, причин призначення, ризику розвитку побічних ефектів, в тому числі ВТЕ, та оцінити рівень обізнаності жінок щодо тромбоемболічних ризиків КОК.

Матеріали та методи. Проведено опитування в форматі Google Forms серед 158 жінок репродуктивного віку щодо їх обізнаності про ризики тромбозу при застосуванні КОК. Для аналізу отриманих результатів були використані статистичні, аналітичні методи та методи логічного аналізу.

Результати. У дослідженні брали участь 158 жінок репродуктивного віку, з яких 58% - 18-24 роки а 33% - 25-30 років. Основною причиною застосування КОК були: контрацепція (49,4%), порушення менструального циклу (29,15%), полікістоз яєчників (27,2%), ендометріоз (17,1%) та тощо. Аналіз номенклатури КОК показав, що найчастіше призначаються низькодозовані Джаз Плюс (37,3%), Ярина (15,2%) та Джаз (15,2%). Вони містять естрогенний компонент - етинілестрадіол, який, впливаючи на систему гемостазу, може підвищувати ризик розвитку ВТЕ. В 71,5% випадків КОК призначалися лікарем-гінекологом після повного обстеження, але 98,1% респонденток вважають консультацію лікаря необхідною перед початком прийому КОК, а 93,5% висловлюють потребу в отриманні додаткової інформації, що підкреслює ключову роль лікаря у профілактиці побічних ефектів, в тому числі і тромбоемболічних ускладнень. Лише 43% жінок були поінформовані про ризик ВТЕ. 57% респонденток відзначили побічні ефекти, серед яких присутні симптоми ВТЕ: набряки (31,1%), важкість в ногах (20,2%) та біль в ногах (22,8%). Серед опитаних 46,8% оцінює ризик ВТЕ як середній, попри те, що при застосуванні КОК він зростає приблизно у 3-5 разів, що свідчить про недооцінку небезпеки. Рівень обізнаності щодо ризиків ВТЕ є неоднорідним: 75,3% оцінюють свої знання як достатні або високі, тоді як близько 20% - як середні або низькі.

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження дозволили зробити висновки про те, що при застосуванні КОК

рівень поінформованості жінок щодо ризику венозної тромбоемболії залишається недостатнім і свідчить про необхідність індивідуалізованого підходу до вибору препарату та посилення інформаційної роботи з пацієнтками для профілактики тромбоемболічних ускладнень.

ІНФОРМОВАНІСТЬ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЩОДО ПЛАНОВОЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ ПРАВЦЯ ВАКЦИНОЮ АДП-М.

Сухомлінова Т. Д.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології, Харків, Україна*

Науковий керівник: Волобуєва О. В., к.мед.н., доцент кафедри
інфекційних хвороб та клінічної імунології

Актуальність. Правець – це смертельно небезпечна хвороба, якій можна запобігти за допомогою вакцинації. Враховуючи умови життя, підвищений ризик поранень та обмеження часу надання медичної допомоги, військовослужбовці належать до групи ризику. Оскільки специфічний імунітет після вакцинації АДП-М не є довічним, моніторинг рівня інформованості військовослужбовців щодо планової імунопрофілактики правця є необхідним етапом збереження життя особового складу.

Мета роботи. Оцінити рівень інформованості військовослужбовців щодо планової імунопрофілактики правця вакциною АДП-М.

Матеріали та методи. Дослідження проведено за допомогою сформованого анонімного онлайн-анкетування, що проводилось в електронному форматі. В анкетуванні взяли участь 16 військовослужбовців. Опитувальник містив ряд питань, спрямованих на обізнаність респондентів щодо періодичності ревакцинації, термінів від дати їхньої останньої ревакцинації, а також особисту думку стосовно важливості імунопрофілактики та зацікавленості в отриманні додаткової інформації стосовно профілактики правця.

Результати. За результатами анкетування, 43,8% вважають, що ревакцинацію бустерною дозою слід проводити кожні 10 років, втім 50% військовослужбовців зазначили, що їм важко відповісти, 6,3% респондентів обрали відповідь “щороку”. Більшість (68,8%) військових вважають правець небезпечною для них хворобою в умовах бойових дій, тоді як 12,5% це заперечують, а 18,8% не змогли відповісти. Ревакцинацію впродовж останніх 10 років провели 31,8%, з яких 12,5% – від 5 до 10 років тому, 18,8% – менше 5 років тому, водночас 31,3% проводили імунопрофілактику більше 10 років тому, а 37,5% не пам’ятають дату останнього щеплення. 56,3% не знають, де можна отримати інформацію про попередні щеплення, тоді як 43,7% володіють цією інформацією. Вважають ревакцинацію необхідною 81,3% респондентів. Стосовно джерела отримання інформації про медичні заходи та щеплення 43,8% не отримують інформацію, 18,75% отримують від сімейного лікаря, 12,5% – від військових медиків, 12,5% – з соціальних мереж, 6,25% – з соціальних мереж та від сімейного лікаря, 6,35% – з соціальних мереж та від побратимів. На питання про фактори, що заважають вчасній вакцинації військових, 75% респондентів зазначили відсутність інформації про вакцинацію, 50% – брак часу, 12,5% – побоювання побічних ефектів (респонденти могли обрати декілька варіантів відповідей). Також результати опитування показали, що 87,5% військовослужбовців зацікавлені в отриманні додаткової інформації про важливість та графік вакцинації АДП-М.

Висновки. Результати дослідження свідчать про недостатній рівень інформованості військовослужбовців щодо термінів ревакцинації проти правця. Лише третина респондентів отримала планову імунопрофілактику протягом останніх 10 років. Водночас більшість військових усвідомлюють небезпеку правця в умовах бойових дій та зацікавлені в отриманні додаткової інформації щодо вакцинації. Отримані результати підкреслюють необхідність посилення інформаційно-просвітницької роботи серед військовослужбовців щодо планової імунопрофілактики правця.

КОМОРБІДНІСТЬ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ТЯЖКОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ПНЕВМОНІЇ ТА ГЕПАТИТУ С. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Сухомлінова Т. Д.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини, Харків,
Україна*

Науковий керівник: Целік Н. Є., доктор філософії, асистент
кафедри внутрішньої медицини, Харківського національного
університету імені В. Н. Каразіна

Актуальність. Пандемія COVID-19 привернула увагу до проблеми впливу перенесеної інфекції на перебіг хронічних неінфекційних захворювань. У пацієнтів після тяжкої коронавірусної пневмонії нерідко спостерігається погіршення контролю кардіометаболічних показників, зокрема прогресування артеріальної гіпертензії (АГ) та декомпенсація цукрового діабету (ЦД) 2 типу. Наявність супутніх хронічних інфекцій, зокрема гепатиту С, може додатково ускладнювати перебіг кардіометаболічної патології через розвиток інсулінорезистентності та метаболічних порушень.

Мета роботи. Проаналізувати клінічні особливості перебігу неконтрольованої артеріальної гіпертензії та декомпенсованого цукрового діабету у пацієнта після перенесеної тяжкої коронавірусної пневмонії та хронічного гепатиту С.

Матеріали та методи. Хворий 52 років госпіталізований в кардіологічне відділення зі скаргами на погіршення стану, що проявлялось періодичним стискаючим болем у лівій половині грудної клітини та незначною задишкою на фоні неконтрольованого артеріального тиску (АТ). Спадковий анамнез обтяжений ЦД II типу у матері та АГ у батька. В анамнезі: АГ та ЦД II типу з 2014 року. У 2020 р. - стаціонарне лікування в умовах реанімації з приводу COVID-19 асоційованої, негоспітальної важкої двосторонньої пневмонії

(60% ураження легень). 2022 р. - гепатит С. З 2024 р. – переведений на інсулін (16 од Ксалтофай). В зв'язку із важким перебігом ЦД та відсутністю контролю АТ доза інсуліну була збільшена, і на теперішній час пацієнт приймає 35 од. інсуліну. Пацієнт проходить лікування 2-3 рази на рік в умовах стаціонару.

Результати клініко-лабораторного обстеження: При госпіталізації рівень АсАТ складав 75,4 Од/л, глюкоза крові – 16,52 ммоль/л, значна глюкозурія, гіперхолестеринемія.

Результати інструментальних методів обстеження: ЕКГ: ритм синусовий, порушення процесів реполяризації. ЕКГ-холтер: ритм синусовий, середня ЧСС – 93 уд./хв, тахізалежна депресія сегмента ST до 1 мм по задньо-бічній стінці ЛШ. ЕхоКС: важка гіпертрофія лівого шлуночка (ІММ ЛШ 67г/м²7).

Результати. Клінічний діагноз. Основний: Гіпертонічна хвороба II стадія, 3 ступінь, ризик 4 (дуже високий). Гіпертензивне серце (важка гіпертрофія ЛШ). СН стадія В. ХСН I ст. Супутній: Цукровий діабет II типу, важкий перебіг, стадія декомпенсації.

Висновки. Поєднання артеріальної гіпертензії, цукрового діабету та хронічного гепатиту С у пацієнтів після перенесеної коронавірусної інфекції може сприяти більш тяжкому клінічному перебігу захворювань та труднощам досягнення терапевтичного контролю. Представлений клінічний випадок підкреслює необхідність комплексного підходу до ведення пацієнтів із коморбідною патологією.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РУБЦОВОЇ ТКАНИНИ ПІСЛЯ ЕСТЕТИЧНИХ ОПЕРАЦІЙ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІМУННОЇ РЕАКТИВНОСТІ

Сьомака Р.А.

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
Міністерства освіти і науки України, медичний факультет,
кафедра хірургічних хвороб. Харків, Україна.*

Науковий керівник: Цівенко О.І. д.м.н. професор закладу вищої освіти, кафедри хірургічних хвороб.

Актуальність. Особливості 21-го сторіччя полягають в дуже швидкому розвитку технологій та змін в навколишньому середовищі, оточенні, способу життя, харчуванні та побуту людей в усьому світі. Всі ці чинники безпосередньо впливають на реакцію імунної системи людини та на хірургічну травму. Навіть заплановані втручання з естетичних міркувань мають інколи непередбачуваний результат кінцевого загоєння у вигляді гіпертрофічного рубця, попри чинного дотримання усіх протоколів та стандартів. Вестетичній хірургії навіть мінімальні ознаки гіпертрофії рубця вважаються серйозним ускладненням.

Мета роботи. Визначити залежність між неспецифічними імунними реакціями організму і частотою розвитку гіпертрофічних рубців у пацієнтів яким були виконані естетичні оперативні втручання.

Матеріали і методи. Було проведено дослідження 34 пацієнтів, що включало анкетування та фотофіксацію рубця. Критерії включення : пацієнти , яким було виконано блефаропластику,мамопластику, підтяжку обличчя, абдомінопластику, ліпомодельовання, ушивання рани після видалення доброякісного новоутворення косметичний швом, планові реконструктивні оперативні втручання з ушиванням рани косметичний швом. І пацієнти які дали згоду на участь у дослідженні. Розподіл пацієнтів за віком: середнє значення $46,47 \pm 13,12$ року, $Me=47,5$ року (min 17 , max73 роки). Пацієнтки були поділені на 2 групи : без ознак гіпертрофії рубця та без скарги на естетичний вигляд рубця - 20 жінок(58.8%), з

ознаками гіпертрофії та незадоволені зовнішнім виглядом рубця -14 жінок (41.2%). Для оцінки неспецифічної імунної реактивності організму усіх досліджуваних пацієнток були використані діагностичні критерії: реактивність системи органів дихання, реактивність шкіри, наявність алергічних та аутоімунних захворювань, непереносимість продуктів харчування, харчових домішок, ліків, реакції після вакцинації, особливості загоєння ран, біль під час загоєння по 10 бальній шкалі Венга-Бейкера(Wong-Baker Faces Pain Rating Scale),застосування додаткових засобів для покращення загоєння, повторні звернення до лікаря з приводу рани, вплив процесу загоєння на якість життя .

Результати. В результаті проведення дослідження наступні ознаки найчастіше зустрічаються у пацієнтів з гіпертрофічним рубцем : реакції після вакцинації (загальні та місцеві), виділення з носу та закладеність носу без застуди, свербіння та почервоніння очей та повік, алергічні захворювання в анамнезі, виражені больові відчуття під час загоєння ран. Інші досліджувані ознаки зустрічаються як у пацієнток з гіпертрофічними рубцями так і у пацієнток з нормотрофічними рубцями.

Висновки. Серед усіх досліджуваних ознак у пацієнток з гіпертрофічними рубцями найчастіше зустрічаються реакції після вакцинації, закладеність носа та виділення з носа без застуди, свербіння та почервоніння очей та повік, виражені больові відчуття під час загоєння ран, алергічні захворювання в анамнезі. Отримані результати є базою для подальшого наукового пошуку та досліджень, що дозволять більш детально зрозуміти механізми та зв'язок формування гіпертрофічних рубців з неспецифічною імунною реактивністю, розробити чіткі алгоритми виявлення тригерів розвитку гіпертрофії післяопераційного рубця ,їх профілактику та лікування.

ПРОГРЕСУЮЧА МУЛЬТИФОКАЛЬНА ЛЕЙКОЕНЦЕФАЛОПАТІЯ У ПАЦІЄНТА З ВІЛ- ІНФЕКЦІЄЮ: НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ, МРТ-ОСОБЛИВОСТІ

Таранська Г. О.

*Харківський національний медичний університет, м.Харків,
Україна*

Науковий керівник: Ткаченко Віталій Григорович, к.м.н.,
асистент кафедри інфекційних хвороб, дитячих інфекційних
хвороб та фізіотрії ХНМУ

Актуальність. Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія (ПМЛ) - це важке ураження головного мозку, яке виникає через реактивацію вірусу JC (поліомавірус людини 2) на тлі імунodefіциту. Найчастіше вона вражає ВІЛ-позитивних людей із низьким рівнем CD4+ лімфоцитів та призводить до деструкції білої речовини мозку, з розвитком неврологічних порушень, сліпоти та, за відсутності лікування - смерті. Ключову роль у діагностиці відіграють методи нейровізуалізації, які дозволяють ідентифікувати патологічні зміни в центральній нервовій системі (ЦНС).

Мета роботи. Проаналізувати механізми розвитку, виявити клінічні та МРТ-ознаки, що характеризують ПМЛ у пацієнта з ВІЛ-інфекцією.

Матеріали та методи. Проведено перегляд наукових публікацій та розбір медичної історії хвороб пацієнта, який проходив терапію у Харківській обласній інфекційній лікарні.

Результати та їх обговорення. Вірус JC (поліомавірус) зазвичай потрапляє в організм у дитинстві й довічно перебуває в латентному стані в нирках та лімфоїдній тканині. При критичному зниженні імунітету вірус реактивується, проникає в ЦНС і вражає олігодендроцити — клітини, що утворюють мієлінову оболонку нервів. Їхнє руйнування призводить до демієлінізації, появи вогнищ з аномальними астроцитами та макрофагами. Остаточний діагноз може бути підтверджено виявленням ДНК вірусу JC у спинномозковій рідині. На МРТ

ПМЛ проявляється асиметричними вогнищами ураження білої речовини, переважно в лобових і тім'яно-скроневих частках, часто із залученням U-волокон. На T1-зважених знімках ці ділянки виглядають темними (гіпоінтенсивними), а на T2 та FLAIR - яскравими (гіперінтенсивними). Характерною особливістю є відсутність накопичення контрасту та набряку. На дифузійно-зважених зображеннях (DWI) по краях вогнищ часто спостерігається обмеження дифузії, що свідчить про активний руйнівний процес. Хворий С., 34 років із ВІЛ-інфекцією (4 стадія) скаржився на виражений головний біль, загальну неміч, сонливість, порушення узгодженості рухів та погіршення зору. Неврологічний огляд виявив ністагм (мимовільні рухи очей), птоз (опущення) лівої повіки, асиметрію обличчя та нестійкість під час ходьби (атаксію). Офтальмолог виявив часткову атрофію зорового нерву зліва та зміни на райдужці, що свідчить про ураження зорового тракту у складі загального процесу. Така клінічна картина поруч із типовими МРТ-ознаками дає змогу з високою вірогідністю запідозрити ПМЛ.

Висновки. ПМЛ є важким опортуністичним ускладненням ВІЛ-інфекції, спровокованим реактивацією вірусу JC. Хвороба вирізняється неухильним прогресуванням неврологічного дефіциту через руйнування білої субстанції мозку, що часто супроводжується порушеннями зору. Для вчасної діагностики та підтвердження діагнозу вирішальне значення має проведення МРТ головного мозку з виявленням типових змін.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОНТРОЛЮ БОЛЮ У ПОРАНЕНИХ З БОЙОВОЮ ТРАВМОЮ КІНЦІВОК НА РАННІХ ГОСПІТАЛЬНИХ ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Тимчишин Д. О.

Одеський національний медичний університет. Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії і медицини невідкладних станів

Науковий керівник: Буднюк О. О., д.мед.н., професор, завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної терапії і медицини невідкладних станів

Актуальність. Регіонарні блокади вважаються корисним компонентом мультимодальної аналгезії, в боротьбі з болем у поранених з бойовою травмою кінцівок.

Мета роботи. Проаналізувати показники рівня болю та гемодинаміки, у поранених з бойовою травмою кінцівок, що отримували різні схеми періопераційної аналгезії, під час невідкладного лікування на ранніх госпітальних етапах медичної евакуації.

Матеріали та методи. У 100 поранених з бойовою травмою однієї з кінцівок, яким надавалась невідкладна допомога в умовах прифронтових шпиталів та під час послідуєчого міжгоспітального транспортування, в динаміці фіксувались значення рівня болю (Візуально-аналогова шкала – ВАШ), середнього артеріального тиску (АТсер) та частоти серцевих скорочень (ЧСС). В лікуванні пацієнтів Групи 1 ($n = 50$) використовувались виключно препарати для системної аналгезії; у пацієнтів Групи 2 ($n = 50$) – з використанням регіонарного знеболення, що виконувалось застосовуючи ультразвукове сканування. Пацієнти між групами статистично не відрізнялись за віком ($p = 0,49$), індексом маси тіла ($p = 0,36$) та рівнем гемоглобіну ($p = 0,22$). Показники дослідження реєструвались в чотири етапи: 1). по надходженню до прифронтового шпиталю; 2). по закінченню оперативного втручання; 3). на початок міжгоспітального транспортування; 4). по закінченню транспортування.

Результати. На 1-ому етапі, в обох групах не виявлено статистично значущої різниці ($p > 0,05$) між значеннями ВАШ 1 (7 балів (6; 8) та 7 балів (6; 7)), АТсер 1 (103 мм рт. ст. (94; 116) та 104,5 мм рт. ст. (96; 114)) та ЧСС 1 (108 уд./хв. (96; 114) та 108 уд./хв. (96; 114)). На 2-ому та 3-му етапах, у пацієнтів Групи 1 та Групи 2, виявлено статистично значущу різницю між значеннями ВАШ, АТсер та ЧСС ($p < 0,05$ відповідно); спостерігались стабільно низький рівень болю та стабільність показників гемодинаміки в Групі 2. В період між 3-им та 4-им етапами, в Групі 1 спостерігалось підвищення рівня болю (3 бали (2; 3) та 5 балів (4; 6), $p < 0,05$), внаслідок чого розвиток гіпертензії (87,5 мм рт. ст. (83; 95) та 98,5 мм рт. ст. (91; 104), $p < 0,05$) та тахікардії (78 уд./хв. (78; 84) та 96 уд./хв. (84; 102), $p < 0,05$); в Групі 2 спостерігались стабільно низький рівень болю (1 бал (1; 2) та 1 бал (1; 2), $p = 0,07$) та стабільні показники гемодинаміки (83,5 мм рт. ст. (80; 89) та 83,5 мм рт. ст. (81; 87), $p = 0,33$; 72 уд./хв. (72; 78) та 72 уд./хв. (66; 78), $p = 0,78$). На 4-ому етапі, в Групі 1 та Групі 2, виявлено статистично значущу різницю між значеннями ВАШ 4, АТсер 4 та ЧСС 4 ($p < 0,05$ відповідно).

Висновки. Отримані результати свідчать про доцільність застосування регіонарного знеболення, як ефективного та безпечного компоненту мультимодальної аналгезії у поранених з бойовою травмою кінцівок на ранніх госпітальних етапах медичної евакуації.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ПРИ COVID-19 У КОМОРБІДНИХ ПАЦІЄНТІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

Першина В.О., Ткаченко Н.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної та клінічної патології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Проценко О. С., д. мед. н., професор
кафедри загальної та клінічної патології

Актуальність. Попри перехід пандемії COVID-19 у ендемічну фазу, частота неврологічних ускладнень залишається стабільно

високою. Для осіб працездатного віку наявність хронічних патологій стає “каталізатором” тяжких судинних ускладнень. COVID-19 дестабілізує перебіг хронічних хвороб, перетворюючи контрольований стан на гостру катастрофу.

Мета роботи – клініко-патологоанатомічний аналіз випадку поєднання COVID-19 та ішемічного інсульту на тлі гіпертонічної хвороби та атеросклерозу у особи молодого віку.

Матеріали та методи. Ретроспективний аналіз медичної документації та результату автопсії патологоанатомічного відділення КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня».

Результати. Із анамнезу захворювання відомо, що чоловік 39 років був госпіталізований 14.07.2020 р. до КНП ХОР «Обласна клінічна інфекційна лікарня» з діагнозом: «COVID-19, позашпитальна пневмонія зліва», (підтверджений випадок методом RT-PCR). Перші симптоми хвороби з’явилися 08.07.2020, 14.07.2020р. він звернувся за медичною допомогою. З моменту госпіталізації до 19.07.2020р. стан пацієнта залишався середньої тяжкості та додалися неврологічні симптоми. На КТ головного мозку - «Гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у басейні правої середньої мозкової артерії, лівобічний геміпарез». Стан погіршувався, 23.07.2020 р. констатована біологічна смерть. За результатами макроскопічного дослідження головного мозку: тверда мозкова оболонка напружена, м’які - з розширеними, повнокровними судинами, місцями тьмяні. Речовина мозку на розрізі блискуча, липне до ножа, з повнокровними судинами. В корково-підкоркових відділах тім’яної долі правої півкулі головного мозку ділянка розм’якшення, місцями з розпадом мозкової тканини, розміром 4,0x3,5x3,0 см. Судини основи мозку з потовщеними стінками, з жовтуватобілуватими бляшками, вогнищево стенозують просвіти судини. Мікроскопічно: речовина мозку набрякла, з повнокровними судинами. Ділянки некрозу з вогнищами розпаду мозкової тканини, з наявністю нечисленних гліальних макрофагів, проліферуючих судин. Макроскопічно легені в області верхніх відділів блідо-рожеві, підвищеної повітряності. В нижніх відділах ділянки ущільнення та строкатості в обох легенях,

безповітряні. На розрізі тканина червоного-бурого кольору, застійно-повнокровна, з поверхні стікає велика кількість рожевої, пінистої рідини. Наявність вільної рідини в плевральній порожнині (по 700 мл). Мікроскопічно: в просвітах більшої частини альвеол епітелій злущений, з вираженими дистрофічними змінами, в просвітах деяких альвеол наявність фібрину, альвеолярні макрофаги, місцями зі збільшеним ядром, з внутрішньоядерними включеннями, лімфоцити. Осередковане потовщення міжальвеолярних перегородок, за рахунок фіброзу; невелика частина альвеол розширена, з потоншенням стінки, в просвітах – набрякла рідина. Периваскулярний і перибронхіальний фіброз. Просвіти поодиноких дрібних легневих артерій закриті фібриновими тромбами. Патологоанатомічний діагноз: ішемічний інфаркт в корково-підкоркових відділах тім'яної долі правої півкулі головного мозку. Гіпертонічна хвороба. Атеросклероз аорти з атероматозом та кальцинозом. Стенозуючий атеросклероз вінцевих артерій серця та базальних судин головного мозку. Коронавірусна хвороба (підтверджений випадок методом RT-PCR.). Двобічна серозно-десквамативна, нижньодольова пневмонія, з акцентом ліворуч. Двобічний гідроторакс.

Висновок. Таким чином, до летального наслідку чоловіка працездатного віку призвела багатофакторність, поєднання гострої судинної патології, коронавірусної хвороби на тлі супутньої хронічної патології з запізненим звернення за медичною допомогою.

СИНДРОМ МОРГАН'Ї-АДАМС-СТОКСА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Ткаченко Д.А.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра загальної хірургії, анестезіології
та паліативної медицини, Харків, Україна*

Наукові керівники: Матвієнко М.С., доктор філософії за спеціальністю “Медицина”, доцент, завідувач кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини, Ляшок А.Л., канд. мед. наук, доцент, Козлова Т.В., канд. мед. наук, доцент

Актуальність. Синдром Морган'ї–Адамса–Стокса є небезпечним клінічним станом, що виникає внаслідок тяжких порушень провідності серця, а саме повної атріо-вентрикулярної (AV) блокади та супроводжується раптовими короточасними нападами втрати свідомості. Основою патогенезу є різке зниження серцевого викиду, що призводить до гострої ішемії мозку. Даний синдром має важливе значення в клінічній практиці, оскільки може маскуватися під неврологічні стани, зокрема епілептичний напад, і потребує своєчасної діагностики та невідкладної допомоги.

Мета роботи. Проаналізувати клінічний випадок синдрому МАС, як прояви повної AV блокади; розглянути особливості діагностики, диференційної діагностики та тактики лікування пацієнта з повною AV-блокадою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз клінічного випадку пацієнта 51 року, який звернувся до терапевтичного відділення із скаргами на кашель та підозрою на наявність хронічного бронхіту. Під час обстеження у хворого раптово виникли запаморочення, потемніння в очах, слабкість, холодний піт, блідість, а згодом — короточасна втрата свідомості, судоми та зупинка дихання.

Результати. Під час обстеження пацієнта у відділенні інтенсивної терапії виявлено брадикардію 36–42 за хв, АТ 140/90 мм рт. ст., SpO₂ 97%. На ЕКГ: зубці Р регулярні, частота 82 за хв., комплекси QRS регулярні, частота 38 за хв. Під час нападу

були зафіксовані раптова втрата свідомості, блідість, судоми, мимовільне сечовипускання, апное та короткочасна асистолія з переходом у брадикардію. На підставі клінічної картини та даних ЕКГ встановлено діагноз: повна АВ-блокада, синдром МАС. Особливістю даного випадку було те, що пацієнт під час госпіталізації не мав скарг, пов'язаних з серцевою патологією. Скарги на частий кашель могли дати можливість підозрювати патологію серця, але клінічні ознаки у вигляді МАС розвинулися раніше, ніж було проведено обстеження. Своєчасна ЕКГ та консультації спеціалістів дозволили провести правильну диференційну діагностику. Пацієнту було встановлено тимчасову електрокардіостимуляцію, що дозволило стабілізувати стан та підготувати його до імплантації постійного кардіостимулятора.

Висновки. Синдром МАС є ургентним станом, що потребує швидкої діагностики та негайної корекції порушень ритму і провідності серця. Наведений клінічний випадок підкреслює необхідність екстреної ЕКГ-діагностики у всіх випадках, пов'язаних з втратою свідомості та судомами у пацієнта, а також кардіологічного обстеження у пацієнтів із скаргами на постійний кашель.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ПРИНЦИПИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Трач В.В.

*Харківський національний медичний університет, медичний
факультет, кафедра фармакології та медичної рецептури,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Єрмоленко Т.І., д.фарм.н., професор.

Актуальність. Бронхіальна астма (БА) – хронічне захворювання, що вражає до 29% населення всіх вікових груп, складаючи медико-соціальну проблему для системи охорони здоров'я та суспільства. Наслідки стосуються вартості лікування, що постійно зростає через підвищення цін та перехід на інший ступінь тяжкості хвороби. Рационально підібрана

систематична фармакотерапія є економічно доцільнішою за витрати на усунення загострень в разі її відсутності.

Мета роботи. Проаналізувати асортимент протиастматичних ЛЗ на фармацевтичному ринку України за формою випуску, визначити співвідношення препаратів вітчизняного, імпортного виробництва. Провести фармакоекономічну оцінку схем, застосовуючи будесонід, формотерол, із доповненням таблетованою формою монтелукасту або інгаляціями тіотропію броміду. Розрахувати вартість захворювання (ВЗ), мінімізацію витрат (МВ), обрати раціональну стратегію.

Матеріали та методи. Здійснено оцінку асортименту, середньої вартості ЛЗ за допомогою платформи Tabletki.ua, розглянуто настанову МОЗ, використано підходи фармакоекономічного аналізу.

Результати. За результатами, найбільша кількість протиастматичних препаратів представлена таблетованою формою (53 позиції). Серед асортименту ЛЗ імпортного виробництва становлять 70,2%, вітчизняного – 29,8%. За настановою МОЗ, для терапії БА варто призначати ІКС з β_2 -агоністами, тому для базисної стратегії обрано будесонід (80 мкг), формотерол (4.5 мкг). З метою доповнення можна використовувати інгаляцію М-холіноблокатору, тіотропію броміду (10 мкг). Для зменшення загострення БА в періоди алергічного риніту рекомендовано ЛЗ у таблетованій формі групи блокаторів лейкотрієнових рецепторів з іншим механізмом дії – монтелукаст (10 мг). Серед монопрепаратів будесоніду найбільш поширеною формою є сусп. д/інг., а формотерол представлено переважно у вигляді порошку. Через тривалий курс терапії БА з метою підвищення комплаєнсу для включення в стандартну схему ми обрали комбінований ЛЗ із вказаних компонентів, представлений порошком д/інг. Визначивши середню вартість ліків, розрахували ВЗ базисної стратегії протягом 28 днів, доповненої таблетованою формою монтелукасту, що склала 985,7 грн. Витрати на терапію із додаванням інгаляцій тіотропію броміду становили 1119,02 грн. Використовуючи формулу для розрахунку МВ, встановили: включення до стандартної схеми таблеток монтелукасту

допоможе заощадити 133,32 грн.

Висновки. Отже, серед протиастматичних ліків переважають ЛЗ імпортного виробництва, що може вказувати на обмежені можливості країни щодо їхнього виготовлення й на довіру до міжнародних медикаментів. Найбільшу кількість позицій займає таблетована форма. Це свідчить про легкість виробництва, зручність застосування. Використання для базисної терапії препарату будесоніду, формотеролу у вигляді порошку д/інг., доповнюючи схему таблетками монтелукасту, підвищить комплаєнс. Через значну тривалість лікування ця стратегія є економічно доцільнішою за додавання тіотропію броміду, що може суттєво заощадити кошти.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ТЕРАПІЇ: ДОСВІД УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Троянова Д. В., Ворона С. О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини*

Науковий керівник: Аль-Травнех О. В., к. мед. н.

Актуальність. Система охорони здоров'я України переживає безпрецедентний період трансформації, де цифрові технології перетворюються на фундаментальні елементи виживання та стійкості. Терапевтичний супровід внутрішніх хвороб, таких як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет та хронічні обструктивні захворювання легень, вимагає безперервності та постійної корекції, що стає критичним завданням під час війни. В умовах руйнування інфраструктури, масової міграції мільйонів людей та дефіциту кадрів телемедицина стала ключовим засобом подолання фізичних розривів у наданні висококваліфікованої допомоги.

Мета дослідження. Оцінити сучасний стан, переваги та ефективність впровадження телемедичних технологій у терапевтичну практику України в умовах воєнного стану для забезпечення безперервності лікування внутрішніх хвороб.

Матеріали та методи. У роботі використано метод системного аналізу нормативно-правового регулювання (Наказ МОЗ

№1695), узагальнення статистичних звітів НСЗУ за 2025 рік та результатів крос-секційного опитування 125 медичних працівників щодо практичного досвіду використання цифрових інструментів у зоні конфлікту.

Результати. 56,8% опитаних лікарів зазначили, що війна стала прямим каталізатором прискорення цифровізації. Найпоширенішими каналами взаємодії залишаються месенджри (97,6%) та прямі телефонні дзвінки (84,8%), тоді як офіційне програмне забезпечення використовують лише 8% фахівців. Частка телемедичних послуг у регіонах активних бойових дій (Харківська область – 10,2%, Херсонська – 9,9%) суттєво перевищує середньоукраїнський показник у 4,7%. Впровадження портативних систем, як-от TytoCare та IDIS2GO, дозволяє проводити 12-канальну ЕКГ, пульсоксиметрію, спірометрію та базові лабораторні аналізи безпосередньо за місцем перебування пацієнта, знижуючи похибку дистанційної діагностики до 0,01–0,3%. В амбулаторії прифронтових зон було поставлено близько 4000 таких мобільних комплексів. Електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) об'єднала дані 35 млн українців та понад 5 млрд медичних записів, що гарантує збереження повної історії лікування при міграції та дозволяє супроводжувати понад 169 тис. пацієнтів із діабетом через автоматизовані е-рецепти на інсулін у 2025 році. Основними бар'єрами залишаються обмеження фізикального огляду та потреба літніх людей у допомозі з освоєнням гаджетів.

Висновки. Досвід війни запровадив перехід телемедицини зі статусу експериментальної методики у категорію обов'язкового стандарту надання терапевтичної допомоги в умовах обмеженого доступу. Вона забезпечує доступність терапевтичної допомоги незалежно від лінії фронту чи міграційних процесів. Поєднання портативної діагностики та ЕСОЗ дозволяє підтримувати високі стандарти догляду за хронічними хворими, створює передумови для впровадження моделі превентивного моніторингу, що визначить основний вектор післявоєнної модернізації системи охорони здоров'я на засадах персоналізованого підходу та інноваційності

ТЕЛЕМЕДИЦИНА ЯК ІННОВАЦІЙНИЙ ІНСТРУМЕНТ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Троянова Д. В.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини*

Науковий керівник: Пономарьова Л.І., к.мед.н., доцент кафедри
гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Розвиток телемедицини в Україні зумовлений необхідністю підвищення оперативності надання медичної допомоги, раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я та розширення доступу населення до висококваліфікованих медичних послуг. Ухвалення Розпорядження Кабінету Міністрів України № 625-р від 14 липня 2023 року «Про схвалення Стратегії розбудови телемедицини в Україні» ознаменувало перехід до системної державної політики, спрямованої на повноцінне впровадження дистанційних технологій в медицині.

Мета роботи. Провести комплексний аналіз трансформації нормативно-правового регулювання телемедицини за період 2023-2025 років, оцінити рівень впровадження цифрових сервісів в електронну систему охорони здоров'я (ЕСОЗ) та визначити ключові досягнення реалізації державної Стратегії.

Матеріали та методи. Аналіз нормативних актів в сфері телемедицини, а саме: Стратегії розбудови телемедицини (№ 625-р), Закону № 3301-ІХ щодо функціонування телемедицини, наказів МОЗ (№ 1695, № 132) та Постанови КМУ № 1079, статистичних даних Національної служби здоров'я України (НСЗУ), результатів впровадження телемедичних технічних рішень.

Результати. Ключовим досягненням стало прийняття Закону № 3301-ІХ, який закріпив телемедицину як повноцінний метод надання допомоги. Важливим фінансовим механізмом стало прийняття Постанови КМУ № 1079 від вересня 2025 року за якою впроваджено специфічний тариф на дистанційні послуги з

коефіцієнтом 0,8, створивши економічні стимули для закладів охорони здоров'я. Впроваджено 6 нових клінічних протоколів для лікування бойових травм та стандартів дистанційного моніторингу хронічних хвороб, що уніфікувало якість допомоги. З технічної точки зору ЕСОЗ еволюціонувала у дворівневу екосистему, де 37 медичних інформаційних систем забезпечують обмін даними за міжнародними стандартами HL7 FHIR та DICOM. Важливим етапом став запуск Особистого кабінету пацієнта, інтегрованого з порталом Дія, що дозволило громадянам самостійно оновлювати дані та укладати декларації, зменшивши адміністративне навантаження на медиків. Дослідження виявило ряд недоліків. Зокрема, зафіксовано «парадокс месенджерів»: 97,6% лікарів використовують Viber та Telegram для консультацій, що залишає їх у юридичній «сірій зоні» без належного захисту даних. Також існують труднощі з використанням гаджетів у частини літніх пацієнтів і обмеження через неможливість повноцінного фізикального обстеження.

Висновки. Реалізація державної Стратегії 2023-2025 дозволила Україні створити одну з найпрогресивніших цифрових систем охорони здоров'я в Європі, яка отримала визнання на платформі GovTech Intelligence Hub та у звітах Єврокомісії 2025 року. Статистика НСЗУ підтверджує зростання попиту: за останній звітний рік зафіксовано 9,8 мільйона дистанційних взаємодій. Подальша стратегія має бути зосереджена на переході від месенджерів до сертифікованих платформ, автоматизації передачі даних з пристроїв медичного призначення до ЕСОЗ, масштабуванні телереабілітації та впровадженні штучного інтелекту, що сприятиме підвищенню ефективності медичної допомоги в Україні.

ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЕЛІМІНАЦІЇ ТА НЕЙТРАЛІЗАЦІЇ 2-НОНЕНАЛЮ

Троянова Д. В.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології*

Науковий керівник: Кадигроб І.В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Старіння шкіри супроводжується специфічними ольфакторними змінами, ключовим маркером яких є 2-ноненал (C₉H₁₆O) — продукт неферментативного окиснення омега-7 ненасичених жирних кислот під впливом ліпідних пероксидів. До 70% пацієнтів старшої вікової групи відзначають погіршення соціальної взаємодії та емоційний дискомфорт. Через гідрофобність сполуки стандартні засоби гігієни є недостатньо ефективними для її елімінації, однак залишаються єдиною рекомендацією для літніх пацієнтів. Окрім психосоціального аспекту, сполука цитотоксична для кератиноцитів, ініціює оксидативний стрес та руйнує бар'єр шкіри.

Мета роботи. Оцінити сучасні підходи до нейтралізації 2-ноненалу на шкірі через порівняльний аналіз традиційних методів гігієни та спеціалізованих космецевтичних засобів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз та узагальнення наукових публікацій, розміщених у наукометричних базах даних PubMed, Scopus, Web of Science та Google Scholar, що висвітлюють ефективність різних фармакологічних та космецевтичних агентів для елімінації та нейтралізації 2-ноненалу.

Результати. Рациональною метою терапії є переривання перекисного окиснення ліпідів шкіри. Найвищий рівень доказовості продемонстрували вітамін Е, який перехоплює пероксидні радикали, вітамін С, що забезпечує регенерацію вітаміну Е, та вітамін РР, який одночасно виявляє антиоксидантну дію та зменшує кількість субстрату для синтезу 2-ноненалу. Додатковий захист клітин від оксидативного стресу забезпечують поліфеноли зеленого чаю, ресвератрол та

мітохондріальний антиоксидант коензим Q10. На відміну від традиційного очищення, спеціалізована космецевтика забезпечує пряму молекулярну деактивацію одоранту. Використання персикової кислоти та полісахаридів дозволяє здійснити безпосереднє хімічне зчеплення молекул 2-ноненалю з активними центрами вуглеводів, що фіксує запах у вигляді стабільних беззапахових сполук, β -циклодекстрин ізольовує гідрофобну молекулу 2-ноненалю, а цинку рицинолеат хімічно зв'язує одоранти. Важливу роль у профілактиці відіграє регуляція мікробіому, оскільки бактеріальні ліпази стафілококів вивільняють жирні кислоти для подальшого окиснення. Застосування пребіотиків та постбіотиків у формі лізатів лактобактерій сприяє зміцненню епідермального бар'єру та витісненню патогенів. Традиційна гігієна на основі звичайного мила забезпечує ефект лише протягом 3–6 годин, спеціалізована космецевтика має більш тривалий ефект, підтримує бар'єрну функцію та адаптована до потреб зрілої шкіри. Практична схема догляду включає щоденне використання рН-збалансованих гелів, нанесення антиоксидантних лосьйонів та вибір одягу з натуральних тканин.

Висновки. Традиційна гігієна малоефективна проти ліпофільного 2-ноненалю. Найвищу ефективність забезпечує поєднання синергічних антиоксидантів та прямих хімічних нейтралізаторів (цинку рицинолеат, циклодекстрин) для повної елімінації одоранту. Впровадження таких підходів у практику дозволить підвищити якість дерматологічної допомоги пацієнтам похилого віку.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Троянова Д. В., Архипенко С. К.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб*

Науковий керівник: Черкова Н.В., к.мед.н., доцент

Актуальність. Псевдокісти складають понад 80% усіх кістозних утворень при деструктивному панкреатиті та викликають ускладнення у 7-25% пацієнтів з цим захворюванням. Впровадження малоінвазивних хірургічних втручань дозволяє мінімізувати хірургічну травматизацію, прискорити реабілітацію та підвищити якість життя хворих.

Мета роботи. Підвищення ефективності хірургічного лікування пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози (ПЗ) шляхом оцінки результатів пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем та відеолапароскопічного дренування.

Матеріали та методи. Було проаналізовано історії хвороби 72 пацієнтів з псевдокістами ПЗ (середній вік пацієнтів — $42,3 \pm 11,6$ років) хірургічного відділення клініки хірургічних хвороб ХНУ імені В.Н. Каразіна. Пацієнтів поділили на дві групи: 1 група (48 осіб) — виконано пункційно-дренуючі втручання при локалізації кіст у тілі та хвості ПЗ, 2 група (24 особи) — проведено відеолапароскопічне дренування при локалізації кіст у голівці ПЗ, відсутності безсудинного акустичного вікна або наявності жовчнокам'яної хвороби.

Результати. Візуально у обох груп пацієнтів визначався серозно-геморагічний або серозний вміст псевдокіст, лабораторно не виявлено мікроорганізмів, атипових клітин, високого рівня амілази. Тривалість експозиції дренажів для пацієнтів обох груп становила $24 \pm 4,3$ дні. Пункційно-дренуюче лікування псевдокіст не потребувало використання наркотичних анальгетиків, також у пацієнтів 1 групи післяопераційний період мав більш сприятливий перебіг. Пацієнти 1 групи одразу поверталися до звичного режиму харчування та фізичної активності, тоді як у 2 групі аналогічний рівень реабілітації було

досягнуто лише на наступну добу. У обох груп пацієнтів не спостерігалися гнійносептичні ускладнення, проте у 1 пацієнта з 1 групи виникла потреба у проведенні відеолапароскопічного дренування у зв'язку з неефективністю пункційного дренування. У 3 пацієнтів з 2 групи дренажі, встановлені з метою профілактики утворення затьоків і розвитку пов'язаних з ними ускладнень, продемонстрували свою функціональну доцільність, забезпечивши адекватну санацію парапанкреатичних зон.

Висновки. Застосування малоінвазивних методів у лікуванні псевдокіст підшлункової залози суттєво покращує медико-соціальні показники та забезпечуючи швидке повернення пацієнтів до звичного способу життя. Диференційований вибір методу малоінвазивного втручання, який залежить від локалізації кісти, наявності «акустичного вікна» та супутньої патології, забезпечує оптимальні результати лікування. Хоча пункційно-дренуючі методики під УЗ-контролем сприяють більш ранній реабілітації пацієнтів, ефективність проведеного лікування визначається відсутністю рідинних скупчень при повторних візуалізаційних обстеженнях. Враховуючи, що різниця в термінах активізації становила лише одну добу, у випадках складних локалізацій або ризику виникнення затьоків перевагу слід надавати відеолапароскопічному дренуванню як більш надійному методу контролю та профілактики ускладнень.

ІНТЕРІКАЛЬНИЙ ТЯГАР МІГРЕНІ: КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ

Троянова Д. В.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології*

Науковий керівник: Черненко І.І., доктор медичних наук, доцент кафедри

Актуальність. Мігрень уражає близько 14% населення та посідає перше місце серед причин непрацездатності у людей до 50 років. Попри це, клінічна увага традиційно зосереджена виключно на больових нападах, тоді як «безбольові» дні між ними залишаються поза увагою. Сучасні дані свідчать: мігрень є безперервним хронічним станом мозку, а інтерікальний тягар може суттєво перевищувати за своїм впливом самі больові епізоди.

Мета дослідження. Систематизувати дані щодо структури, нейробіологічних механізмів та клінічних наслідків інтерікального тягара при мігрені з акцентом на когнітивній дисфункції, психіатричних коморбідностях і порушеннях повсякденного функціонування.

Матеріали та методи. Використано метод аналізу, систематизації та узагальнення наукових публікацій, розміщених у міжнародних базах даних: PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar та Cochrane Library з пріоритетним фокусом на новітні дані 2024–2025 років.

Результати. Сучасні дослідження підтверджують, що мозок пацієнта з мігренню має специфічні структурні та функціональні відмінності навіть у міжнападний період. Нейровізуалізація фіксує дисконекцію між мережею пасивного режиму роботи мозку та центральною виконавчою мережею, що корелює з відчуттям «когнітивного туману». Важливим патофізіологічним маркером є центральне нейрозапалення (активація мікроглії) та стабільно підвищений рівень кальцитонін-ген-пов'язаного

пептиду (CGRP) між нападами, що підтримує стан кортикальної гіперзбудливості. Когнітивна дисфункція визнана другою за значущістю причиною інвалідизації пацієнтів після болю. Найбільш вразливими є стійка увага, швидкість обробки інформації та вербальна епізодична пам'ять. При цьому дефіцит складних виконавчих функцій спостерігається навіть у дітей, що суттєво впливає на їхню шкільну успішність. Психіатричні коморбідності охоплюють до 50% пацієнтів: депресія і тривога пов'язані з мігренню двонаправлено і прискорюють її хронізацію, ПТСР виявляється у 25% хворих, а «тривога очікування» нападу формує стійку уникаючу поведінку навіть у пацієнтів із рідкісними атаками. Повсякденне життя пацієнтів суттєво обмежене через вразливість до тригерів та сенситизацію, вони повідомляють про погіршення батьківської ролі, стосунків із партнером та соціальну ізоляцію. Економічні збитки від мігрені зумовлені презентизмом - станом, коли пацієнт присутній на роботі, але працює з низькою ефективністю через інтеріктальні симптоми. Невидимість цих симптомів створює «стигму-синдемію», що погіршує стосунки з оточуючими та знижує прихильність до лікування.

Висновки. Мігрень є системною патологією нейронних мереж, яка не обмежується епізодами болю. Інтеріктальний тягар, що включає когнітивні розлади та емоційну дисфункцію, є визначальним фактором зниження якості життя. Клінічний підхід до ведення пацієнтів має обов'язково включати оцінку міжнападового стану та корекцію супутніх розладів, оскільки стабілізація пацієнта в інтеріктальній фазі є запорукою успішної профілактики хронізації захворювання.

УМОВИ ПРАЦІ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ПОРУШЕНЬ СОМАТИЧНОГО ТА МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Турченко А.А.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра гігієни та соціальної медицини,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Редька І.В., к.б.н., доцент кафедри гігієни та соціальної медицини

Актуальність. Зростання рівня професійної захворюваності, тимчасової непрацездатності та поширеності синдрому професійного вигорання серед медичних працівників актуалізує проблему наукового обґрунтування профілактичних заходів на основі гігієнічної оцінки умов праці.

Мета дослідження – встановити взаємозв'язок між гігієнічною характеристикою умов праці та показниками соматичного і ментального здоров'я лікарів хірургічного профілю.

Матеріали та методи. Комплексна оцінка умов праці здійснювалася відповідно до ДСНіП «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості праці» (наказ МОЗ України № 248 від 08.04.2014 р.) за результатами хронометражних та інструментальних досліджень. Показники соматичного та ментального здоров'я оцінювалися за даними листків непрацездатності, результатів профілактичних оглядів, психометричного тестування та самозвітів.

Результати. Встановлено, що більшість показників важкості праці лікарів-хірургів відповідають допустимим умовам (2 клас), однак за кількістю стереотипних рухів, тривалістю перебування у фіксованій позі та нахилами тулуба умови віднесено до шкідливих (3 клас, 1 ступінь); загальна оцінка важкості – 3 клас 2 ступеня. За показниками напруженості праці (інтелектуальне й емоційне навантаження, тривалість робочого дня, змінність) умови класифікуються як шкідливі 3 класу 3 ступеня. У повітрі операційної виявляються анестетики,

антибактеріальні та дезінфекційні засоби, що зумовлює 2 ступінь хімічної шкідливості; біологічний фактор відповідає 2–3 ступеню залежно від характеру втручань. Більшість фізичних факторів є допустимими, окрім УФ-випромінювання (1 ступінь шкідливості). Частота випадків тимчасової втрати працездатності лікарями-хірургами відповідає середньому рівню, тривалість – вище середнього, а частка хворих – висока. Провідними причинами тимчасової втрати працездатності є ГРВІ, артеріальна гіпертензія, дорсопатії та дорсалгії, варикозна хвороба та патологія органів травлення. Найпоширенішими захворюваннями опорно-рухового апарату є люмбалгія, тендиніт зап'ястка, латеральний епіконділіт і біль у плечі. У структурі ментальних порушень переважають невротичні розлади та сформовані фази резистенції й виснаження синдрому емоційного вигорання. За показниками відносного ризику та етіологічної частки визначено низьку професійну зумовленість факторами трудового процесу хвороб серцево-судинної системи та високу — патології кістково-м'язової системи й синдрому психоемоційного вигорання.

Висновки. Комплексна гігієнічна оцінка умов праці лікарів-хірургів дозволяє класифікувати їх як шкідливі умови 3-4 ступеня. Поєднана дія несприятливих (біологічних і хімічних) факторів виробничого середовища та трудового процесу визначає високий ризик розвитку професійно-обумовлених порушень соматичного та ментального здоров'я серед лікарів-хірургів.

МІКРОСКОПІЧНИЙ ПОЛІАНГІТ - ХВОРОБА-ХАМЕЛЕОН ПОЛІМОРФНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА ДІАГНОСТИЧНІ ПАСТКИ (СЕРІЯ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ)

Тюрін А.В., Михайленко В.В.

*Полтавський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 Полтава, Україна
Науковий керівник: Гуцаленко О. О. к.мед.н., доцент.*

Актуальність. Останнім часом спостерігається зростання кількості пацієнтів із мікроскопічним поліангіттом (МПА), особливо в постковідному періоді, оскільки нова коронавірусна інфекція SARS-CoV-2 може бути ще одним тригером для його розвитку. Вивчення особливостей клінічних проявів МПА на початку хвороби має велике значення для удосконалення ранньої діагностики, щоб уникнути потенційно небезпечних проявів, що загрожують життю чи органу. Рання діагностика МПА зазвичай є складною для лікарів різних спеціальностей, що пов'язано з розвитком численних проявів захворювання, залежно від уражених органів, та відсутністю діагностичних критеріїв.

Мета роботи. Оцінити клінічні особливості МПА в дебюті хвороби та в розгорнутій стадії на підставі серії клінічних випадків із реальної клінічної практики.

Матеріали та методи. проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 7 пацієнтів з доведеною гіперпродукцією антинейтрофільних цитоплазматичних антитіл (АНЦА). У 6 пацієнтів антитіла до мієлопероксидази, а у 1-го – антитіла до протеїнази-3. Детально вивчені клінічні особливості ранньої та розгорнутої стадій МПА. Діагноз МПА обґрунтовували відповідно до критеріїв класифікації ACR/EULAR 2022 р.

Результати. Клінічна картина МПА суттєво вирізнялася від пацієнта до пацієнта (кожний наступний кейс не повторював клініку попереднього). Першими симптомами найбільш часто були системні прояви: гарячка, схуднення, ураження опорно-рухового апарату, міалгії, втоми, нездужання. В дебюті захворювання МПА досить часто маскується під інші

захворювання, серед яких як ревматологічні та нефрологічні, так і менш типові – гастроентерологічні, кардіологічні, очні тощо. Із семи клінічних випадків – сім клінічних варіантів перебігу, серед яких лише один класичний – легенево-нирковий синдром. Всі інші кейси – з атиповою, маскованою клінічною картиною, що імітують інші захворювання, утруднюючи діагностику. Класичним проявом МПА був гломерулонефрит (ГН), який діагностовано у всіх пацієнтів під час обстеження та лікування в обласному центрі нефрології та діалізу з приводу вперше виявленої гіперазотемії (два - у доковідний період, а п'ятеро під час пандемії Covid-19). У 5-х пацієнтів діагностовано швидкопрогресуючий ГН, у одного ГН з нефротичним синдромом і ще у одного – ГН у поєднанні з тубулоінтерстиціальним нефритом.

Висновки. МПА – це мультисистемне захворювання, яке демонструє відсутність єдиної, стандартної картини хвороби. Початкові прояви МПА часто різноманітні з неспецифічними системними симптомами та ілюструють поліорганність уражень і значний поліморфізм нетипового дебюту захворювання. Клінічна картина при МПА відрізняється від пацієнта до пацієнта, що створює труднощі на шляху верифікації діагнозу.

РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА: ПОРУШЕННЯ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ПОВЕДІНКОВІ І КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

Удовенко Д.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра клінічної неврології, психіатрії
та наркології
Харків, Україна*

Науковий керівник: Кабачна І.В., к.м.н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Розлади аутистичного спектра (РАС) є складними нейророзвитковими порушеннями з широким спектром когнітивних і поведінкових проявів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність РАС становить

близько 1 випадку на 160 дітей. РАС зазвичай проявляються у ранньому дитинстві, частіше у хлопчиків. Важливу роль у патогенезі цієї хвороби посідають порушення сенсорної інтеграції, що ускладнюють сприйняття, обробку та адаптацію сенсорної інформації. Попри наявні наукові дані, взаємозв'язок сенсорних дисфункцій із поведінковими та когнітивними функціями дітей з РАС потребує подальшого аналізу.

Мета роботи. Визначити особливості сенсорної інтеграції у дітей з РАС та оцінити її вплив на поведінкові та когнітивні функції.

Матеріали та методи. Дослідження проведено з використанням аналітичного та зіставного підходів для вивчення особливостей сенсорної інтеграції у дітей з РАС. Оцінювалися клініко-психологічні прояви сенсорної обробки інформації та їх взаємозв'язок із поведінковими й когнітивними функціями.

Результати. Порушення сенсорної інтеграції є клінічно значущою складовою РАС, що проявляється атиповими реакціями на сенсорні стимули, а також труднощами сенсорної модуляції та адаптації до змін середовища. Наявний тісний взаємозв'язок між сенсорними дисфункціями та поведінковими особливостями дітей з РАС. Виражені порушення сенсорної інтеграції асоціюються з підвищеною тривожністю, емоційною нестабільністю, імпульсивною або унікальною поведінкою, а також труднощами соціальної взаємодії та комунікації. Сенсорне перевантаження часто виступає тригером проблемної поведінки та зниження адаптивних можливостей. Сенсорні порушення негативно впливають і на когнітивні функції дітей з РАС. Зокрема, відзначається зниження концентрації уваги, порушення робочої пам'яті, труднощі планування та виконавчих функцій, що ускладнює процес навчання та засвоєння нової інформації. Водночас у дітей з меншими сенсорними дисфункціями когнітивні показники є відносно вищими. Ефективність корекції усіх вищеперерахованих проблем забезпечують мультидисциплінарна команда та активна участь батьків, які допомагають опанувати нові навички. Важливими є формування емоційного контакту, урахування сенсорних особливостей, розвиток спільної діяльності та гри, стимуляція мовлення й

навчання саморегуляції та безпечній поведінці. Отримані результати свідчать, що раннє виявлення порушень сенсорної інтеграції та застосування комплексних корекційних підходів, спрямованих на сенсорну регуляцію, можуть сприяти зменшенню поведінкових порушень і покращенню когнітивного функціонування та соціальної адаптації дітей з РАС.

Висновки. Порушення сенсорної інтеграції є поширеним і клінічно значущим компонентом РАС та мають суттєвий вплив на поведінкові й когнітивні функції дітей. Виражені сенсорні дисфункції негативно впливають на увагу, навчальну діяльність і соціальну взаємодію. Своєчасна сенсорно-орієнтована корекція є перспективним напрямом підвищення ефективності допомоги при РАС.

ВИКОРИСТАННЯ АГОНІСТІВ РЕЦЕПТОРІВ ГЛЮКАГОНОПОДІБНОГО ПЕПТИДУ-1 У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Федотов В.В.

*ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.
Данилевського НАМН України»
Харків, Україна*

Науковий керівник: Грищенко О.В, д.мед.н., професор, кафедри
загальної практики – сімейної медицини Харківського
національного університету імені В. Н. Каразіна

Актуальність. Синдром полікістозних яєчників - найпоширеніший ендокринний розлад у жінок репродуктивного віку та провідна причина ановуляторного безпліддя. За різними діагностичними критеріями (NIH, Rotterdam, AE-PCOS) поширеність синдрому у світі становить 8–13%, при цьому значна частина випадків залишається недіагностованою. СПКЯ характеризується поєднанням репродуктивних, гормональних та метаболічних порушень, серед яких ановуляція, гіперандрогенія, інсулінорезистентність та ожиріння. Традиційні підходи до лікування часто спрямовані переважно на окремі симптоми захворювання, що зумовлює необхідність пошуку нових

комплексних терапевтичних стратегій. Перспективним напрямом є застосування агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (GLP-1), які впливають на метаболічні механізми захворювання та можуть сприяти нормалізації репродуктивної функції.

Мета роботи. Обґрунтувати доцільність застосування агоністів рецепторів GLP-1 у комплексному лікуванні жінок із синдромом полікістозних яєчників та оцінити їх потенційний вплив на відновлення овуляції, гормональний профіль і метаболічні показники.

Матеріали та методи. Група А - GLP-1 агоніст + поради зі способу життя - 3 пацієнтки. Група В – Метформіну гідрохлорід + поради зі способу життя – 3 пацієнтки. Група С - Комбінація агоністу GLP-1 + метформіну гідрохлорід + поради зі способу життя 3 пацієнтки. Порівнювалась ефективності терапії агоністами GLP-1, метформіном та їх комбінацією. Оцінювались клінічні, гормональні та метаболічні показники, а також частоти відновлення овуляції та зміни антропометричних параметрів.

Результати. Пацієнти групи А показала більш статистично значне зменшення ваги, покращення інсулінчутливості, нормалізацію гормонального профілю та підвищення частоти відновлення овуляції. В подальшому, після залучення більшої кількості пацієнток, буде проведено порівняльний аналіз прогностичної значущості клінічних, гормональних і метаболічних факторів ризику розвитку незадовільних результатів лікування у пацієнток із синдромом полікістозних яєчників при застосуванні терапії GLP-1, що дозволило визначити потенційні предиктори ефективності лікування та сформулювати передумови для персоналізованого підходу до вибору терапевтичної тактики.

Висновки. Застосування агоністів GLP-1 є перспективним напрямом сучасної терапії синдрому полікістозних яєчників. Подальші клінічні дослідження дозволять оцінити ефективність та безпечність цієї терапії, що може сприяти формуванню персоналізованих підходів до лікування захворювання.

**ОБГРУНТУВАННЯ ДИЗАЙНУ ДОСЛІДЖЕННЯ
ПЕРСПЕКТИВИ
ВИКОРИСТАННЯ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ
ІНДОЦІАНІН-ЗЕЛЕНОЇ АНГІОГРАФІЇ У ПРОФІЛАКТИЦІ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ГІПОТИРЕОЗУ**

Федотова М.М.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургії,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Оклей Д.В., д.мед.н., професор кафедри
хірургічних хвороб

Актуальність. Незважаючи на вдосконалення технічних аспектів тиреоїдної хірургії, післяопераційні функціональні порушення, залишаються актуальною клінічною проблемою. Для профілактики післяопераційних ускладнень застосовуються: удосконалення техніки органозберігаючих втручань; використання інтраопераційного нейромоніторингу; застосування оптичного збільшення; передопераційне ультразвукове та томографічне планування; використання флуоресцентних методів інтраопераційної візуалізації. Значна частина цих методів спрямована на профілактику пошкодження поворотного гортанного нерва або парашитоподібних залоз, тоді як питання збереження адекватної перфузії тканини щитоподібної залози та її функціональної активності після оперативного втручання потребує подальшого вивчення. Індоціанін-зелена ангіографія є сучасним методом флуоресцентної візуалізації, що дозволяє оцінювати кровопостачання тканин у режимі реального часу. Використання цього методу може сприяти більш точній інтраопераційній оцінці васкуляризації тканин щитоподібної залози.

Мета роботи. Розробити дизайн клінічного дослідження щодо оцінки ефективності застосування інтраопераційної індоціанін-зеленої ангіографії для профілактики розвитку післяопераційного гіпотиреозу.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження стали реферати різноманітних баз даних, релевантні статті у спеціалізованих журналах за останні 10-15 років.

Результати. Після аналізу сучасної літератури доцільним уявляється розподіл пацієнтів на наступні групи: I група - пацієнти, у яких під час операції буде використано інтраопераційну індоціанін-зелену ангіографію для оцінки васкуляризації тканин щитоподібної залози та корекції хірургічної тактики; II група - пацієнти, у яких оперативне втручання на щитоподібній залозі виконуватиметься за стандартною хірургічною методикою без застосування додаткових методів інтраопераційної візуалізації; III група - пацієнти, у яких під час оперативного втручання застосовуватимуться стандартні методи підвищення безпеки хірургії (оптичне збільшення, ретельна візуалізація анатомічних структур, передопераційне планування). З урахуванням літературного пошуку, оцінку ефективності інтраопераційної індоціанін-зеленої ангіографії плануємо виконувати за допомогою оцінки гормональних показників функції щитоподібної залози (ТТГ, Т4); визначення частоти розвитку післяопераційного гіпотиреозу; наявності післяопераційних ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періодах. Аналіз літератури допоміг сформувати набір статистичних методик: використання Kruskal–Wallis тест для порівняння груп пацієнтів, Chi-square test для аналізу частоти виникнення гіпотиреозу, логістичний регресійний аналіз для визначення факторів ризику розвитку гіпотиреоза, Repeated measures ANOVA для визначення динаміки гормонального статусу.

Висновки. Передбачається, що дослідження дозволить з'ясувати чи оптимізує застосування індоціанін-зеленої ангіографії ризик розвитку післяопераційного гіпотиреозу.

ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА (ЕТІОПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІЧНА КАРТИНА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА)

Фільова А.С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Кабачна І. В., доцент, к.мед. н.

Актуальність. Хвороба Альцгеймера (ХА) є провідною причиною деменції, на яку припадає понад 60–70% усіх випадків когнітивних розладів у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у 2024 році з деменцією живе понад 55 млн людей, щороку додається близько 10 млн нових пацієнтів, значна частина яких має ХА. Прогнозується, що до 2050 року кількість хворих подвоїться. В Україні та країнах Східної Європи рівень захворюваності залишається високим і становить близько 90–110 випадків на 100 тис. населення.

Мета роботи. узагальнити сучасні дані патогенезу, діагностики та лікування ХА, з акцентом на біомаркерах, стадійному підході та нових видах терапії, спрямованих на β -амілоїд, тау-білок та дієвих профілактичних заходах.

Матеріали та методи. В ході роботи було проаналізовано та систематизовано новітні дослідження та міжнародні клінічні протоколи, включно з американськими рекомендаціями по лікуванню ХА.

Результати. Патогенез ХА є складним процесом, що починається за 15–25 років до клінічної маніфестації. Основними механізмами є накопичення позаклітинних А β -амілоїдних бляшок та внутрішньоклітинних нейрофібрилярних клубків гіперфосфорильованого тау-протеїну. Генетична схильність (мутації в генах APP, PSEN1, PSEN2 та наявність алеля APOE4) значно прискорює ці процеси. Особливу увагу привертає роль мітохондріальної дисфункції (МД). Олігомери амілоїду безпосередньо пошкоджують мітохондрії,

порушуючи синтез АТФ та провокуючи оксидативний стрес. Діагностика ХА сьогодні базується на класифікації біомаркерів:

1. Core 1 (рання діагностика): визначення співвідношення A β 42/40, рівнів p-tau181 та p-tau217 у плазмі або лікворі, а також амілоїдна ПЕТ-візуалізація.

2. Core 2 (оцінка тяжкості): тау-ПЕТ та маркери нейродегенерації (NfL).

Сучасна терапія має стадійний характер:

1. Симптоматична: інгібітори ацетилхолінестерази (донепезил, галантамін) та антагоністи NMDA-рецепторів (мемантин).

2. Модифікуюча: моноклональні антитіла до амілоїду (адуканумаб, леканемаб, донанемаб).

3. Перспективна: розробка антитау-препаратів (вакцини AADvac1, антисенсові олігонуклеотиди) та методики усунення мітохондріальної дисфункції, такі як система «Helioplantum», спрямована на активацію природних відновлювальних механізмів.

Профілактика включає контроль артеріального тиску, фізичну та розумову активність, якісний сон (7-9 годин) та середземноморську дієту.

Висновки. ХА має тривалий доклінічний перебіг і на сьогодні вважається невиліковною. Існуючі препарати і методи лікування мають симптоматичний характер і спрямовані на уповільнення механізмів утворення патологічних білків та їх елімінацію, що тільки призупиняє нейродегенерацію та втрату основних функцій життєдіяльності. Усунення мітохондріальної дисфункції, як базису формування патологічних змін у нейронах на усіх етапах розвитку ХА, є оригінальним і найбільш перспективним напрямком для пошуку нових препаратів та методик лікування.

ВПЛИВ БІНАУРАЛЬНИХ РИТМІВ НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ЛЮДИНИ

Хайчіна М. О., Черненко І.І.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Черненко І.І., доктор медичних наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. У сучасній нейронауці зростає інтерес до немедикаментозних методів впливу на функціональний стан мозку. Одним із таких методів є використання бінауральних ритмів – акустичних стимулів, які виникають при подачі звуків різної частоти у праве та ліве вухо. Мозок людини функціонує завдяки електричним імпульсам, які формують мозкові хвилі, що відображають активність кори головного мозку. Ці хвилі класифікуються за основними частотами: гамма (30 – 100 Гц), бета (13 – 30 Гц), альфа (8 – 13 Гц), тета (4 – 8 Гц) і дельта (1 – 4 Гц). Кожна з цих частот асоціюється з конкретними станами свідомості, а амплітуда хвиль визначається кількістю активних нейронів у корі. Вважається, що вони здатні впливати на нейронну синхронізацію та змінювати мозкові хвилі, що може відображатися на когнітивних функціях, емоційному стані та фізіологічних показниках людини. Однак результати досліджень є суперечливими: одні роботи демонструють позитивний ефект, інші – можливе погіршення когнітивної діяльності. Тому подальше вивчення впливу бінауральних ритмів на організм людини є актуальним.

Мета роботи. вивчення впливу бінауральних ритмів на деякі когнітивні функції головного мозку та загальний психоемоційний стан у осіб молодого віку.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 30 осіб віком 17–30 років. Учасників було поділено на дві групи: І група – умовно здорові (15 осіб), ІІ група – особи з легкими хронічними захворюваннями (серцево-судинні патології, судомні розлади або часті ГРВІ) – 15 осіб. Було проведено два експерименти із

застосуванням бінауральних ритмів частотою 35 Гц та 13 Гц. Кожен учасник прослуховував аудіостимул протягом 30 хвилин, виконуючи інтелектуальне завдання (гра «Судоку»). Оцінювалися суб'єктивні відчуття учасників, зміни концентрації уваги, частоти серцевих скорочень та інші фізіологічні реакції.

Результати. Під час прослуховування бінауральних ритмів із частотою 35 Гц частина учасників повідомила про підвищення концентрації уваги та відчуття розслаблення. У деяких осіб спостерігалось зниження частоти серцевих скорочень, однак у поодиноких випадках відзначалося її підвищення. Також після завершення експерименту всі учасників відзначили короточасний дзвін у вухах. У другому експерименті з частотою 13 Гц результати були більш неоднорідними: частина учасників відчувала розслаблення, проте деякі повідомили про зниження концентрації уваги, підвищення частоти серцевих скорочень та появу тривожності. Дзвін у вухах при цій частоті не спостерігався.

Висновок. Отже, отримані дані свідчать про те, що прослуховування бінауральних ритмів з частотою 35 Гц може підвищувати концентрацію, але також викликати дзвін у вухах (100%) та інші фізіологічні реакції (43%). Водночас частота 13 Гц не викликала подібних змін, що доводить залежність між тінитусом та гамма-хвилями, але у деяких учасників спостерігалось підвищення частоти серцевих скорочень (16,7%) та відчуття тривожності (16,7%). Таким чином, необхідно з обережністю використовувати бінауральні ритми, особливо у людей із судомними розладами або серцево-судинними захворюваннями.

ІМУННІ МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПСОРІАЗУ ТА ЙОГО БІОЛОГІЧНА ТЕРАПІЯ

Черкашина А.В.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та клінічної
імунології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Кадигроб І. В., кандидат медичних наук,
доцент

Актуальність. Псоріаз є хронічним неінфекційним імунозапальним захворюванням шкіри, що уражає близько 2–3 % населення світу. У сучасній дерматології псоріаз розглядається як системне захворювання, пов'язане з порушенням регуляції імунної відповіді. Дослідження імунопатогенезу псоріазу дозволило суттєво розширити уявлення про механізми розвитку хвороби та стало основою для впровадження таргетної терапії.

Мета роботи. Проаналізувати сучасні наукові дані щодо імунних механізмів розвитку псоріазу та визначити ключові ланки запального процесу.

Матеріали та методи. Проведено аналіз сучасних наукових публікацій, присвячених імунопатогенезу псоріазу та біологічних препаратів. Використано матеріали відкритих джерел, що містять результати клінічних і експериментальних досліджень щодо ролі клітин імунної системи та цитокінів у розвитку псоріатичного запалення.

Результати. Ключову роль у патогенезі псоріазу відіграє активація клітин вродженого та адаптивного імунітету. У відповідь на ушкодження шкіри активуються міелоїдні дендритні клітини, які виділяють цитокіни, зокрема фактор некрозу пухлин- α (TNF- α), інтерлейкіни IL-12 та IL-23. Дані цитокіни стимулюють диференціацію Т-лімфоцитів та активацію Th1- і Th17-клітин.

Th17-клітини секретують цитокіни IL-17 та IL-22, що сприяє гіперпроліферації кератиноцитів, порушенню їх диференціації та розвитку хронічного запалення у шкірі. Одночасно

відбувається інфільтрація дерми нейтрофілами, макрофагами та іншими клітинами імунної системи, що підтримує запальний процес. Центральне значення в патогенезі псоріазу мають IL-23 та Th17, котрі розглядаються як один із основних механізмів розвитку псоріатичного запалення.

Сучасні дослідження показали, що блокада ключових цитокінів, таких як TNF- α , IL-17 та IL-23, за допомогою біологічних препаратів є ефективним методом лікування псоріазу, підтверджуючи провідну роль імунних механізмів у розвитку захворювання, серед них:

1. Інгібітори TNF- α (етанерцепт, інфліксімаб, адаліумаб) – ефективні у зниженні запалення та поліпшенні стану шкіри, особливо у пацієнтів з тяжкими формами псоріазу.
2. Інгібітори IL-17 (секукінумаб, іксекізумаб) – спрямовані на блокаду IL-17A/F, зменшують гіперпроліферацію кератиноцитів і вираженість псоріатичних бляшок.
3. Інгібітори IL-23 (гуселькумаб, різанкінумаб) – забезпечують довготривалий контроль запалення, ефективні у пацієнтів, резистентних до попередніх терапій.

Висновки. Розвиток псоріазу пов'язаний із регуляції імунної відповіді, через взаємодію клітин вродженого та адаптивного імунітету. Центральна ланка розвитку запалення є Th17 та IL-23. І саме дослідження імунних механізмів сприяло розробці біологічної терапії. Засоби діють на селективне блокування ключових цитокінів IL-17, IL-23 та TNF- α , через це є високі клінічні результати та покращення життя пацієнтів.

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Чуприна М.В., Батюк Л.В.

*Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики педіатрії,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Карпушенко Ю.В., к.мед.н., доцент кафедри
пропедевтики педіатрії

Актуальність. Алергічні захворювання є однією з найпоширеніших хронічних патологій у дітей шкільного віку. Імунозапальні механізми алергії можуть впливати на різні системи організму, зокрема на шлунково-кишковий тракт. Поєднання алергопатологій з гастродуоденальними захворюваннями у дітей має високу частоту та може ускладнювати діагностику і лікування. У зв'язку з цим вивчення клінічних та ендоскопічних особливостей коморбідних гастро- та алергопатологій є важливим для поліпшення діагностики та удосконалення методів профілактики та лікування.

Мета роботи. Вивчити клініко-параклінічні особливості гастродуоденальної патології у школярів з алергічними захворюваннями.

Матеріали та методи. Здійснено ретроспективний аналіз 84 історій хвороб школярів з патологією ШКТ із оцінкою клініко-анамнестичних даних. 48 – діти основної групи з гастродуоденальною патологією на тлі алергії та 36 – контрольна група без алергічних проявів.

Результати. В основній та контрольній групі переважають хлопчики (60,4% і 58,3%). Найчастіше алергічні захворювання (бронхіальна астма (БА), алергічний риніт (АР), atopічний дерматит (АД) та сполучена алергія (СА)) поєднуються з хронічним гастродуоденітом (ХГД): з АД-41,6%, АР-27%, БА-18,8%, СА-20,8%. Ендоскопічні зміни слизових оболонок стравоходу (СОС, шлунку (СОШ) та дванадцятипалої кишки (СО ДПК) основної групи мали еритематозний характер частіше при ХГД (20,8%, 62,5%, 18,8% відповідно), ерозивний в СОШ і СО ДПК – при ХГД (по 20,8%). Залежно від алергопатології: при

БА переважали еритематозні зміни СОШ та СО ДПК (по 18,8%), як і при СА (по 20,8%), при АД - еритематозні зміни СОШ 41,6%. Асоціація з гелікобактером пілорі (Hr) частіше виявлена в основній групі - 31,2%, переважно при ХГД (27%). У контрольній групі загалом - 26,3%, переважно при гастроезофагальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ) - 22,5%. Превалуючі дані по інфікованості зафіксовано у поєднанні БА і ГЕРХ (100%), БА і ХГД (77,7%), АР і ГЕРХ (80%).

Висновки. Частіше алергічні захворювання поєднувалися з ХГД (41,6%). Ендоскопічні зміни СО гастродуоденальної зони пацієнтів основної групи мали еритематозний характер та виявлялись при ХГД у пацієнтів з БА та СА: у шлунку — 62,5%, у стравоході — 20,8%, у ДПК — 18,8%. Ерозивні зміни СОШ і СО ДПК також переважали при ХГД (по 20,8%). Асоціація з Hr частіше спостерігалася в основній групі — 31,2%, переважно при ХГД (27%). У контрольній групі загалом - 26,3%, найчастіше при ГЕРХ (22,5%).

ЗАГРОЗА ЯДЕРНОЇ АВАРІЇ В УКРАЇНІ І ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ПРИ НІЙ

Шальнова Н.І

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Наконечна С. А., кандидат біологічних наук,
доцент

Актуальність. У цей час в Україні постійно зберігається загроза ядерної аварії. При цьому у навколишнє середовище у вигляді радіоактивної хмари може бути викинутий радіоактивний йод. Якщо не вживати ніяких заходів захисту, то він поглинається щитоподібною залозою і може призводити до її захворювань, зокрема онкології. Також не слід забувати, що у світі зараз є загроза ядерної війни, тому необхідно знати засоби захисту від радіоактивної хмари.

Мета роботи. Визначити обізнаність населення щодо дій після офіційного оповіщення про загрозу викиду радіоактивної хмари та необхідність проведення профілактики.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міністерства охорони здоров'я України, проведено опитування у форматі вебдодатку Google Form.

Результати. Під час аварій на ядерних об'єктах може виділятися радіоактивний йод ($I-131$), який, потрапляючи в організм, накопичується в щитоподібній залозі. Це призводить до її опромінення та пошкодження, підвищуючи ризик розвитку онкології. Прийняття відповідної дози калію йодиду у визначений час може заблокувати щитоподібну залозу від поглинання $I-131$. Щитоподібна залоза насичується стабільним йодом (калій йодид), залишаючи $I-131$ мінімальні шанси для накопичення. Проте використання калію йодиду має сенс лише у чітко визначених ситуаціях, причому для конкретних категорій людей і лише у правильному дозуванні. Неконтрольоване застосування стабільного йоду може призводити до побічних ефектів. У важких випадках наслідки можуть бути летальними. Калій йодид не слід вживати без чітких рекомендацій від органів охорони здоров'я. Однак, як показало анонімне і добровільне опитування, лише 56% людей впевнені, що знають, що робити при оповіщенні про ядерну аварію, а 20% людей відповіли, що можна приймати калій йодид без офіційного оповіщення про загрозу викиду радіоактивної хмари. 88% людей знають, яка доза потрібна дітям до місяця, 56% – яка кількість потрібна дітям від 1 місяця до трьох років; 48% – яка доза потрібна вагітним жінкам та матерям, які годують грудьми; 44% – яка кількість потрібна для дітей віком від 3 до 12 років. Лише 56% опитуваних відповіли, що людям, які старші за сорок років, не потрібно приймати калій йодид. Також опитування показало, що 24% людей вже отримували в лікарнях калій йодид з метою попередження накопичення $I-131$ у випадку такої загрози.

Висновки. Результати проведеного дослідження показали, що рівень обізнаності населення щодо дій після офіційного оповіщення про загрозу викиду радіоактивної хмари та необхідність проведення профілактики є недостатнім. Необхідне проведення інформаційно-освітніх кампаній, що підвищить

обізнаність населення щодо дій після аварії на атомній електростанції.

ІНТЕГРАТИВНЕ ПРЕДИКТИВНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ГАСТРО-РЕНАЛЬНОЇ ОСІ ЗАПАЛЕННЯ НА ОСНОВІ ІМУННИХ БІОМАРКЕРІВ ТА АЛГОРИТМІВ МАШИННОГО НАВЧАННЯ

Швець І.І., Обребський Ю.В., Богатир М.В.

*Буковинський державний медичний університет,
медичний факультет, кафедра внутрішньої медицини,
Чернівці, Україна*

Науковий керівник: Вівсянник В.В., к.мед.н., доцент кафедри
внутрішньої медицини

Актуальність. Порушення бар'єрної функції слизової оболонки гастродуоденальної зони сприяє транслокації бактеріальних ендотоксинів у системний кровообіг та активації системної імунної відповіді. У пацієнтів із супутніми запальними захворюваннями нирок такі процеси можуть формувати патогенетичну вісь взаємодії між травною та сечовидільною системами. Складність імунозапальних механізмів зумовлює необхідність застосування сучасних методів аналізу біомедичних даних, зокрема алгоритмів машинного навчання, які дозволяють виявляти нелінійні взаємозв'язки між клінічними та лабораторними показниками та формувати прогностичні моделі перебігу захворювання.

Мета дослідження. Розробити інтегративну модель прогнозування гастро-ренальної осі запалення на основі аналізу імунних біомаркерів із використанням алгоритмів машинного навчання.

Матеріали та методи. Обстежено 30 пацієнтів із ерозивними ураженнями гастродуоденальної зони та ознаками хронічного запального процесу нирок. Оцінювали показники системної запальної відповіді: С-реактивний білок, інтерлейкін-6 та фактор некрозу пухлини альфа. Функціональний стан нирок визначали за рівнем креатиніну та швидкістю клубочкової фільтрації. Для аналізу взаємозв'язків між біомаркерами застосовано алгоритми

машинного навчання, зокрема логістичну регресію, Random Forest та Gradient Boosting. Оцінку прогностичної ефективності моделей проводили на основі показників точності класифікації.

Результати. У пацієнтів із ерозивними гастродуоденальними ураженнями відзначалося підвищення рівня С-реактивного білка до $9,6 \pm 2,4$ мг/л, що свідчило про активацію системної запальної відповіді. Концентрація інтерлейкіну-6 становила $7,8 \pm 1,9$ пг/мл та достовірно корелювала з рівнем С-реактивного білка ($r=0,64$; $p<0,01$). Рівень фактора некрозу пухлини альфа досягав $6,1 \pm 1,5$ пг/мл та мав помірний зв'язок із показниками ниркової функції, зокрема з рівнем креатиніну ($r=0,47$; $p<0,05$). У частини пацієнтів спостерігалось зниження швидкості клубочкової фільтрації до $72,4 \pm 10,6$ мл/хв/1,73 м², що супроводжувалося більш вираженою активацією прозапальних цитокінів. Порівняльний аналіз алгоритмів машинного навчання показав, що модель Random Forest продемонструвала найвищу прогностичну ефективність у визначенні пацієнтів із високою активністю системного запалення, з точністю класифікації 0,84.

Висновки. Отримані результати підтверджують існування взаємозв'язку між імунними маркерами системного запалення та показниками функціонального стану нирок у пацієнтів із гастродуоденальними ерозіями. Використання алгоритмів машинного навчання дозволяє інтегрувати лабораторні показники та формувати прогностичні моделі гастро-ренальної осі запалення, що відкриває перспективи для раннього виявлення системної імунної відповіді та персоналізованого підходу до ведення таких пацієнтів.

МНОЖИННІ ПОЛІПИ ШЛУНКА: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Шелковая А.В.

*Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна,
медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб
Харків, Україна*

Науковий керівник: Черкова Н.В., к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб

Актуальність. Поліпи шлунка (ПШ) є поширеною патологією, яка часто тривалий час перебігає безсимптомно та виявляється випадково під час ендоскопічного обстеження. Особливу клінічну значущість мають аденоматозні поліпи, оскільки вони мають високий ризик злоякісного переродження та можуть бути передраковим станом. Своєчасна діагностика, морфологічна верифікація та лікування поліпів шлунка є важливими для профілактики розвитку раку шлунка та його ускладнень.

Мета роботи. Визначення ендоскопічних і морфологічних критеріїв прогнозу поліпів шлунка, а також аналіз особливостей їх клінічного перебігу, діагностики та лікування для своєчасного виявлення можливого злоякісного переродження.

Матеріали та методи. Ретроспективно вивчені результати співставлення ендоскопічного та морфологічного досліджень у 67 пацієнтів, з них 41 (61.4 %) - жінки та 26 (38.6 %) - чоловіки. Для ендоскопічного дослідження гастродуоденальної ділянки у пацієнтів використовували фіброендоскопи GIF 20 та JF 20 (Olympus, Japan) та Pentax.

Результати. За класифікацією Jamada поліпи першого типу діагностовано у 33 (49%) хворих. Другий тип поліпів був діагностовано у 16 пацієнтів (24 %). Третій тип діагностовано у 13 пацієнтів (19 %) та четвертий тип - у 5 пацієнта (8 %). За локалізацією: в дистальному відділі поліпи виявлені у 46 хворих (68,4 %), в тілі - у 18 хворих (27,6 %), в проксимальному відділі у 3 хворих (4%) випадків. За кількісним показником: солітарні поліпи діагностовано в 13 %, множинні поліпи у 81 %, поліпоз шлунку у 6 % випадків. Мітотичний режим ПШ вивчено у 59 хворих в порівнянні з 65 хворими на рак шлунку та 53 практично здоровими особами. Вивчення каріотипу проведено

у 16 хворих на ПШ та у 29 хворих на рак шлунку. Найчастіші поліпи шлунка — гіперпластичні та аденоматозні.

Висновки. Малігнізація гіперпластичних поліпів шлунка є вкрай рідкісним явищем. За результатами комплексного дослідження гастробіоптатів злаякісна трансформація епітеліального компоненту у вигляді карциноми *in situ* була виявлена лише в одному випадку серед 67 обстежених пацієнтів. Аденоматозні поліпи, на відміну від гіперпластичних, характеризуються значно вищим потенціалом до малігнізації. Це зумовлено наявністю морфологічних ознак ентеролізації, гіперхроматозу ядер епітеліоцитів, патологічних мітозів, апоптозу та дисплазії різного ступеня. Виявлення гіпер- і гіподиплоїдних хромосом та клітин.

ЗАСОБИ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ НА ОСНОВІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ

Шепелєва М.М.¹, Ратушненко Д.В.²

*¹ Одеський національний університет імені І.І.Мечникова,
факультет математики, фізики та інформаційних технологій,
кафедра оптимального керування і економічної кібернетики,
Одеса, Україна;*

*² Одеський національний медичний університет,
медичний факультет, кафедра гігієни, медичної екології та
громадського здоров'я, Одеса, Україна*

Наукові керівники: Страхов Є.М., канд. фіз.-мат. наук, доцент;
Шанигін А.В., доктор філософії

Актуальність. Дефіцит заліза залишається однією з найпоширеніших причин анемічного синдрому, однак у значній частини пацієнтів виснаження запасів заліза тривалий час не супроводжується вираженим зниженням гемоглобіну, що ускладнює своєчасну діагностику. Особливі труднощі виникають при інтерпретації феритину за наявності запального компонента, оскільки він є не лише маркером депо заліза, а й білком гострої фази.

Мета роботи. Оцінити взаємозв'язок між показниками обміну заліза, показниками лабораторних аналізів крові та швидкістю

осідання еритроцитів для виявлення ранніх ознак залізодефіцитних станів і можливого маскування дефіциту заліза запаленням.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 1087 пацієнтів. Оцінювали феритин, сироваткове залізо, а також показники загального аналізу крові. Використано методи описової статистики, кореляційний аналіз, міжгрупове порівняння за критерієм Манна–Уїтні та аналіз медіан у підгрупах.

Результати. Дефіцит феритину (менше 30 нг/мл) виявлено у 43,0% пацієнтів, нормальні значення (30–150 нг/мл) — у 48,0%, підвищений рівень (понад 150 нг/мл) — у 9,0%. Розподіл феритину мав виражену правобічну асиметрію: середнє значення становило $64,0 \pm 116,7$ нг/мл, медіана — 35,3 нг/мл. Рівень гемоглобіну був більш стабільним і становив $129,7 \pm 14,2$ г/л. Ознаки анемії (при $Hb < 110$ г/л) встановлено у 68 осіб (6,26%), серед них легка анемія спостерігалася у 60 осіб (5,5%), середня — у 5 осіб (0,46%), тяжка — у 3 осіб (0,28%). Виявлено статистично значущий помірний позитивний зв'язок феритину з гемоглобіном ($r=0,45$), сироваткового заліза з гемоглобіном ($r=0,39$), а також зворотний зв'язок між коефіцієнтом гетерогенності еритроцитів і феритином ($r=-0,31$) та між коефіцієнтом гетерогенності еритроцитів і середнім їх об'ємом ($r=-0,47$). У пацієнтів із низьким феритином (<30 нг/мл) медіанний середній об'єм еритроцита був нижчим, ніж при нормальному феритині (30–150 нг/мл), 86,7 проти 89,0 фл; різниця статистично значуща ($p < 0,05$). Підвищення швидкості осідання еритроцитів асоціювалося з вищим медіанним рівнем феритину, 59,39 проти 33,77 нг/мл, при нижчому гемоглобіні, що вказує на можливе запалення.

Висновки. Досліджувана вибірка була гетерогенною за показниками обміну заліза та параметрами червоної крові. Розподіл феритину вказує на високу поширеність виснаження запасів заліза в досліджуваній групі, а також на існування підгрупи пацієнтів, у яких підвищення феритину, ймовірно, пов'язане із запальними або іншими метаболічними процесами. Встановлено, що латентний дефіцит заліза траплявся значно

частіше, ніж клінічно виражена анемія. Це підтверджує доцільність комплексної оцінки феритину, гемоглобіну, середнього об'єму еритроцита, коефіцієнта гетерогенності еритроцитів і швидкості осідання еритроцитів для ранньої діагностики залізодефіцитних станів. Рівень феритину слід інтерпретувати з урахуванням можливого впливу запального процесу.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД: НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ, КЛІНІЧНА КАРТИНА ТА СУЧАСНІ ДОКАЗОВІ СТРАТЕГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ Й ПРОФІЛАКТИКИ

Шеховцова А.О.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
медичний факультет, кафедра неврології, психіатрії, наркології
та медичної психології,*

Харків, Україна

Науковий керівник: Кабачна І.В. к. мед. н., доцент кафедри
неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) привертає значну увагу, оскільки є одним із найпоширеніших психічних наслідків тяжких травматичних подій. За результатами міжнародних епідеміологічних досліджень, приблизно 70% людей у світі протягом життя переживають принаймні одну потенційно травматичну подію, проте лише в 5,6% із них розвивається ПТСР. У країнах, що переживають війну, ці показники зростають до 15-30% серед постраждалого населення. В Україні значна частина населення стикається з потужними психотравмуючими факторами: бойовими діями, руйнуванням житла, втратою близьких, вимушеним переміщенням та постійним тривалим станом небезпеки. Відповідно, симптоми ПТСР спостерігаються приблизно у 20-30% населення, а в групах з найвищим ризиком ця частка складає 40-50% осіб, що в 5–10 разів перевищує середньосвітові показники мирного часу.

Мета роботи. Проаналізувати та систематизувати

нейробиологічні механізми, клінічну картину ПТСР та сучасні доказові стратегії його діагностики, лікування та профілактики.

Матеріали і методи. Проведено аналіз сучасних наукових джерел за останнє десятиріччя, клінічних рекомендацій, систематичних оглядів, мета-аналізу та результатів лабораторних досліджень пацієнтів із ознаками ПТСР.

Результати. Дослідження останніх 5 років показують, що ПТСР - це не просто емоційне перевантаження, а біологічно зумовлений розлад мозку і системи стресу, який пов'язаний із гіперактивністю мигдалини, недостатнім контролем префронтальної кори та зменшенням гіпокампу, що ускладнює гасіння страху та запам'ятовування контексту подій. Клінічно ПТСР проявляється чотирма кластерами: інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки, кошмари), уникнення, негативні зміни в когніції та настрої (провина, відчуження, втрата радості, апатія) і гіперактивація (дратівливість, гіперпильність, порушення сну, іноді сенсорні галюцинації). Діагностика спирається на тести DSM-5-TR (20 симптомів, критерії А-Н) та структуровані шкали CAPS-5 (клінічне інтерв'ю для встановлення діагнозу) і PCL-5 (опитувальник з 20 питань для самостійної оцінки тяжкості) з обов'язковою диференційною діагностикою від інших психічних розладів. Найефективнішими є травмофокусована психотерапія (Prolonged Exposure, Cognitive Processing Therapy, EMDR), які допомагають змінити реакцію мозку на травму; медикаменти (антидепресанти SSRI, SNRI, що впливають на рівень серотоніну та норадреналіну, празозин від кошмарів) використовують як підтримку. Немедикаментозні підходи включають психоедукацію, соціальну підтримку, ранні втручання для груп ризику та телемедичну допомогу.

Висновки. ПТСР показує, як травма змінює стан функцій мозку та емоції, формуючи симптоми, а їх рання діагностика разом з психотерапією, медикаментозною та соціальною підтримкою допомагає відновити контроль над життям пацієнта, поступово покращуючи його якість.

ВАКЦИНАЦІЯ ПРОТИ ВІРУСУ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ У ЧОЛОВІКІВ: ОБҐРУНТУВАННЯ, ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ОНКОПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ

Шопінська Є.В.

*Харківський національний університет імені В. Н.
Каразіна, медичний факультет, кафедра інфекційних хвороб та
клінічної імунології,
Харків, Україна*

Науковий керівник: Кадигроб І. В., к. мед.н., доцент

Актуальність. Вірус папіломи людини (ВПЛ) є найпоширенішою інфекцією, що передається статевим шляхом, і спричиняє злоякісні пухлини не лише у жінок, але й у чоловіків. ВПЛ-асоційовані захворювання у чоловіків охоплюють рак анусу, статевого члена, орофарингеальної зони, голови та шиї. Захворюваність на ВПЛ-позитивний орофарингеальний рак серед чоловіків невпинно зростає впродовж останніх десятиліть. Незважаючи на це, вакцинація чоловіків проти ВПЛ у більшості національних програм імунізації впроваджена значно пізніше або не впроваджена взагалі, а рівень охоплення щепленням у цій групі залишається недостатнім.

Мета роботи. Систематизувати сучасні наукові дані щодо ефективності, безпечності та онкопрофілактичного потенціалу вакцин проти ВПЛ у чоловіків та обґрунтувати доцільність включення чоловіків до програм гендерно-нейтральної вакцинації.

Матеріали та методи. Використано метод систематичного аналізу наукових публікацій із баз PubMed/MEDLINE, Scopus та ScienceDirect за 2019–2025 рр., що висвітлюють ефективність вакцин проти ВПЛ у чоловіків та онкопрофілактичний потенціал гендерно-нейтральних програм вакцинації.

Результати. ВПЛ передається між статевими партнерами незалежно від статі. Чоловіки значно частіше є безсимптомними носіями інфекції та передають її партнерам, самі не маючи жодних клінічних проявів – так формується феномен «мовчазного резервуара», що унеможливує своєчасне виявлення без цілеспрямованого обстеження. Нові дані свідчать

про виявлення ВПЛ у сперматозоїдах і сперматозоїдній рідині, що може негативно впливати на рухливість сперматозоїдів і знижувати фертильність при персистуючій інфекції. Зростання захворюваності на ВПЛ-позитивний орофарингеальний рак, пов'язане з передачею вірусу статевим шляхом, свідчить про те, що чоловіки репродуктивного віку є новою групою ризику, що кардинально змінює уявлення про ВПЛ як суто «жіночу» проблему. Сукупність цих даних підкреслює, що вакцинація лише жінок не усуває резервуар інфекції в популяції, а включення чоловіків до програм імунізації є необхідною умовою ефективного популяційного захисту. Клінічні дослідження підтвердили, що вакцини проти ВПЛ у чоловіків є імуногенними та ефективно запобігають гострокінцевим кондиломам, передраковим ураженням анальної зони та персистуючій інфекції. В Україні найпоширенішими вакцинами є Гардасил-9 та Церварикс, що охоплюють типи ВПЛ, відповідальні за більшість злоякісних пухлин, і схвалені для застосування у чоловіків віком 9–45 років. Оптимальний вік вакцинації – 9–14 років до початку статевого життя із застосуванням дводозової схеми.

Висновки. Вакцинація проти ВПЛ у чоловіків є ефективним, безпечним та науково обґрунтованим заходом первинної профілактики широкого спектра ВПЛ-асоційованих злоякісних пухлин і генітальних захворювань. Включення чоловіків до національних програм імунізації є необхідною умовою ефективної онкопрофілактики на популяційному рівні та відповідає сучасним рекомендаціям провідних міжнародних організацій охорони здоров'я.

ВПЛИВ ПОСТКОНТУЗІЙНИХ УШКОДЖЕНЬ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВИХ

Щербакова А.В

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Міністерства освіти і науки України,

кафедра Неврології, психіатрії, наркології та медичної

психології медичного факультету Харківського

національного університету ім В. Н. Каразіна

Харків, Україна

Комунальне некомерційне підприємство

"Міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної медичної допомоги ім . проф . О .І . Мещанінова" Харківської міської ради,

Харків, Україна

Науковий керівник: Кабачна І. В., к. мед. н., доцент кафедри

Неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Актуальність. Постконтузійні ушкодження є поширеною проблемою серед військовослужбовців, особливо після вибухової травми. Вони призводять до порушень нервово-психічної стійкості (НПС), що проявляються зниженням стресостійкості, емоційною лабільністю, підвищеною тривожністю, імпульсивністю та дратівливістю. Такі порушення можуть підвищувати ризик нервово-психічних зривів та знижувати професійну надійність військових, тому оцінка НПС та розробка методів корекції є актуальною клінічною проблемою.

Матеріали роботи. Обстежено 2 групи (n=50): Група 1 (n=25): військові чоловіки 25-40 років з постконтузійними ушкодженнями. Група 2 (n=25): контрольна група, цивільні чоловіки 20-40 років. Усі учасники підписали добровільну інформовану згоду. Використано методику «Прогноз» В.А. Бодрова для оцінки рівня нервово-психічної стійкості.

Мета та методи. Оцінити рівень нервово-психічної стійкості у військових після вибухової травми та визначити її клінічне значення. Методи: Клінічне обстеження військових та контрольної групи. Психометрична оцінка НПС за методикою «Прогноз». Аналіз клінічних проявів: стресостійкість, емоційна

лабільність,	тривожність,	імпульсивність.	Оцінка
патогенетичних	механізмів:		дисфункція
префронтально-лімбічної	системи,		гіперактивація
мигдалеподібного	комплексу,		дисрегуляція
гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи			

Результати. 96% військових належали до 3 - 4 групи НПС, що свідчить про: зниження стресостійкості, емоційну лабільність, підвищену тривожність, імпульсивність та дратівливість. Встановлено підвищений ризик нервово-психічних зривів та зниження професійної надійності. НПС визначено як інтегральний показник адаптаційних можливостей організму після контузії. Корекція та лікування: Фармакотерапія - SNRI (венлафаксин 75-150 мг/добу) - підвищення серотонінергічної та норадренергічної нейротрансмісії, зменшення тривожно-афективної симптоматики. Ламотриджин (до 100 мг/добу, титрація) - нормалізація корково-підкоркових зв'язків, зниження глутамат-опосередкованої гіперактивності. Кветіапін 25 мг на ніч. Психотерапія: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), тренінги емоційної регуляції, робота з тригерами та стресовими реакціями. Нейрореабілітаційні заходи: аеробні навантаження 3-4 рази/тиждень, нормалізація циркадного ритму, дихальні техніки.

Висновки. Постконтузійні ушкодження призводять до значного зниження нервово-психічної стійкості у військових, що проявляється емоційною лабільністю, підвищеною тривожністю та імпульсивністю. НПС є важливим інтегральним показником адаптаційних можливостей організму після контузії та визначає ризик професійної недостатності та нервово-психічних зривів. Ефективна корекція потребує комплексного, мультидисциплінарного підходу, включаючи фармакотерапію, КПТ та нейрореабілітаційні заходи.

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ

Тези доповідей
XXIII Міжнародної наукової конференції студентів,
молодих вчених та спеціалістів

(16-17 квітня 2026 року, м. Харків, Україна)

Українською та англійською мовами

Відповідальний за випуск: *М. С. Матвєєнко*

Дизайн обкладинки: *О. С. Чумак*

Комп'ютерне верстання: *Є. В. Шопінська, С. К. Архипенко*

Підписано до розповсюдження 30.03.2026 р. Формат 60х84/16.

Папір офсетний. Друк цифровий.

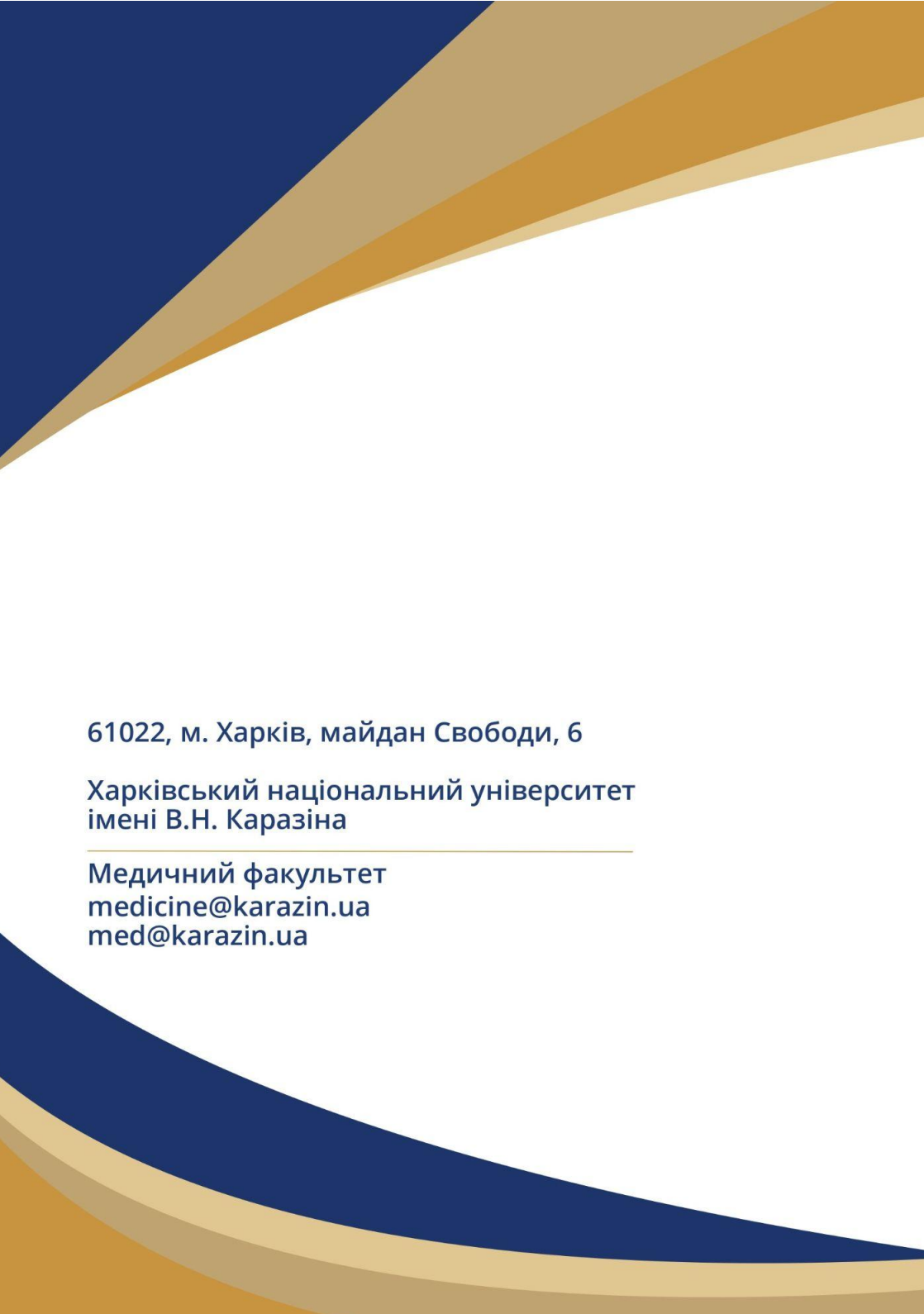
Обл.-вид. арк. 13,16. Ум. друк. арк. 10,52.

Наклад 100 пр. Зам. № 133/2026.

Видавець і виготовлювач

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
м. Харків, 61022, майдан Свободи, 4.

Свідцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009 р.



61022, м. Харків, майдан Свободи, 6

Харківський національний університет
імені В.Н. Каразіна

Медичний факультет
medicine@karazin.ua
med@karazin.ua