



COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS



ISSUE
№52

5TH INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND PRACTICAL CONFERENCE

**MODERN TRENDS
IN THE DEVELOPMENT
OF ECONOMY,
TECHNOLOGY
AND INDUSTRY**

JANUARY 7-9, 2026
TORONTO, CANADA





INTERNATIONAL SCIENTIFIC UNITY

5th International Scientific and Practical Conference
**«Modern Trends in the Development of
Economy, Technology and Industry»**

Collection of Scientific Papers

January 7-9, 2026
Toronto, Canada

UDC 001(08)

Modern Trends in the Development of Economy, Technology and Industry: Collection of Scientific Papers with Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference. International Scientific Unity. January 7-9, 2026. Toronto, Canada.

ISBN 979-8-89704-989-9 (series)
DOI 10.70286/ISU-07.01.2026

The conference is included in the Academic Research Index ReserchBib International catalog of scientific conferences.

The materials of the collection are presented in the author's edition and printed in the original language. The authors of the published materials bear full responsibility for the authenticity of the given facts, proper names, geographical names, quotations, economic and statistical data, industry terminology, and other information.

The materials of the conference are publicly available under the terms of the CC BY-NC 4.0 International license.

ISBN 979-8-89704-989-9 (series)



© Participants of the conference, 2026
© Collection of Scientific Papers "International Scientific Unity", 2026
Official site: <https://isu-conference.com/>

Трач В.В., Власенко А.В. ДІАГНОСТИКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛАТЕНТНОМУ АВТОІМУННОМУ ДІАБЕТІ ДОРΟΣЛИХ.....	305
Kobtseva O.A. CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY ASSESSMENT OF MANDIBULAR LATERAL AND SAGITTAL DISPLACEMENT.....	308
Петрова К.С., Теплицька Т.М., Ковальова Ю.О. ЗАСТОСУВАННЯ АНТИДЕПРЕСАНТІВ У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ.	310
Гудь В.О., Глек А.М., Журавльова А.К. ГПП-1 НА МАСУ ТІЛА ТА КАРДІОМЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ	312
Омельченко О.В., Кулікова О.В., Ускова С.А. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ (СДУГ) У ДІТЕЙ.....	314
Подгорна Д.С., Кирилова О.А., Кривоносова О.М. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ АЛЬДОСТЕРОНІЗМУ.....	319
Gerasymenko O., Derhachova A. IMPACT OF MILITARY ACTION ON THE QUALITY OF DRINKING WATER FROM THE SIVERSKYI DONETS: DYNAMICS OF CHANGES IN HYGIENIC INDICATORS.....	321
Торяник С.О., Рибка О.С. ПЕРЕБІГ, СМЕРТНІСТЬ ТА ЇЇ ПРЕДИКТОРИ ПРИ АНОМАЛІЇ ЕБШТЕЙНА У ПАЦІЄНТІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ВІКУ.....	327
Стіба А.В., Колінько Є.С., Бурма Я.І. БОТУЛІЗМ ЯК НАЙНЕБЕЗПЕЧНІШЕ ХАРЧОВЕ ОТРУЄННЯ: ЩО ПОТРІБНО ЗНАТИ КОЖНОМУ.....	330
Юрко К.В., Гудь В.О., Глек А.М., Винокурова О.М., Соломенник Г.О. НЕІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ В ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ ТА ЇХ НАСЛІДКИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....	333
Ячменьова Е.С., В'юн І.А. ШТУЧНИЙ ІНТЕЛЕКТ У ХІРУРГІЇ: НОВА ЕРА МЕДИЦИНИ.....	336

тіла та покращенням основних кардіометаболічних показників [1]. У більшості рандомізованих контрольованих досліджень та метааналізів відзначається зменшення індексу маси тіла в середньому на 5–15% протягом 6–12 місяців терапії, переважно за рахунок зниження загальної та вісцеральної жирової маси. При цьому відзначається відносно збереження безжирової маси тіла, що має важливе клінічне значення для метаболічного здоров'я пацієнтів [3, 4].

Зниження маси тіла супроводжується суттєвим покращенням показників глікемічного контролю. У більшості досліджень застосування агоністів рецепторів ГПП-1 призводило до зниження рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c) у середньому на 1,0–1,5%, а також до зменшення рівнів глюкози натще та постпрандіальної глікемії [1]. Механізм дії препаратів зумовлений глюкозозалежною стимуляцією секреції інсуліну та пригніченням секреції глюкагону, що забезпечує ефективний глікемічний контроль з низьким ризиком гіпоглікемій. У ряді досліджень агоністи рецепторів ГПП-1 продемонстрували зіставну або вищу ефективність щодо зниження HbA1c порівняно з базальною інсулінотерапією, без збільшення маси тіла [5].

Крім впливу на глікемію та масу тіла, агоністи рецепторів ГПП-1 позитивно впливають на показники ліпідного профілю. Спостерігається зниження рівнів тригліцеридів та ліпопротеїдів низької щільності, а також помірне підвищення рівня ліпопротеїдів високої щільності. Загальний рівень холестерину в більшості досліджень або не значно знижується, або залишається без істотних змін. Також відзначається помірне зниження артеріального тиску, що частково пов'язано зі зменшенням маси тіла, а також із прямими судинними та натрійуретичними ефектами ГПП-1 [6].

Висновки. 1. Агоністи рецепторів ГПП-1 є ефективними препаратами для лікування пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та ожирінням, поєднуючи глікемічний контроль зі зниженням маси тіла.

2. Їх застосування асоціюється зі зменшенням жирової маси, покращенням показників глікемії, ліпідного профілю та артеріального тиску.

3. Згідно з сучасними рекомендаціями ADA та EASD, агоністи рецепторів ГПП-1 слід розглядати як препарати першочергового вибору у пацієнтів із ЦД 2 типу та супутнім ожирінням з метою зниження кардіометаболічного ризику.

Список використаних джерел

1. Davies, M. J., Aroda, V. R., Collins, B. S., Gabbay, R. A., Green, J., Maruthur, N. M., Rosas, S. E., Del Prato, S., Mathieu, C., Mingrone, G., Rossing, P., Tankova, T., Tsapas, A., & Buse, J. B. (2022). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes care*, 45(11), 2753–2786. <https://doi.org/10.2337/dci22-0034>
2. Haiqiang Yao, associate professor¹ 2, Anqi Zhang, Master's student², Delong Li, Master's student¹ 2, Yuqi Wu, Master's student¹ 2, Chong-Zhi Wang, associate professor³ 4, Jin-Yi Wan, associate professor¹ 2, Chun-Su Yuan, professor 2024 Comparative effectiveness of GLP-1 receptor agonists on glycaemic control, body

weight, and lipid profile for type 2 diabetes: systematic review and network meta-analysis doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076410>

3. Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., McGowan, B. M., Rosenstock, J., Tran, M. T. D., Wadden, T. A., Wharton, S., Yokote, K., Zeuthen, N., Kushner, R. F., & STEP 1 Study Group (2021). Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. The New England journal of medicine, 384(11), 989–1002. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032183>

4. American Diabetes Association Professional Practice Committee; 8. Obesity and Weight Management for the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: Standards of Care in Diabetes–2025. Diabetes Care 1 January 2025; 48 (Supplement_1): S167–S180. <https://doi.org/10.2337/dc25-S008>

5. Karagiannis, T., Avgerinos, I., Liakos, A. et al. Management of type 2 diabetes with the dual GIP/GLP-1 receptor agonist tirzepatide: a systematic review and meta-analysis. Diabetologia 65, 1251–1261 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05715-4>

6. Chae, Y., Kwon, S. H., Nam, J. H., Kang, E., Im, J., Kim, H. J., & Lee, E. K. (2024). Lipid profile changes induced by glucagon-like peptide-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and network meta-analysis. Expert review of clinical pharmacology, 17(8), 721–729. <https://doi.org/10.1080/17512433.2024.2363838>

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ (СДУГ) У ДІТЕЙ

Омельченко Олена Володимирівна

к.мед.н. доц.

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Кулікова Ольга Володимирівна

здобувач вищої освіти

Ускова Софія Андріївна

здобувач вищої освіти

3 медичний факультет

Харківський національний медичний університет, Україна

Актуальність. Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) впливає на розвиток дитини, соціальну, емоційну та когнітивну адаптацію та є дуже актуальною темою і одним із найрозповсюдженіших питань у дитячій та підлітковій психіатрії. За даними американських психіатрів, РДУГ дебютує у приблизно 15% дітей віком від 6 до 12 років. Орієнтовно 70% дітей із СДВГ зазнають труднощів з пристосуванням до шкільного соціуму, близько 30%

достроково завершують навчання. [5] У пацієнтів із СДВГ спостерігається дисбаланс між процесами збудження та гальмування. Як наслідок, провідними симптомами РДУГ є виражені гіперактивність, імпульсивність та порушення уваги [4].

Своєчасне виявлення та лікування СДУГ залишається непростим завданням для клініцистів і потребує координації педіатрів, вчителів, психологів, психіатрів та соціальних працівників. СДУГ відзначається неоднорідністю форм прояву, частими і варіабельними супутніми захворюваннями та збігом з іншими розладами. Більша половина дітей із РДУГ мають коморбідний стан, що не можна сказати про біомаркери або інші об'єктивні критерії, що могли б допомогти ідентифікувати СДУГ[1].

Мета. Вивчити сучасні підходи до діагностики та лікування синдромів гіперактивності у дітей.

Матеріали і методи. Огляд наукової літератури та електронних джерел, розгляд клінічного кейсу.

Основна частина. Основні критерії діагностики СДУГ викладені в діагностичному та статистичному довіднику психічних розладів. Діагностика СДУГ ґрунтується на основі клінічних критеріїв DSM-5-TR або ICD-11. Основними симптомами є стійке порушення, спричинене комбінацією неухвильності, гіперактивності та імпульсивності, що спостерігаються щонайменше у двох середовищах і проявляються до 12 років. Наразі клініцисти відзначають кілька “підтипів” синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (комбінований, неухвильний або гіперактивний/імпульсивний). Якщо у дитини протягом останніх 6 місяців спостерігається менше симптомів, що погіршують стан, слід вказувати часткову ремісію. [7]

Для оцінки тяжкості симптомів та динаміки лікування використовують як допоміжний інструмент - стандартизовані шкали (Vanderbilt, ADHD Rating Scale, Conners). Важливим етапом в діагностиці є диференціація тривожних розладів, депресії, розладів аутистичного спектру.

Лікування спрямоване на оптимізацію функціонування дитини в навчанні та соціальних відносинах. Сучасні методи лікування СДУГ у дітей можна поділити на дві групи: медикаментозна та немедикаментозна терапія. В свою чергу, нефармакологічні методи лікування розподіляються на психотерапію різних напрямків та освіту для сім'ї.

Відповідно до рекомендацій NICE, першим кроком є планування мультимодального лікування з урахуванням психологічних, поведінкових, професійних або навчальних потреб дитини та її родини [1]. Такі заходи варто проводити в форматі “круглого стола” з участю людей, що доглядають за дитиною та приймають участь в її вихованні та самої дитини [2]. Варто враховувати тяжкість симптомів, вплив оточуючих факторів. Потрібно наголосити, що це не просто “одноразовий діалог із батьками”, а постійна робота та вдосконалення схеми корекції лікування СДУГ, що повинна тривати постійно.

Самоосвіта та тренінги для батьків, націлені на навчання родичів, щодо особливостей виховання та методів корекції поведінки, що рекомендовані дітям

до 6 років, як перша ланка терапії. Сюди відноситься: планування дозвілля, навчання та активності дитини протягом дня, усвідомлення важливості дотримання режиму сну та розпорядку дня, використання системи “винагорода-наслідок”, інформування дитини та батьків, щодо основних проявів СДУГ.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — це форма поведінкового втручання, що націлена на зменшення поведінкових проявів СДУГ або пов’язаних з ним проблем, шляхом посилення позитивної поведінки і створення ситуацій, де можлива поява відповідної бажаної поведінки. Нещодавній метааналіз показав, що комбіноване лікування медикаментозної терапії в комбінації з КПТ є більш ефективним, ніж використання тільки психостимуляторів або тільки психотерапії.

Методи неінвазивної стимуляції мозку (повторна транскраніальна магнітна стимуляція та транскраніальна стимуляція постійним током) є іншим потенційним методом модуляції кортикальної активності. Ці підходи ще не рекомендовані терапевтичними настановами, але вони перспективні в плані покращення клінічних та когнітивних симптомів СДУГ, таких як неухважність та імпульсивність. [3]

У літературі також зустрічаються альтернативні методи немедикаментозного лікування, такі як, фізична активність та йога, що мають позитивний вплив на поведінку при СДУГ. Проте на даний момент, об’єм доказової бази цього методу лікування є недостатнім і може використовуватися лише як додаток до основного лікування.

У дітей старше 6 років і при нереагування дитини на методи немедикаментозної терапії, фахівці радять використовувати методи фармакологічного лікування, за відсутності протипоказань та за умов постійного контролю. В Європі метилфенідат короткої або пролонгованої дії є лікарським засобом першої лінії для лікування СДУГ протягом усього життя, натомість препаратами другої ланки є лиздексамфетамин, атомoksetин та гуанфацин. Перехід з першої на другу лінію рекомендований тільки у тому випадку, якщо дитина пройшла мінімум 6-тижневий курс лікування метилфенідатом в адекватному дозуванні і не отримала бажаного результату, відповідно до рекомендацій NICE.

Порівнюючи стандарти лікування СДУГ в монотерапії та в комбінації, то методи мультимодальної терапії (КПТ та медикаментозна терапія) були значно ефективніші через 14 місяців, ніж КПТ в монотерапії або “стандартна терапія” в контрольній групі. Відзначається, що мультимодальна терапія була незначно краще, ніж фармакотерапія в монотерапії, але призвела до покращення симптомів СДУГ при більш низькому дозуванні метилфенідата, відповідно до досліджень Національного інституту психічного здоров’я.[6]

Сьогодні, психостимулятори метилфенідат та амфетамін є найбільш ефективними засобами для лікування основних симптомів СДУГ, бо вони мають найбільш сприятливий профіль ефективності та наявності побічних ефектів.

Клінічне спостереження:

Хлопчик Б., 5 років.

Скарги: Головний біль дифузний, біль в м'язах гомілок. Неспокійний, дуже рухливий, непосидючий, говорить не по суті, імпульсивний, розгублений.

Анамнез захворювання та життя: Дані скарги з раннього віку. Знаходиться на «Д» обліку у лікаря-невролога поліклініки за місцем мешкання. Діагноз: Синдром гіперзбудливості з дефіцитом уваги, мінімальна мозкова дисфункція. Від 2 вагітності без патології, 2 фізіологічних пологів. Закричав відразу. За шкалою Апгар 8-9б. Кефалогематома правої тім'яної кістки. Вага при народженні 3250 гр. Етапи розвитку за віком. Хворів: застудні захворювання, бронхіти, ротавірусна інфекція, забій м'яких тканин голови. Спадковість не обтяжена.

В соматичному статусі: Температура тіла 36.6С, вага 19 кг 500 гр, зріст 111 см. Фізичний розвиток гармонійний, середній. Загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові чисті. В легенях дихання везикулярне. Тони серця ясні, ритмічні. Живіт м'який. Печінка, селезінка не збільшені. Випорожнення, сечовипускання норма.

В неврологічному статусі: Свідомість ясна. Перкусія черепа б/б. ЧМН — очні щілини, зіниці D=S. Фотореакції живі. Рух очних яблук не обмежений. Обличчя симетричне. Язик по середній лінії. Тонусних порушень немає. Сухожильні рефлекси високі, D=S. Патологічних ступних та менінгеальних рефлексів не виявлено.

Додаткові методи дослідження:

- ЕхоЕГ: нормотензія.
- ЕЕГ: ознаки пароксизмальної активності відсутні. Ознаки дисфункції медіобазальних структурах слабовиражені.
- Консультований логопедом: Загальний недорозвиток мовлення III-IV рівня. Дизартричні порушення.
- Консультований психологом. Вербальне розуміння (VCI): 115 балів. Робоча пам'ять (WMI): 82 бали. Розвиток пізнавальних процесів відповідає віковій нормі з особливостями у вигляді дефіциту активної уваги, гіперактивності та імпульсивності. Дитина потребує особливих умов навчання.

Враховуючи скарги, додаткові методи обстеження, консультації психолога, логопеда встановлено діагноз: синдром гіперактивності з дефіцитом концентрації уваги, мінімальна мозкова дисфункція.

Проведені реабілітаційні заходи: арт-терапія (ліплення з глини та пластиліну, лялькотерапія, казкотерапія та "піщана анімація"), масаж, тренінги та самоосвіта для батьків (застосування батьками системи "винагороди-наслідок").

Рекомендації: організація простору та часу дитини, планування розкладу дня, щадний психоемоційний режим, позитивне підкріплення дитини за успіхи, корекційні ігри.

Висновки.

Діагностика СДУГ базується на детальному зборі анамнезу, клінічних проявів, оцінки поведінки дитини у різних середовищах та виключенні неврологічного та соматичного підґрунтя патології у дитини. Раннє виявлення

СДУГ і своєчасне застосування корекційних заходів із використанням сучасних методів дає змогу досягти суттєвих позитивних результатів. Корекційна робота має бути комплексною та поєднувати методи поведінкової модифікації, психолого-педагогічної корекції, психотерапії. Медикаментозне лікування також відіграє важливу роль у терапії СДУГ, однак його призначають лише у випадках, коли когнітивні та поведінкові порушення у дитини не вдається подолати виключно немедикаментозними засобами.

Щодо лікування, то воно є комплексним. Для дітей, які не досягли 6-річного віку пропонованим “золотим стандартом” є використання немедикаментозних методів, такі як: самоосвіта, КПТ та робота із сім’єю та оточенням. Інші методи, такі як, неінвазивна стимуляція мозку та/або використання фізичної активності (спорт, йога) не мають достатньої доказової бази, тому не можуть використовуватися, як базисна терапія для лікування СДУГ у дітей, а лише, як потенційні додаткові компоненти. Правильна кваліфікація коморбідних розладів вкрай важлива для правильного планування терапевтичної тактики у кожної дитини із СДУГ. Стосовно дітей, які досягли 6-річного віку, що мають тяжкі прояви захворювання та не мають адекватної відповіді на попереднє лікування, перевага надається медикаментозному лікуванню у поєднанні з психотерапевтичними методами. Обов’язковим є постійний контроль ефективності та побічних ефектів використання лікарських засобів та наявності/відсутності покращення симптомів СДУГ і відповідна корекція дозування та заміна препаратів за необхідністю.

Варто зробити висновок, що лікування СДУГ може бути ефективним тільки за умов зацікавленості та обізнаності усіх сторін та їх співпраці (лікарів, батьків, викладачів шкіл та дитини), комплексному підході та використанні адекватних доказових методів лікування.

Список використаних джерел

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018; останній перегляд 2025). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NICE guideline NG87). London: NICE
2. American Academy of Pediatrics (AAP). (2019). Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents (4–18 years). *Pediatrics*, 144(4): e20192528.
3. Conners, C. K. (Conners’ Rating Scales). Conners 3 (тест/шкала для оцінки поведінки та симптомів у дітей).
4. DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (2016). *ADHD Rating Scale–5 for Children and Adolescents*. Guilford Press.
5. Orlando Villegas. Desorden deficitario de atención e hiperactividad. *Revista de Psicología*. 1989. Vol. 7. No 1. P. 63-73.
6. Платаш Л. Наукові підходи до вивчення проблеми синдрому дефіциту уваги та гіперактивності. *Молодь і ринок*. 2013. No 4 (99). С. 82-86.
7. Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.