



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ

**«ДОСЯГНЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ТА
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ – 2020»**

**ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ У НАУКОВИХ ГУРТКАХ КАФЕДР ЗДМУ
on-line**

16 грудня 2020 р.



м. Запоріжжя

ЛЮБИ ДРУЗИ!

З радістю повідомляємо вам, що 16.12.2020 в Запорізькому державному медичному університеті була проведена наукова конференція студентів «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2020». У цьому збірнику викладені матеріали, які дозволяють узагальнити досягнуті результати науково-дослідних робіт студентів і магістрів усіх факультетів і спеціальностей, виконані під керівництвом викладачів в 2019/20 навчальному році. Представлені роботи присвячені фундаментальній та клінічній медицині, фармації, стоматології, лабораторній діагностиці, ерготерапії, а також правовим і гуманітарним аспектам медицини і фармації. Тези робіт рекомендовані до опублікування Оргкомітетом і відповідними секціями науково-практичної конференції.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

ректор ЗДМУ, проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови:

проф. Туманський В.О., проф. Бєленічев І.Ф.

Члени оргкомітету:

доц. Авраменко М.О., проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Шаравара Л.П., ас. Земляний Я.В., доц. Бурега Ю.О., доц. Бірюк І.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

Секретаріат:

доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Борсук С.О., ас. Вакула Д.О., ас. Данилюк М.Б., ас. Данукало М.В., ас. Дічко Г.О., ас. Котенко М.С., ас. Курілець Л.О., ас. Чернявський А.В., студенти Безверхий А.А., Лихасенко О.Ф., Моргунцов В.О., Москалюк А.С, Федоров А.І.

Матеріали і методи: Проведено огляд наукової літератури та аналіз статистичних даних за останні 5 років з теми: «Алергічні прояви у дітей від 0 до 3 років». Здійснено анкетування серед батьків дітей віком від 0 до 3 років та проведено аналіз історій хвороб 1012 дітей, які лікувались у грудному відділенні з соматичною патологією на базі КНП «Міська дитяча лікарня №5» ЗМР» м. Запоріжжя.

Результати досліджень: Аналіз історій захворювання показав, що 252 дитини (24,9%) мали алергічні прояви, із них віком до 12 місяців - 60 осіб (24%); від 1-го до 2-х років – 108 осіб (42,8%); від 2-х до 3-х років – 84 особи (33,2%). Всього на грудному вигодовуванні знаходилось 90,8%, із них припинення грудного вигодовування до 7 місяців мали місце у 62,5%, після 7 місяців – 28,2% та 9,2% – на штучному вигодовуванні. Було виокремлено 3 основні групи чинникових алергенів: медикаментозні – 16%, суміші для штучного вигодовування – 9,1% та інші харчові продукти - 75%.

Висновок: Ризик розвитку алергії збільшується у дітей із введенням прикорму та припиненням грудного вигодовування. Суттєвими факторами ризику розвитку медикаментозної алергії є хімічні домішки, що містяться у рідких лікарських формах для дітей.

ФЕНОТИПІЧНА ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ СІМПСОНА-ГОЛАБІ- БЕМЕЛЯ.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Гайдамака М. С., Перепелиця М.Г. 2 медичний факультет, 6 курс

Наукові керівники: Гиря О. М., к.мед.н., доцент, Лебединець О. М., к.мед.н., асистент

Кафедра госпітальної педіатрії

Прояви рідкісних генетично-обумовлених захворювань у кожної дитини можуть мати свої особливості, що викликає певні труднощі при встановленні діагнозу. Синдром Сімпсона-Голабі-Бемеля – це рідкісне спадкове захворювання, яке характеризується надмірним ростом і ураженням різних органів та систем. З урахуванням літературних даних щодо клінічного поліморфізму, актуальним є виявлення особливостей прояву синдрому у конкретного пацієнта.

Метою дослідження було описати випадок означеного синдрому у хлопчика 10 років, який проходив обстеження та лікування в КНП «ЗОКДЛ» ЗОР. Дитина народилась з масою 2870 г, ростом 52 см, потребувала реанімаційної допомоги. З народження виявлено ураження серця (кардит, гіпертрофія міокарду лівого шлуночка) та нирок (нефропатія з протеїнурією). Проведено каріотипування (нормальний каріотип хлопчика). З раннього віку – надлишкові рост і маса тіла (в 6 місяців – 75 см і 10 кг, в 3,5 роки - 118 см і 30 кг, в 7 років – 154 см і 61 кг). У віці 3,5 роки було сформовано підозру на наявність синдрому Сімпсона-Голабі-Бемеля та дитина була направлена в КЗОЗ «Спеціалізований медико-генетичний центр», м. Харків, де цей діагноз було підтверджено. При зверненні у віці 10 років домінували прояви: кардіоміопатія з гіпертрофією міокарда (товщина міжшлуночкової перетинки та задньої стінки лівого шлуночку 16 мм) зі зниженням скоротливої здатності міокарду лівого шлуночка протягом року (фракція викиду 41-44-47%), серцева недостатність (II А ст.), нефропатія (з мікроальбумінурією), надмірний рост (166 см), ожиріння (маса 89 кг, ІМТ – 32,5), сколіоз грудо-поперекового відділу хребта II ст., затримка темпів психомовного розвитку.

Особливістю випадку є прояви раннього важкого ураження серцево-судинної системи з формуванням кардіоміопатії з гіпертрофією міокарда, зниженням фракції викиду та серцевою недостатністю, що не було раніше описано в доступній літературі, та потребує подальшого спостереження.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ГАСТРОШИЗСУ

Давидова А. Ж.

2 медичний факультет, 6 курс

Науковий керівник: к.м.н., доц. Макарова М. О.

Кафедра дитячої хірургії та анестезіології

Актуальність: на сьогоднішній день питання про принципи лікування гастрошизису є актуальним, адже залишається високим відсоток народжуваності дітей з даним діагнозом (частота 1:10 000 пологів) і низький відсоток виживання.

Мета роботи: встановити клінічні особливості дітей з гастрошизисом та оцінити можливості покращення результатів хірургічного лікування.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз результатів лікування за даними 37 історій хвороб дітей з діагнозом «гастрошизис» на клінічних базах кафедри дитячої хірургії та анестезіологіїм. Запоріжжя за останні 10 років.

Результати досліджень: За досліджуваний період проведене лікування 37 хворих з гастрошизисом, із них було 19 дівчат та 18 хлопчиків. У 30 дітей (81%) була ізольована форма, у 7-и (19%) – в поєднанні з атрезією кишківника. У післяопераційному періоді було 5 летальних випадків (13%), що були пов'язані з екстремально низькою вагою тіла (маса двох дітей нижче 1 000 гр) та тяжкими супутніми захворюваннями (респіраторний дистрес-синдром (РДС) – 2 випадки, некротизуючий ентероколіт (НЕК) – 2 випадки, сепсис новонароджених – 1 випадок).

Оперативне втручання за Біанчі було виконано у 20 дітей, при цьому зафіксовано 2 летальних випадки (10%) внаслідок НЕК. Пластика передньої черевної стінки місцевими тканинами була проведена у 15 дітей, летальність у двох випадках (13%): 1 – внаслідок РДС, 1 – сепсис новонароджених. У двох дітей використовувалась сілопластика (летальність в одному випадку (50%) внаслідок тяжкого РДС). При поєднанні гастрошизису з атрезією кишківника у двох випадках було проведене накладання тимчасові стоми, в 5 випадках – корекція непрохідності кишківника шляхом накладання прямого анастомозу з позитивними результатами без ускладнень.

Висновок: після первинної радикальної пластики черевної стінки при гастрошизисі, у тому числі за Біанчі, виживання більше, і число післяопераційних ускладнень мінімальне. Таким чином, необхідно завжди намагатися провести радикальну операцію, а інші методи застосовувати у тих випадках, коли первинна радикальна операція виявляється неможливою. При атрезії дистальних відділів клубової кишки чи при наявності значного розширення кишечника більш доцільно накладання кишкової стоми до відновлення роботи кишківника та зменшення діаметру проксимального відділу з наступним накладанням кишкового анастомозу. При незначному розширенні привідної кишки можна рекомендувати накладання прямого анастомозу.