



Міністерство охорони здоров'я України  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Студентське наукове товариство  
Рада молодих вчених




# МАТЕРІАЛИ MATERIALS

**XX Наукової конференції студентів та молодих  
вчених з міжнародною участю  
«Перший крок в науку - 2023»**

**XXth Scientific students and young scientists  
conference with international participation  
«First step to science – 2023»**

 21 - 22.04.2023

 Вінниця, Україна  
Vinnytsya, Ukraine

 [snt@vnmu.edu.ua](mailto:snt@vnmu.edu.ua)

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**  
**Студентське наукове товариство**  
**Рада молодих вчених**

**МАТЕРІАЛИ**

**XX Наукової конференції студентів та молодих вчених з**  
**міжнародною участю**  
**«Перший крок в науку — 2023»**

**21-22 квітня 2023 року, м. Вінниця**

УДК: 005.745:001"2023"

**Головний редактор** – в. о. ректора ЗВО, проф. В.В. Петрушенко

**Заступники головного редактора** – проф. О. В. Власенко, проф. Н. І. Волощук.

**Відповідальні секретарі** – Д.О. Пермінов, Н. М. Назарчук.

**Члени редакційної колегії:** О. М. Плавков, К. С. Бурдейна, В. В. Килимчук, К. О. Кошова, Н.О. Кречківська, В. П. Левківська, А. М. Ошарова, С. С. Ткачук, К. О. Парамуда, Я.О. Тісовська, С. А. Чайкун

*У збірнику розміщені матеріали XX Наукової конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Перший крок в науку – 2023»*

***За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори***

р. Васвари опублікував модифікацію, яка розширила початкову класифікацію Хінчі, додавши легкий перебіг дивертикульозу та розмежувавши обмежене параколичне запалення від параколичного абсцесу. У цьому ж році Келер опублікував клінічну класифікацію, яка диференціювала симптоматичний неускладнений перебіг та рецидивуючий перебіг з ускладненнями. З 1998 р. у німецькій літературі використовувалась класифікація Хансена-Сток, яка враховувала безсимптомний дивертикульоз, а також ускладнений дивертикуліт на різних стадіях в залежності від ступеня ускладнень. Інша німецька класифікація, запропонована Зівертом (1995 р.), мала схожі розмежування ускладненого перебігу захворювання. Запровадження КТ як методу візуалізації дивертикулярних захворювань призвело до зміни першочергової класифікації Хінчі. В 1997 р. Шер та співавтори внесли модифікацію для розділення дивертикулярних абсцесів, а від того і нової стратегії лікування, що мало на меті використання черезшкірного дренажу з використанням КТ. Амбросетті описав роль КТ при дивертикулярному захворюванні та виділив дивертикуліт як тяжку стадію дивертикульозу, що створювало керівництво для ведення гострих ускладнень дивертикулярної хвороби та прогноз розвитку хронічних ускладнень консервативного лікування. В 2014 р. Німецькою спілкою гастроентерології, захворювань травного тракту та обміну речовин, та Німецькою спілкою загальної і вісцеральної хірургії в клінічну практику була впроваджена нова класифікація CDD (Classification of Diverticular Disease), яка розмежує різні типи гострої ускладненої дивертикулярної хвороби, а також хронічний перебіг захворювання та виділяє окремий тип ускладнення - дивертикулярну кровотечу.

**Висновки:** Кожна класифікація дивертикулярних захворювань товстої кишки підкреслює різні аспекти, але не надає цілісної картини для оцінки перебігу хвороби та рекомендацій щодо її лікування. Існує потреба в уніфікованій системі класифікації дивертикулярної хвороби товстої кишки, яка включатиме сучасні методи візуалізації та розроблятиме керівництво для подальшого менеджменту захворювання.

Л.А. Тереховська

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ З ГІПЕРАКТИВНІСТЮ У ДОРΟΣЛИХ

Н.В. Рациборинська-Полякова (к.мед.н, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** за даними статистики, близько 5.9% молодих людей відповідають діагностичним критеріям РДУГ, за даними інших досліджень, в зрілому віці це число становить близько 2.5-2.8%, в віці старше 50 років – близько 1.5%.. Через різні причини (значна спектральність, відсутність виражених симптомів гіперактивності та відносна високофункціональність в дитинстві, недоступність належної діагностики та допомоги тощо) велика частина людей може не отримати діагноз в ранньому віці, проте відчувати симптоми при досягненні повноліття, що може впливати на якість життя. Люди, що мають РДУГ, статистично мають гірші показники в навчанні, на 50% вищу вірогідність отримати травму в результаті нещасного випадку або стати учасником ДТП, високу коморбідність з іншими психічними розладами.

**Мета:** дослідити особливості діагностики розладу дефіциту уваги з гіперактивністю у дорослих.

**Матеріали та методи:** було опрацьовано дані досліджень, літератури, клінічних протоколів, проведено аналіз клінічних випадків.

**Результати:** згідно з діагностичною класифікацією DSM-V діагностика РДУГ у дорослих та дітей проводиться за одними критеріями, але з певними модифікаціями. Для дорослих вимагається наявність 5 симптомів неухвильності та/або гіперактивності та імпульсивності (у порівнянні 6 симптомів для діагностики у дітей), непосидючість у дитинстві часто трансформується в обмежене відчуття неспокою. При діагностиці потрібно враховувати, що деякі прояви можуть маскуватись за допомогою вдалих копінг-стратегій. Хоч і наявність РДУГ є предиктором гіршої успішності та часто супроводжується труднощами в організації та виконанні завдань, проте дані про успіхи у навчанні, наявність вищої освіти та/або досягнень у роботі не є протиріччям щодо постановки діагнозу. Для РДУГ характерна висока коморбідність, зокрема, з тривожними розладами, депресією, РАС, розладами особистості, ОКР, тікозними розладами, розладами порушення контролю імпульсів, схильністю до аддикцій тощо, що потрібно враховувати при діагностиці.

**Висновки:** питання діагностики РДУГ у дорослих є актуальним, адже має високу розповсюдженість та може значно впливати на різні аспекти життя. Вчасні та ефективні втручання, зокрема психоедукація, когнітивно-поведінкова терапія, медикаментозне лікування РДУГ та супутніх розладів, соціальні

А.П.Тимошук, А.С.Кушнір, А.В.Юрець

## **ГАНГРЕНОЗНА ПІОДЕРМІЯ ЯК ПОЗАКИШКОВИЙ ПРОЯВ ХВОРОБИ КРОНА. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

Кафедра внутрішньої медицини № 1

Н. В. Кузьміна (професор, д.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця Україна

**Актуальність:** В клінічній практиці гангренозну піодермію (ГП) часто не ідентифікують та встановлюють помилковий діагноз, що нерідко є причиною невірної лікування.

**Мета:** Оцінити клінічні ознаки та методи діагностики гангренозної піодермії як позакишкового прояву хвороби Крона.

**Матеріали та методи:** Клінічний випадок, медична документація.

**Результати:** Пацієнтка К. 38 років, поступила в Гастроентерологічний центр ВОКЛ з діагнозом: Хвороба Крона А2,В1,розповсюджена форма, важкий перебіг, загострення. Келоїдний рубець зап'ястя та тильної поверхні китиці.

Загальний стан середнього ступеню. На передній та задній поверхні грудної клітки видимі келоїдні рубці: промежини, зап'ястя та китиці(д-20 см). При пальпації живіт м'який, болючість в ділянках сліпої та сигмовидної кишки. Зі сторони інших органів та систем без суттєвих змін.

Анамнез захворювання: Зі слів хворої та наявної медичної документації на тлі загострення хвороби Крона в пацієнтки виникають папули на тілі, які перетворювались у виразки з периферичним некрозуванням. В січні 2021р. поступила в гінекологічне відділення ВОКЛ з наступним переведенням в Хірургічний центр з діагнозом: некротична рана промежини. Після проведення консилиуму встановлено діагноз: Хвороба Крона А2, В1 з перианальним ураженням та позакишковими проявами (гангренозна піодермія). Призначено лікування: месалазин 6,0 г/добу, преднізолон 90 мг/добу, рифаксимін 1200мг/д, ентерол750мг\д, місцева санація бетадином. Після чого стан покращився, рана поступово загоїлась. В грудні 2021 р. після порізу канцелярським ножом з'явилась гнійна рана, яка трансформувалась до глибокої виразки зап'ястя, що містила гнійно-некротичні маси. В різних лікувальних закладах