



**EUROPEAN OPEN  
SCIENCE SPACE**

---

**Proceedings of the 2nd International Scientific  
and Practical Conference**

**"Scientific Innovation: Theoretical Insights and  
Practical Impacts"**

**March 10-12, 2025**

**Naples, Italy**

**Collection of Scientific Papers**

**Italy, 2025**

**Борисенко Н.М., Губенко І.Я., Парченко В.В., Бушуєва І.В.**  
ПОТЕНЦІАЛ ПРОТИСУДОМНОЇ АКТИВНОСТІ 2-[5-(ФУРАН-2-  
ІЛ)-4-ФЕНІЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛІО]-1-(4-  
ХЛОРФЕНІЛЕТАНОНУ)..... 191

**Пясецька Л.В., Бандрівська О.О., Воробець А.Б., Беденюк О.А.**  
ОСОБЛИВОСТІ РІВНІВ ТРИВОЖНОСТІ І СПРИЙНЯТТЯ СТРЕСУ  
У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ФОНІ БРУКСИЗМУ ..... 194

**Бурлака В.В., Веснін В.В., Стручков І.С.**  
КОНТРАКТУРА ДЮПЮІТРЕНА: СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ  
ЛІКУВАННЯ..... 195

### **Section: Military affairs and national security**

**Долгий О.О.**  
СУЧАСНІ ВИМОГИ ДО ВИКЛАДАЧІВ ВИЩИХ ВІЙСЬКОВИХ  
НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ЯК ЗАПОРУКА ПІДВИЩЕННЯ  
ЯКОСТІ ПІДГОТОВКИ ВІЙСЬКОВИХ ФАХІВЦІВ..... 198

**Дуліна О.**  
ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ В УПРАВЛІННІ БЕЗПЕКОЮ  
КРИТИЧНОЇ ІНФРАСТРУКТУРИ: ЦИФРОВІ РІШЕННЯ ТА  
СТРАТЕГІЧНА СТІЙКІСТЬ..... 200

### **Section: Pedagogy, Philology and Linguistics**

**Нгун О.**  
THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FINANCIAL COMPETENCE  
OF THE HEAD OF AN EDUCATIONAL INSTITUTION AND THE  
EFFECTIVENESS OF SCHOOL RESOURCE MANAGEMENT..... 204

**Турютська О.**  
THE COMPOSITIONAL ROLE OF NON-EQUIVALENT  
VOCABULARY IN A POETIC TEXT AND THE PROBLEMS OF ITS  
REPRODUCTION IN TRANSLATION..... 207

**Durdas A., Varlakova A., Babych M., Bondar A.**  
FLIPPED CLASSROOM STRATEGIES FOR ENHANCING STUDENT  
ENGAGEMENT AND CRITICAL THINKING IN HIGHER  
EDUCATION..... 210

відповіді за ступенем інтенсивності. Показники ситуативної й особистісної тривожності визначали за допомогою відповідного ключа.

У опитуванні PSS-10 учасникам слід було оцінити частоту переживань, пов'язаних зі стресом, протягом останнього місяця.

Серед 28 військовослужбовців із проявами бруксизму 71 % (20 осіб) продемонстрували високий рівень особистісної тривожності, 22 % (6 осіб) — середній рівень, а 7 % (2 особи) — низький.

Що стосується ситуативної (реактивної) тривожності, серед 28 опитаних було виявлено наступне: 43 % (12 осіб) мають високий рівень тривожності, 54 % (15 осіб) — середній рівень, а 3 % (1 особа) — низький рівень. Аналіз цих даних свідчить про те, що більшість респондентів виявили середній рівень ситуативної тривожності, що свідчить про виникнення емоційної реакції на стресові ситуації.

Серед 28 учасників 46,5% (13 осіб) відзначили значну сприйнятливність до стресу, 32 % (9 осіб) — помірну, а 21,5 % (6 особи) — низьку сприйнятливність.

**Висновки.** Отже, психоемоційне напруження, тривожність та стресові ситуації можуть сприяти неусвідомленому напруженню м'язів жувального апарату, що призводить до постійного стиснення або тертя зубів. Це може викликати не лише дискомфорт, а й призвести до різних ушкоджень зубної емалі, болю в щелепах і головних болів. Виявлений зв'язок між інтенсивністю бруксизму та психологічними факторами означає, що чим вищий рівень стресу, тривожності чи інших емоційних навантажень, тим інтенсивнішим може бути бруксизм. Зі збільшенням психологічного напруження зростає й ймовірність проявів стискання чи скреготання зубами, оскільки стрес активує м'язи жувального апарату, що сприяє розвитку цього розладу.

## КОНТРАКТУРА ДЮПЮІТРЕНА: СУЧАСНІ КОНЦЕПЦІЇ ЛІКУВАННЯ

**Бурлака Віктор Володимирович**

к.мед.н., доцент

**Веснін Володимир Вікторович**

к.мед.н., доцент

Кафедра травматології та ортопедії

**Стручков Іван Сергійович**

здобувач вищої освіти

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Контрактура Дюпюїтрена - це фіброзно-проліферативне захворювання, яке вражає долонний апоневроз кисті, що призводить до прогресуючого згинання пальців, особливо безіменного та мізинця. Вона обмежує людину виконувати звичні повсякденні справи. Зазвичай контрактура Дюпюїтрена вражає чоловіків у віці від 40 до 80 років [1]. Поширеність цього захворювання в західних країнах коливається від 0,6% до 31,6%, і цей показник зростає з віком пацієнта.

До факторів ризику розвитку контрактури відносяться чоловіча стать, зловживання алкоголем, куріння, травми рук, ожиріння, цукровий діабет, епілепсія, прийом протисудомних і антиретровірусних засобів [4].

Захворювання класифікується за ступенем тяжкості, починаючи від легких, безсимптомних вузликів на долоні до більш серйозних випадків, які призводять до виснажливих контрактур. Розвиток чітких деформацій при контрактурі Дюпюїтрена, в основному, зумовлений патологічною трансформацією нормальних фасціальних смуг у потовщені фіброзні тяжі. Ці шнури поступово обмежують нормальний рух руки [4].

**Ключові слова:** контрактура Дюпюїтрена, фіброзні тяжі, нехірургічне лікування, хірургічне лікування, колагеназа *Clostridium histolyticum*, триамцинолону ацетонід.

**Мета роботи.** Ознайомлення з сучасними методами лікування контрактури Дюпюїтрена. Обговорення переваг та недоліків цих методик.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз сучасної літератури та зарубіжних наукових публікацій з даної теми.

**Результат та обговорення.** Абсолютного лікування контрактури Дюпюїтрена не існує. Основною метою лікування є контроль і корекція деформації та запобігання нервово-судинним ушкодженням. Сучасні принципи лікування цієї патології поділяють на хірургічні та нехірургічні. На ранніх стадіях, коли контрактури помірні і функція кисті здебільшого не порушена, зазвичай розглядають нехірургічне втручання. Ці методи лікування спрямовані на уповільнення прогресування захворювання та підвищення функціональності, але не забезпечують лікування.

Детальніше поговоримо про нехірургічні методи. Одним із таких методів є ін'єкції стероїду триамцинолону ацетоніду. Ketchum та Donahue провели дослідження протягом 4 років 63 пацієнти з вузликами Дюпюїтрена отримували ін'єкції цього стероїду безпосередньо в область ураження. В середньому 3,2 ін'єкцій на вузлик на 97% рук спостерігався регрес захворювання, що виражалось пом'якшенням або сплюсненням вузликів. Але у 50% пацієнтів через 1-3 роки спостерігався рецидив захворювання. Автори прийшли до висновку, що ін'єкція триамцинолону ацетоніду в вузлики хвороби Дюпюїтрена може змінити прогресування захворювання [3].

Ще одним із варіантів є колагеназа *Clostridium histolyticum*. Вона викликає лізис патологічного колагену III типу в тяжках, таким чином усуваючи ефект контрактур [5]. Gilpin D та інші автори у своє дослідження включили 66 пацієнтів, з яких 45 отримали колагеназу. Середній відсоток зменшення ступеня контрактури суглоба від початкового рівня до 30 днів після останньої ін'єкції становив  $70,5\% \pm 29,2\%$  у групі колагенази та  $13,6\% \pm 26,1\%$  у групі плацебо. Вони прийшли висновку, що колагеназа є високоефективним нехірургічним методом, який добре переноситься [2].

До хірургічних методів лікування контрактури відносяться голкова фасціотомія, обмежена фасціектомія та дермофасціотомія [4]. Перша методика включає в себе черезшкірне розділення фасціальних тяжів за допомогою голки

для підшкірних ін'єкцій. Переваги цієї процедури полягають у тому, що її можна проводити під місцевою анестезією в амбулаторних умовах, що робить її дуже економічною та мінімально інвазивною. Недоліками є те, що він не видаляє патологічну тканину і неефективний при важких захворюваннях.

Обмежена фасціектомія передбачає висічення лише уражених канатиків і вузликів із збереженням навколишніх здорових тканин. Цей менш інвазивний підхід зазвичай призводить до більш короткого часу відновлення та пов'язаний з хорошими функціональними результатами та меншою частотою ускладнень, що робить його кращим хірургічним варіантом. Проте рецидив залишається проблемою, оскільки дослідження показують, що до 50% пацієнтів можуть відчувати повернення контрактури протягом п'яти-десяти років.

Дермофасціектомія — ще один хірургічний варіант, який передбачає видалення як ураженої фасції, так і покривної шкіри. Після видалення використовується пересадка шкіри, щоб закрити утворився дефект. Ця процедура, як правило, призначена для випадків із значним ураженням шкіри або там, де існує підвищене занепокоєння щодо рецидиву, оскільки було показано, що вона знижує ймовірність рецидиву контрактури.

В разі пізньої стадії або рецидивування контрактури Дюпюїтрена можуть застосовувати радикальні операції, такі як ампутація пальця або артродез [1].

**Висновок.** Контрактура Дюпюїтрена – це досить поширена проблема, яка призводить до обмеження виконання повсякденних справ. Частіше зустрічається у чоловіків у віці 40-80 років. Виділяють хірургічні та нехірургічні методи лікування контрактури. До оперативних втручачь належать такі методики: голкова фасціотомія, обмежена фасціектомія та дермофасціетомія. Серед нехірургічних використовують ін'єкції стероїду триамцинолону ацетоніду та колагеназу *Clostridium histolyticum*.

#### Список використаних джерел

1. Dutta A, Jayasinghe G, Deore S, Wahed K, Bhan K, Bakti N, Singh B. Dupuytren's Contracture - Current Concepts. J Clin Orthop Trauma. 2020 Jul-Aug;11(4):590-596. doi: 10.1016/j.jcot.2020.03.026. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32684695; PMCID: PMC7355095.
2. Gilpin D, Coleman S, Hall S, Houston A, Karrasch J, Jones N. Injectable collagenase *Clostridium histolyticum*: a new nonsurgical treatment for Dupuytren's disease. J Hand Surg Am. 2010 Dec;35(12):2027-38.e1. doi: 10.1016/j.jhsa.2010.08.007. PMID: 21134613.
3. Ketchum LD, Donahue TK. The injection of nodules of Dupuytren's disease with triamcinolone acetonide. J Hand Surg Am. 2000 Nov;25(6):1157-62. doi: 10.1053/jhsu.2000.18493. PMID: 11119679.
4. Khaliq F, Orji C. Dupuytren's Contracture: A Review of the Literature. Cureus. 2024 Dec 2;16(12):e74945. doi: 10.7759/cureus.74945. PMID: 39744282; PMCID: PMC11693408.
5. Sandler AB, Scanaliato JP, Dennis T, Gonzalez Trevizo GA, Raiciulescu S, Nesti L, Dunn JC. Treatment of Dupuytren's Contracture With Collagenase: A Systematic Review. Hand (N Y). 2022 Sep;17(5):815-824. doi: 10.1177/1558944720974119. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33478271; PMCID: PMC9465774.