

захворювань, безпосередньо пов'язаних із гастродуоденальною ділянкою, але й, наприклад, при ішемічній хворобі серця, бронхіальній астмі, захворюваннях пародонта. *H. pylori* у порожнині рота виявляють у зубній бляшці, слині, вмісті пародонтальних кишень і пошкодженій слизовій оболонці. В багатьох дослідженнях простежується залежність між наявністю *H. pylori* у порожнині рота та поганим станом гігієни. У цих пацієнтів з *H. pylori* – асоційованою патологією ШКТ, частіше трапляються і мають важкий перебіг хронічний генералізований катаральний гінгівіт та генералізований пародонтит.

Висновок. Отже питання уточнення взаємозв'язку між гастродуоденітом і хронічним катаральним гінгівітом є актуальним для подальшої розробки методу лікування хронічного генералізованого катарального гінгівіту у дітей із гастродуоденітами.

### **ОВЕРЛАП-СИНДРОМ У ДІТЕЙ З ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ** **Горіздра Л.М., Кривошопка Л.Ю., Назаренко Ю.В., Щербакова К.С.,** **Степаненко О.Г.**

**Науковий керівник: д.мед.н., проф. Крючко Т.О.**

*Кафедра педіатрії №2*

*Українська медична стоматологічна академія*

Актуальність. Згідно сучасних уявлень, функціональні розлади травного тракту (ФРТТ) – це симптомокомплекс клінічних проявів без структурних змін та біохімічних відхилень. Враховуючи багатогранність клінічних проявів, формування функціональних розладів в різних відділах шлунково-кишкового тракту обумовлює розвиток так званого оверлап-синдрому, що свідчить про системність ураження та необхідність комплексного підходу до ведення даної категорії пацієнтів.

Мета. Вивчити частоту діагностики оверлап-синдрому у дітей з функціональними захворюваннями травного тракту.

Методи дослідження. Під спостереженням знаходилось 234 дитини віком від 7 до 17 років з ФРТТ, які лікувались в поліклінічному та педіатричному відділенні №1 Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Верифікація діагнозу проводилась на основі клініко-лабораторних та інструментальних досліджень згідно діючого протоколу з подальшою оцінкою ефективності та тривалості лікування.

Основні результати. За даними нашої роботи було виявлено, що поєднання 3-х нозологій серед спостережених зустрічалось в 33,8 % (79 дітей) пацієнтів, тоді як синдром-перехресту між двома нозологічними формами спостерігався більше, ніж у половини хворих. В четвертій частини обстежених дітей (26%) виникненню ФРТТ передували гострі кишкові інфекції. Так, після перенесеної кишкової інфекції, через 3, 6, 12 міс. перехрест симптомів функціональної диспепсії (ФД) та синдрому подразненого кишечника (СПК) відмічався у 17,9, 26,3 та 34,6% дітей відповідно. За результатами аналізу встановлено, що у пацієнтів із поєднаними симп-

томами гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) та ФД більш часто відмічалась дисфункція сфінктера Одді по панкреатичному типу (24%). Аналіз клінічних особливостей оверлап-синдрому показав, що серед пацієнтів з поєднання симптомів ГЕРХ, ФД, СПК найбільш вираженими були абдомінальний больовий та астеновегетативний синдроми. Серед дітей з поєднанням клінічних проявів ГЕРХ та ФД домінуючим був диспепсичний синдром, тоді як в пацієнтів з перехрестом ГЕРХ та СПК більш часто зустрічалася схильність до закрепів. В роботі виявлено, що тривалість курсу терапії мала безпосередньо залежність від характеру поєднання функціональних розладів. Так, середня тривалість лікування у пацієнтів з проявами СПК та ФД становила близько 2-х тижнів, тоді як при поєднанні 3-х нозологій, термін лікування збільшувався вдвічі.

Висновки. Отже, на підставі проаналізованих даних можна зробити висновок про значну розповсюдженість «синдрому-перехресту» у дітей в гастроентерологічній практиці. Знання особливостей клінічного перебігу «оверлап-синдрому» дозволить лікарю обмежити інвазивні методи діагностики та визначити оптимальний алгоритм ведення хворих з дотриманням принципів таргентної терапії.

### **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТА З НЕВРОПАТІЄЮ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПІСЛЯ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ (клінічний випадок)**

*Горобець К.В., Звірянський В.М., Зарубін А.В.*

**Наукові керівники: к.мед.н. Мельник В.Л., к.мед.н. Шевченко В.К.**

*Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів*

*Українська медична стоматологічна академія*

Невропатія лицевого нерва зустрічається у 38 % всіх випадків мононевропатій та невралгій. Причини ураження лицевого нерву різні, здебільшого це переохолодження та травми. Захворювання характерно для всіх вікових категорій, призводить до тривалої тимчасової непрацездатності. Одержання і значне поліпшення настає тільки у 60-70% хворих. Як ускладнення у кожного 4-5 пацієнта розвивається контрактура м'язів та соціальна дезадаптованість.

На кафедрі післядипломної освіти лікарів-стоматологів УМСА проходив лікування пацієнт віком 68 років зі скаргами на порушення чутливості шкіри правої половини обличчя, шиї, потилиці, легку біль у ділянках вух, гіпостезії справа. З анамнезу відомо, що пацієнт переніс геморагічний інсульт біля двох років тому, пройшов курс лікування в неврологічному відділенні, що включало прийом медикаментозних препаратів згідно протоколу терапії інсульту та курс відновного фізіотерапевтичного лікування.

На даний момент, завдяки проведенню функціональних проб, у пацієнта виявлені залишкові явища: асиметрія обличчя при посмішці, надувані щік, примружуванні очей. Так як проведене лікування не дало бажаного результату ми застосували альтернативні методи лікування -