



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал
30 вересень 2021

Одеса
2021

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

30 вересень 2021

Виходить тричі на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.
Верстка-дизайн – Калабухова С. Ю.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих у журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.
Засновник журналу: ГО «Південна фундація медицини»

© ГО «Південна фундація медицини», 2021
© Автори наукових статей, 2021
© Оформлення Ткаченко М. С., 2021

ЗМІСТ

Білогорцева О. І., Доценко Я. І., Сіваченко О. Є., Ареф'єва Л. В. МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З ЛАТЕНТНОЮ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ.....	4
Вацеба М. О., Галюк Н. М., Налужна Т. В., Гавриш І. М., Романуха В. В. ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА АРТЕРІАЛЬНА ЖОРСТКІСТЬ – КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОЖИРІННЯМ ТА ПОДАГРОЮ.....	8
Величко О. М., Бельська Л. М., Лісяний А. О., Станецька Д. М. КОРЕКЦІЯ ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У ЩУРІВ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЧИННИКАМИ, ЯКІ ОТРИМАНІ ІЗ ЕМБРІОНАЛЬНИХ КЛІТИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ.....	13
Горішний І. М. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ У ДІТЕЙ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ.....	18
Дзевульская И. В., Маликов А. В. АНАТОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ Н. И. ПИРОГОВА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ КЛИНИКИ.....	21
Дульцева Н. А., Мадич С. Є., Шурко Н. О., Даниш Т. В., Даниш О. Й. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ОДЕРЖАННЯ ФАКТОРІВ ПРОТРОМБІНОВОГО КОМПЛЕКСУ З ПЛАЗМИ КРОВІ.....	25
Ключникова А. І. ПОРУШЕННЯ ЦИТОТОКСИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СПЛЕНОЦИТІВ У ЩУРІВ ПРИ ЧМТ.....	30
Коваленко Т. И., Сиротников Д. Р. ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ.....	34
Марчук О. Ф., Антонюк О. П., Марчук Ю. Ф., Андрійчук Д. Р., Марчук В. Ф. ОСОБЛИВОСТІ ГІСТОЛОГІЧНОЇ БУДОВИ МАТКОВИХ ТРУБ У ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ.....	38
Несен А. О., Шкапо В. Л., Валентинова І. А. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ АЛЬДОСТЕРОМИ У ХВОРОГО ІЗ ПОЛКІСТОЗОМ НИРОК.....	44
Пасічник О. В., Коноплицький В. С., Коробко Ю. Є. МЕТОДОЛОГІЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ ПІГМЕНТНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ У ДІТЕЙ.....	49
Романуха В. В. ПОГЛИБЛЕНЕ ВИВЧЕННЯ АКТУАЛЬНОСТІ ТЕМИ ЗАНЯТТЯ ЯК СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ У НАВЧАННІ.....	55
Руснак В. Ф. ОСОБЛИВОСТІ ОНТОГЕНЕЗУ КАПСУЛИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА ТА ЇЇ СИНОВІАЛЬНИХ УТВОРЕНЬ.....	57
Саліонов В. О., Фурик О. О. ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СИРОВАТКИ КРОВІ КОНЕЙ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАТРІЙ 2-((4-МЕТИЛ-5-(2-ТІЄНІЛ)-4Н-1,2,4-ТІАЗОЛ-3-ІЛ)ТІО)АЦЕТАТУ.....	60
Сикал І. М., Снопкова Л. В., Ольховська В. М., Сикал О. О. ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ КОКСАРТРОЗІ.....	63
Смілянська М. В., Кашпур Н. В., Большакова Г. М. КОІНФЕКЦІЯ ГЕРПЕСВІРУСІВ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ.....	66
Ткаченко І. В., Антоненко А. М., Омельчук С. Т., Бардов В. Г. ГПІЄНІЧНА ОЦІНКА БЕЗПЕЧНОСТІ ПОВІТРЯНОГО СЕРЕДОВИЩА ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ІНСЕКТИЦИДУ ОБЕРОН РАПІД 240 SC, КС НА ОСНОВІ НОВОЇ СПОЛУКИ – СПІРОМЕЗІФЕНУ ТА ПРЕДСТАВНИКА АВЕРМЕКТИНІВ – АБЕМЕКТИНУ.....	70

Пасічник О. В.

аспірант кафедри дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

Коноплицький В. С.

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

Коробко Ю. С.

аспірант кафедри дитячої хірургії

Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова

МЕТОДОЛОГІЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ ПІГМЕНТНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ШКІРИ У ДІТЕЙ

Анотація: Стаття присвячена новій методиці оперативного видалення пігментних невусів шкіри, яка володіє певними перевагами перед традиційними підходами: можливість безпосереднього мікроскопічного контролю різних шарів тканин латеральної/медіальної сторін та дна операційної рани на будь-якому етапі оперативного втручання, що попереджує виникнення рецидивів (продовженого росту) патологічних пігментних новоутворень; застосування мікрографічних принципів в повношаровому клапті шкіри сприяє швидкому загоєнню рани та мінімальному ризику інфікування; еліпсоподібна форма та колбоподібний профіль операційної рани сприяють отриманню найкращого косметичного результату, який пов'язаний із невеликим за розмірами післяопераційним дефектом м'яких тканин.

Аннотация: Статья посвящена новой методике оперативного удаления пигментных невусов кожи, которая обладает определенными преимуществами перед традиционными подходами: возможность непосредственного микроскопического контроля различных слоев тканей латеральной/медиальной сторон и дна операционной раны на любом этапе оперативного вмешательства, предупреждает возникновение рецидивов (продолженного роста) патологических пигментных новообразований; применение микрографических принципов в полношаровом лоскуты кожи способствует быстрому заживлению раны и минимальном риске инфицирования эллипсоидная форма и колбообразные профиль операционной раны способствуют получению лучшего косметического результата, который связан с небольшим по размерам послеоперационным дефектом мягких тканей.

Summary: The article is devoted to a new method of surgical removal of pigmented skin nevi, which has certain advantages over traditional approaches: the possibility of direct microscopic control of different tissue layers of the lateral/medial sides and the bottom of the surgical wound at any stage of surgery to prevent recurrence (prolonged growth) neoplasms; the application of micrographic principles in a full layer of skin promotes rapid wound healing and minimal risk of infection; the elliptical shape and the bulbous profile of the surgical wound contribute to the best cosmetic result, which is associated with a small postoperative soft tissue defect.

Сучасні вітчизняні та закордонні наукові джерела інформації засвідчують, що дискусійними залишаються питання щодо способу та техніки видалення пігментних новоутворень шкіри (ПНШ), особливо у пацієнтів дитячого віку [1]. Крім того, деякі дослідники, на основі детального морфологічного вивчення ексцизійних біоптатів, зазначають високий відсоток визначасності диспластичних невусів з важкою меланоцитарною дисплазією, які супроводжується схильністю до рецидивів патології та ранньою малігнізацією, що має визначальне значення саме в дитячому віці, за умов переважання вродженого генезу ПНШ [2; 3; 4].

На сьогоднішній день, з метою висічення ПНШ, традиційно широко застосовують механічний (скальпель) спосіб із різними відступами від візуально визначасмої межі новоутворення [5; 6].

Але така, геометрично невизначена, методологія не може в повній мірі задовільнити сучасних клініцистів через значну кількість незадовільних косметичних, онкологічних, психо-соматичних та інших незадовільних наслідків лікування в післяопераційному періоді, які погіршують якість життя пацієнтів.

Мета – покращити якість життя дітей з пігментними новоутвореннями шкіри в післяопераційному

періоді шляхом оптимізації методики хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Методи променеві/хвильові використовувались нами обмежено, тільки при множинних та іноді невеликих за розмірами (до 5,0 мм) ПНШ. При цьому, результати, які б нас задовольняли не отримані, так як при висіченні ПН під впливом фізичних факторів на всій площі їх впливу утворювалась рубцева тканина, часто із гіпо- або гіперпигментацією. Тому результати даних методів лікування нами не розглядалися у порівняльній оцінці із наслідками впливу механічного (скальпель) методу. В даному дослідженні узагальненні результати лікування 100 хлопчиків та дівчат із ПНШ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова в період з 2015 по 2020 рр.

Оцінка якості життя пацієнтів з ПНШ відбувалась за модифікованою психометричною шкалою вимушеного вибору оцінок – шкала Р. Лейкерта (R. Likert scale, 1932), яка використовується при медико-соціологічних дослідженнях за необхідності вимірювання думки респондентів про ступінь своєї згоди/незгоди або відношення їх до проблеми. Для високої правдивості відповідей в групу дослідження були включені пацієнти ретро-

спективного (n=50) у яких механічне видалення новоутворень відбувалось традиційними методами та проспективного (n=50), у яких висічення проводилось шляхом запропонованого способу, періодів віком від 10 до 18 років та їх батьків, що давало змогу повністю осмислити поставлені перед ними завдання.

Обговорення. Враховуючи отримані власні дані та раціональні принципи мікрографічної хірургії нами розроблена методика видалення ПНШ

схема якої, на основі клінічного прикладу, представлена нижче (рис. 1).

Клінічний приклад. Хворий Г., вік 15 років, МКСХ № 8060, госпіталізований до хірургічного стаціонару з діагнозом: Пігментний невус поперекової ділянки із травмуванням. Після передопераційної підготовки, під загальним знеболенням пацієнту проведено оперативне втручання (протокол операції № 414) (рис. 2): радикальне видалення пігментного невуса шкіри.

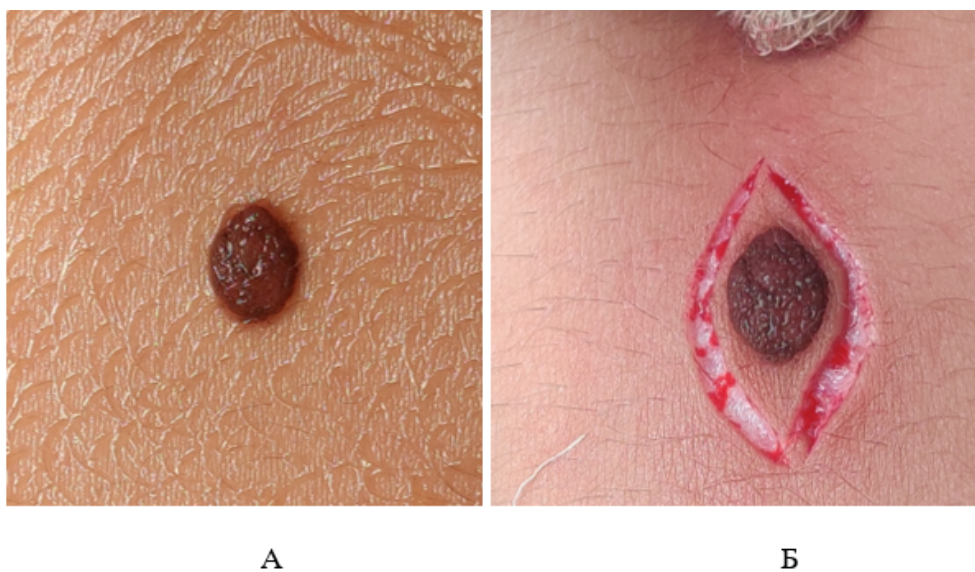


Рис. 1. Хворий Г, вік 15 років, МКСХ № 8060. Діагноз: Пігментний невус поперекової ділянки із травмуванням. А – загальний вигляд пігментного новоутворення; Б – виконання облямовуючого розрізу навколо МН у візуально визначених межах здорової шкіри

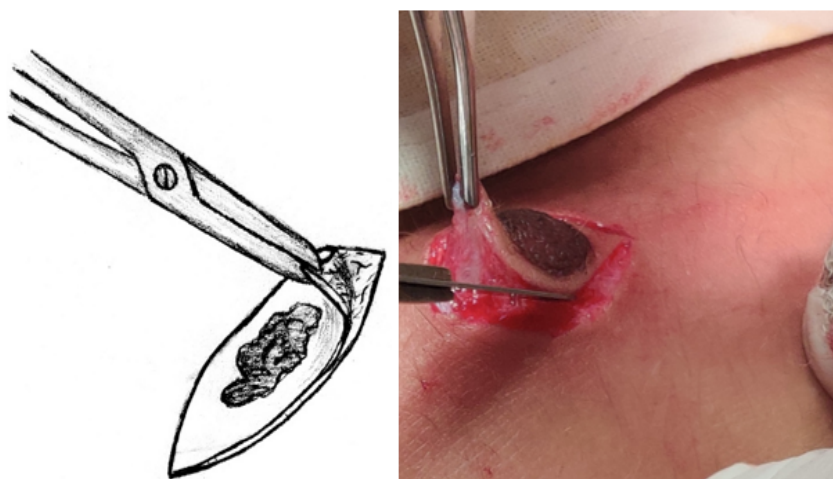
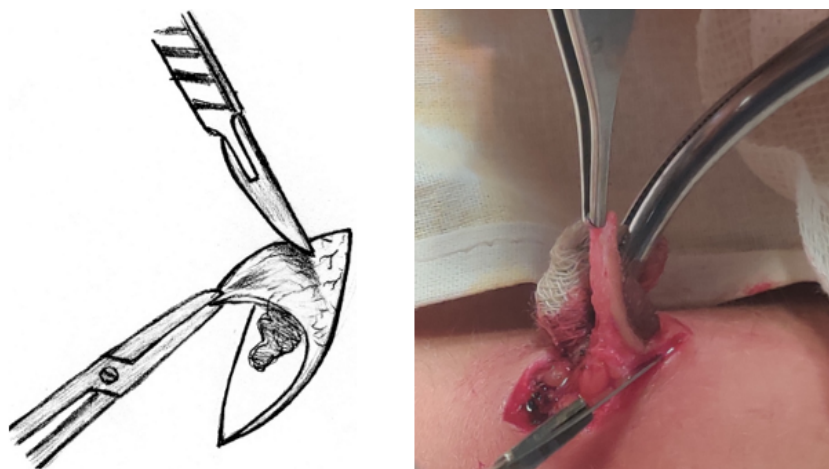


Рис. 2. Хворий Г, вік 15 років, МКСХ № 8060. Діагноз: Пігментний невус поперекової ділянки із травмуванням. Початок висічення повношарового шкірного біоптату від одного із його кутів



**Рис. 3. Хворий Г, вік 15 років, МКСХ № 8060.
Діагноз: Пігментний невус поперекової ділянки із травмуванням.
Продовження висічення повношарового шкірного біоптату
нижче рівня базальної мембрани**

Облямовуючий розріз, на даному етапі, виконується до рівня базальної мембрани епідермісу (локалізації меланоцитів, які знаходяться в базальному шарі) глибиною до 1,0 мм. Про достатню глибину розрізу свідчить поява «кров'янистої роси», так як безпосередньо сам епідерміс не містить кровоносних судин, а його харчування відбувається за рахунок дерми через базальну мембрану.

В подальшому, починаючи від одного з кутів біоптату, який підіймається затискачем догори, у напрямку до зовнішніх (латеральних) країв рани під постійним натягом медіальної частини об'єкту лезом скальпеля, під нахилом $\approx 30^\circ$.

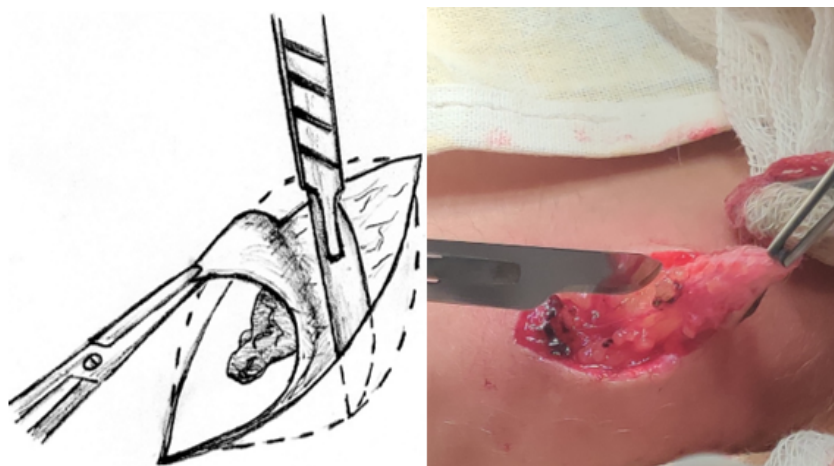
Під постійною тракцією догори об'єкту який підлягає видаленню (біоптату), враховуючи при-

родну хвилеподібну складчастість профілю базальної мембрани, продовжують виділення повношарового клаптя згідно до наміченого шляху розрізу, нижче рівня базальної мембрани, із підшкірно-жирової клітковини. Кут леза скальпеля по відношенню до рівня шкіри зберігає нахил $\approx 30^\circ$ (рис. 3).

На заключному етапі оперативного втручання, повношарове пасмо-біоптат висікається одним блоком, обов'язково разом із підшкірно-жировим прошарком безпосередньо до рівня поверхневої фасції (рис. 4).

Схема та загальний вигляд післяопераційної рани представлений на рис. 5.

Післяопераційна рана зажила первинним натягом. При огляді пацієнта через 6 місяців після



**Рис. 4. Хворий Г, вік 15 років, МКСХ № 8060.
Діагноз: Пігментний невус поперекової ділянки із травмуванням.
Заклучний етап видалення – повношарового пасма-біоптату
на рівні поверхневої фасції**

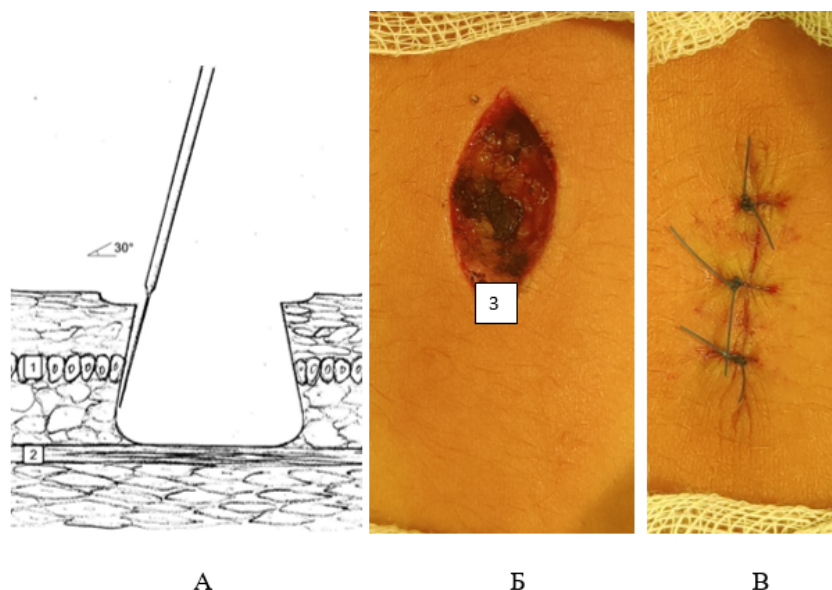


Рис. 5. Хворий Г, вік 15 років, МКСХ № 8060.
Діагноз: Пігментний невус поперекової ділянки із травмуванням.
А – схема глибини та профілю післяопераційної рани;
1 – базальний шар епідермісу, 2 – поверхнева фасція; Б – зовнішній
вигляд післяопераційної рани після видалення ПНШ та гемостазу;
В – зовнішній вигляд післяопераційної рани після накладання швів
(відсутність ознак натягу країв шкіри). 3 – кут рани, з якого
починалось висічення об’єкту

оперативного втручання післяопераційний рубець м’який, еластичний, без ознак келоїдної/гіпертрофічної трансформації. Ознаки рецидиву патологічного процесу відсутні.

Оцінка набутих параметрів якості життя дітей мала структури опитувальника з наступними параметрами:

1) фізичний – відсутність обмежень під час рухливих ігор, заняттях спортом. Повна активність та рухливість дитини.

2) психологічний – суб’єктивний стан дитини, який в послідуочому може призвести до формування патологічних комплексів та стійкому призначуванню до відчуття неповноцінності. Відновлення вікового до свого образу тіла, який нічим не відрізняється від оточуючих однолітків, контакту

з ними і в тому числі із незнайомими та малознайомими дітьми. Погіршення сну.

3) соціальний – оцінюється контактність дитини з навколишнім соціальним оточенням, особливо з людьми які звикли до патологічного стану пацієнта. Комунікабельність в сім’ї з точки зору активності сприйняття життя в оточенні найближчих членів родини, слухняність, чуйність та потяг до надання допомоги/взаємодопомоги на побутовому рівні.

4) функціональний – біль/контрактура внаслідок вади або через оперативне втручання, що обмежує рухливість і перешкоджає функціонуванню дитини в звичному, притаманному даному віку режимі та завдає фізичних страждань у вигляді болювого відчуття.

Таблиця 1

Загальний вигляд опитувальника

Параметри ствердження	Ступінь згоди респондентів				
	Повністю згоден	Згоден	Відповідь утруднена	Не згоден	Повністю не згоден
	5 балів	4 бали	3 бали	2 бали	1 бал
Бальна оцінка					
Фізичний параметр					
Психологічний параметр					
Соціальний параметр					
Функціональний параметр					
Параметр повсякденної активності					

5) повсякденної активності – швидка втомлюваність у повсякденному житті, психо-емоційна в сукупності із фізичною.

Всі параметри ствердження, які застосовувались нами в опитувальнику для оцінки якості життя, визначались пацієнтами за участю їх батьків, які пояснювали їм значення питань що запропоновані до розгляду, з метою підвищення об'єктивності відповідей.

Розмірність кожного із запропонованих параметрів визначались за 5-ти бальною шкалою. Таким чином, максимальна сума балів параметрів опитувальника за одним із ступенів згоди респондентів може складати 25 балів, що відповідає здоровій дитині, у якій відсутні будь-які обмеження як у фізичному, так і у психічному аспектах. Мінімальна кількість балів відповідно теоретично може дорівнювати 0, що відповідає важкому стану пацієнта, який знаходиться на стаціонарному лікуванні та/або має інвалідність. За умов стверджувальної відповіді визначали середньоарифметичний показник параметру ствердження (табл. 1).

Порівняльний аналіз даних анкетування відбувався на двох етапах в кожній з груп дослідження: I етап – до операції, при госпіталізації на стаціонарне лікування; II етап – через 1 рік після проведеного хірургічного лікування.

Для більшої об'єктивності оцінки опитувань, серед всіх дітей обох груп порівняння до анкетування були залучені пацієнти з наявністю ПНШ середніх та великих розмірів із локалізацією в косметично і функціонально значимих зонах: лице, волосиста частина голови, шия, кінцівки.

З метою статистичної достовірності та цифрового підтвердження, кожний параметр ствердження розраховували у вигляді середньої суми

кількості балів серед всіх дітей на кожному етапі дослідження (табл. 2).

Відповідно до проведеного аналізу результатів опитування пацієнтів ретроспективної та проспективної груп порівняння зроблений висновок про те, що первинний рівень оцінки якості життя у дітей обох груп при госпіталізації на стаціонарне лікування з приводу ПНШ мали практично однакові середні сумарні величини, відповідно $3,08 \pm 0,06$ бали проти $3,1 \pm 0,05$, ($p > 0,05$), що свідчить про достатню співставимість результатів (табл. 3).

Середні величини показників, які були отримані внаслідок анкетування у пацієнтів обох груп порівняння на час їх госпіталізації засвідчили, що мінімальна кількість балів була притаманна психологічному, соціальному та функціональному параметрам ствердження. Це засвідчує той факт, що ПНШ загалом викликають у дітей старшої групи постійний пригнічений стан із розвитком патологічних комплексів та відчуття своєї неповноцінності в оточуючому середовищі, зниження контакту та комунікативної активності з однолітками та соціумом, які призводять до зниження порогу вікової функціональної активності та формування фізичних страждань і відповідно порушенню соціальної адаптації.

Наступним за кількістю балів в зазначених групах був фізичний параметр ствердження, середня оцінка якого в середньому дорівнювала $3,1 \pm 0,28$ бали. На нашу думку, така його величина серед дітей даної вікової групи засвідчує збережену на досить високому рівні у пацієнтів відсутність обмежень в рухливості та активності.

Максимальною, в середньому $3,3 \pm 0,21$ бали, була оцінка параметру повсякденної активності, яка засвідчує досить невиразну наявність по-

Таблиця 2

Порівняльна характеристика середніх величин параметрів ствердження в обох групах порівняння

Параметри ствердження	Ретроспективний період (n=50)		Проспективний період (n=50)		p*
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	
Фізичний параметр	$3,1 \pm 0,28$	$3,8 \pm 0,15$	$3,1 \pm 0,28$	$4,5 \pm 0,17$	<0,05
Психологічний параметр	$3,0 \pm 0,21$	$4,0 \pm 0,21$	$3,1 \pm 0,25$	$4,8 \pm 0,13$	<0,05
Соціальний параметр	$3,0 \pm 0,26$	$3,8 \pm 0,20$	$3,0 \pm 0,26$	$4,7 \pm 0,15$	<0,05
Функціональний параметр	$3,0 \pm 0,21$	$4,2 \pm 0,12$	$3,0 \pm 0,21$	$4,8 \pm 0,13$	<0,05
Параметр повсякденної активності	$3,3 \pm 0,21$	$4,4 \pm 0,12$	$3,3 \pm 0,21$	$4,9 \pm 0,10$	<0,05

* – достовірна відмінність між величинами параметрів ствердження в групах порівняння після лікування.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика середніх сумарних величин параметрів ствердження в обох групах порівняння

Періоди порівняння	Ретроспективний період (n=50)		Проспективний період (n=50)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Середня сумарна величина параметрів ствердження, (бали)	$3,08 \pm 0,06$	$4,04 \pm 0,12$	$3,1 \pm 0,05$	$4,74 \pm 0,07$
p	<0,05		<0,05	

всьякденної емоційної та фізичної втомлюваності у пацієнтів із ПНШ.

При опитуванні пацієнтів через 1 рік після оперативного лікування в обох групах порівняння нами отримані більш високі бали за всіма показниками параметрів ствердження. Особливо значимими, в групі ретроспективного порівняння, підвищення показників відмічалось серед психологічних, функціональних та параметром повсякденної активності, які в середньому досягали та перевищували 4,0 бали, але були далекими від норми в 5,0 балів. Дана динаміка величин зазначених параметрів ствердження показує, що вони в першу чергу схильні до нормалізації в післяопераційному періоді. Також спостерігалось збільшення кількості балів і за іншими параметрами ствердження а саме за фізичним та соціальним.

Це свідчить про те, що проведені операції призводять в першу чергу до покращення психологічного благополуччя та соціальної адаптації пацієнтів, що в цілому покращує якість життя.

При анкетуванні пацієнтів проспективної групи дослідження через 1 рік після закінчення хірургічного лікування всі показники параметрів ствердження мали стійку тенденцію до наближення їх середніх величин до норми. Підвищення рівня середніх балів всіх параметрів ствердження у пацієнтів з ПНШ, хірургічне лікування яких проводилось за запропонованою нами методологією, переконливо засвідчує факт підвищення якості життя дітей за всіма його чинниками.

При визначенні ефективності проведеного лікування, як головного фактору впливу на результат якості життя пацієнтів, нами проведено обчислення середніх сумарних величин параметрів ствердження по кожній групі порівняння. Проведений порівняльний аналіз середніх сумарних величин параметрів ствердження у пацієнтів з ПНШ через 1 рік після проведеного хірургічного лікування засвідчив їх переважання у дітей проспективної

групи над чинниками якості життя в ретроспективній групі, відповідно $4,74 \pm 0,07$ балів проти $4,04 \pm 0,12$ балів, ($p < 0,05$).

Висновки. Слід зазначити, що запропонована методика оперативного видалення ПНШ, на основі почергових етапів проведення хірургічного втручання, володіє певними перевагами перед традиційними підходами: можливість безпосереднього мікроскопічного контролю різних шарів тканин латеральної/медіальної сторін та дна операційної рани на будь якому етапі оперативного втручання, що гарантує попереджує виникнення рецидивів (продовженого росту) патологічних пігментних новоутворень; застосування мікрографічних принципів в повношаровому клапті шкіри сприяє швидкому загоєнню рани та мінімальному ризику інфікування; еліпсоподібна форма та колбо подібний профіль операційної рани сприяють отриманню найкращого косметичного результату, який пов'язаний із невеликим за розмірами післяопераційним дефектом м'яких тканин.

Проведена порівняльна оцінка впливу методології лікування на якість життя пацієнтів з ПНШ шляхом анкетування динаміки його різних аспектів, свідчить, що вроджені ПН свідомо розцінюються дітьми та їхніми батьками не тільки в якості певного косметичного дефекту, але і як важливий чинник психічного благополуччя та соціальної адаптації, що завдячуючи хірургічному лікуванню мають швидку тенденцію до нормалізації вже до кінця 1-го року після оперативного втручання. При цьому, очевидним є той факт, що безпосереднє само хірургічне лікування, незалежно від його методики, не надає негативного впливу на якість життя пацієнтів. Кількість проаналізованих анкет статистично достовірно свідчить про переваги запропонованої методології хірургічного лікування пігментних новоутворень перед традиційним способом оперативного втручання, а саме покращення якості життя пацієнтів в 1,17 рази або на 14,5%.

ЛІТЕРАТУРА:

1. В. С. Коноплицький, О. В. Пасічник, О. О. Калінчук, Д. В. Коноплицький, Р. В. Шавлюк Застосування методу балонної дермотензії в лікуванні уроджених гігантських пігментних невусів у дітей. *Шпитальна хірургія*. 2020. № 1. С. 142 – 147.
2. Артемьева Н.Г., Романова О.А. Эксцизионная биопсия диспластического невуса в условиях районной поликлиники – путь к раннему выявлению меланомы кожи. *Амбулаторная хирургия*. 2020;(304):66-72.
3. Эберт М.А., Гафтон Г.И., Зиновьев Г.В., гафтон И.Г. Современный взгляд на диагностику меланомы кожи. *Вопросы онкологии*. 2019;65(5):638-644.
4. Диспластический невус. Усатине Р.П., Смит М.А., Мэйе Э. Дж., Шамли Х., Тайсингер Дж. Атлас-справочник практикующего врача. Дерматология. М.: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний; 2012. 536 с.
5. Червоная Л.В. Пигментные опухоли кожи. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 81 с.
6. Reddy K.K., Farber M.J., Bhavan J., Geronemus R.G., Rogers G.S. Atypical (dysplastic) nevi. Outcomes of surgical excision and association with melanoma. *JAMA Dermatol*. 2013;149(8):924-934.