

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і**  
**молодих вчених**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ**  
**«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ**  
**МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»**

**в рамках I туру «Всеукраїнського конкурсу студентських**  
**наукових робіт з галузей звань і спеціальностей**  
**у 2018 – 2019 н.р.»**

**06 – 07 лютого 2019 року**

**Запоріжжя – 2019**

## **ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ**

**Голова оргкомітету:**

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

**Заступники голови:**

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

**Члени оргкомітету:**

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

**Секретар:** Брезицька К.

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ФАКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО РЕЗУЛЬТАТУ**

Запорожченко Є.А.

І медичний факультет, IV курс

Мозкові інсульти в даний час є актуальною проблемою. Інсульт є третьою причиною смертності та однією з основних причин інвалідизації працездатного населення. Згідно з офіційною статистикою, в Україні щорічно відбувається до 100 тис. інсультів. Найбільш агресивним типом ішемічного інсульту є злоякісний інсульт (ЗІ). Ця група хворих схильна до високого ризику прогресуючого погіршення неврологічного та соматичного статусів аж до летального результату. Термін «злоякісний» був вперше використаний Naske et al. (1996р.), щоб охарактеризувати тотальний інфаркт зони кровопостачання середньої мозкової артерії, що супроводжується мас-ефектом, який розвивається протягом перших 5 днів після появи симптомів і пов'язаний з приблизно 80% смертністю. Злоякісна еволюція інфаркту послідовно пов'язана з обсягом ішемічного мозку. Поразка понад дві третини території МСА, прогнозує розвиток ЗІ з ймовірністю до 91%. Вищевказані ускладнення пов'язані з розвитком злоякісного набряку мозку в зоні гострого порушення кровообігу в перші 48 години після інсульту, що призводить до підвищення внутрішньочерепного тиску і розвитку дислокаційного синдрому. У той же час, злоякісний інфаркт мозочка пов'язаний не тільки з об'ємним впливом збільшеної в обсязі півкулі на життєво важливі структури, а й розвитком гострої оклюзійної гідроцефалії. Одним з методів боротьби з проявами дислокаційного синдрому є декомпресія головного мозку, як зовнішня так і внутрішня.

В останні роки в літературі було багато публікацій, в яких автори відзначали, що проведення ДКТ дозволяє в 2-3 рази знизити летальність у хворих зі злоякісним перебігом ішемічного інсульту. З 2003 р. було проведено багато рандомізованих досліджень по вивченню ДКТ у пацієнтів зі злоякісним півкульним інсультом (такі як «HAMLET» Голандія 2009 р., «DESTINY 1,2» Німеччина 2008-2012р.р., «DECIMAL» Франція 2007р.). Але результати лікування пацієнтів зі злоякісним інфарктом головного мозку залишаються незадовільними.

**Мета.** Визначення факторів несприятливого результату хірургічного лікування злоякісного ішемічного інсульту.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування злоякісного ішемічного інсульту. Всього було 15 спостережень. Всі пацієнти проходили лікування на базі нейрохірургічного відділення КУ «ЗОКЛ» ЗОР. Хірургічне лікування включало в себе: декомпресивна гемікраніектомія при півкульному інсульті, зовнішнє вентрикулярне дренивання або декомпресивна трепанація ЗЧЯ з ламінектомією С1С2 і зовнішнім вентрикулярним дрениванням при інсульті в ВББ. До випадків з несприятливим результатом були віднесені: летальний результат, 4-5 ступінь інвалідизації за модифікованою шкалою Ренкіна через три місяці після розвитку симптомом інсульту.

**Результати.** Всі пацієнти були чоловічої статі. Серед них було: 8 (53,3%) молодого віку, 6 (40%) середнього віку і 1 похилого віку. Злоякісний інсульт у великих півкулях відзначений в 10 спостереженнях (67%), серед яких в доміантній гемісфері (лівій) - 3, недоміантній (правій) - 7. Інсульт в ВББ відзначений в 5 спостереженнях (33%). Ступінь порушення свідомості по ШКГ до 6-ти балів - 5 спостережень (33%) з них 3 спостереження злоякісного інсульту в ВББ. 7-8 балів - 1 спостереження і 9-ть балів і вище - 7 (47%), в двох випадках з огляду на глибoku седацию пацієнтів, на момент надходження, визначити рівень порушення свідомості було неможливо. Однак гемодинамічних порушень в цих випадках не відзначено. Хірургічне лікування проводилося в 1-у добу після розвитку симптомів в одному випадку, на 2-у добу - 3 (20%) спостереження, на 3 – 5 добу - 11 спостережень (73%). Геморагічна трансформація відмічена в 9 (60%) випадках. Летальний результат відзначений в 8-ми спостереженнях (53,3%). Серед них в 5 (62,5%) спостереженнях рівень порушення свідомості по ШКГ був 6 балів і нижче. В 7-ми спостереженнях (87,5%) оперативне втручання проводилось на 3-ю і більш добу після розвитку симптомів. Серед 3 летальних випадків лікування злоякісного інсульту в ВББ у всіх спостереженнях рівень порушення свідомості по ШКГ був 6 балів і нижче, за даними МРТ відзначалася дислокація мигдаликів мозочка у великий потиличний отвір. У цій групі пацієнтів оперативне лікування обмежилось зовнішнім дрениванням шлуночкової системи. Летальність серед півкульних інсультів склала 50%. Всі випадки лікування інсульту в доміантній гемісфері закінчилися летально. Смертність у випадках ураження недоміантної гемісфери - 28,5%. Геморагічна трансформація відмічена в 4 (50%) випадках. Серед тих, хто вижив - два спостереження інсульту в ВББ. В обох випадках на МРТ не відзначено дислокації мигдаликів мозочка в ВПО, були відсутні порушення гемодинаміки. Серед них в одному випадку виконана декомпресивна трепанація ЗЧЯ з резекцією заднього півкільця С1С2 і зовнішнім дрениванням шлуночкової системи, а в другому випадку тільки зовнішнє дренивання. В обох спостереженнях через три місяці після розвитку симптомів відзначений успішний результат, 1 ступінь по мШР. Серед п'яти випадків успішного результату хірургічного лікування злоякісного півкульного інсульту у всіх випадках постраждала недоміантна гемісфера. У 4-х спостереженнях (80%) оперативне втручання проведено протягом перших трьох діб після розвитку симптомів. Також в 4-х спостереженнях рівень порушення свідомості по ШКГ більше 11-ти балів. У всіх спостереженнях через три місяці після розвитку симптомів відзначений успішний результат

3-м ступенем інвалідизації по мШР. Геморагічна трансформація відзначена в 5 (71%) випадках.

**Висновки:** До факторів несприятливого результату хірургічного лікування злоякісного ішемічного інсульту відносяться:

1. Наявність дислокаційної синдрому з вклиненням мигдаликів мозочка в БЗО;
2. Рівень порушення свідомості по ШКГ 6 балів і нижче;
3. Хірургічне лікування пізніше, ніж на 3-у добу після розвитку симптоматики.
4. Ураження доміантної півкулі.

CRYPTOCOCCAL BRAIN DAMAGE IN PATIENTS WITH CO-INFECTION TUBERCULOSIS/HIV .....	32
Mohith Kumar Kothapalli	
АНАЛІЗ ВИПАДКУ ФУЛЬМІНАНТНОЇ ФОРМИ ГЕПАТИТУ В, ЯКИЙ ЗАКІНЧИВСЯ ЛЕТАЛЬНО У ХВОРОГО 41 РОКУ .....	33
Богдан І.І., Федько К.О.	
АПКОПЛАСТ МАЛЯРІЙНОГО ПЛАЗМОДІЯ .....	34
Дубовик Д. Ю.	
ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ВІТАМІНУ D ПРИ СИФІЛІТИЧНІЙ ІНФЕКЦІЇ .....	35
Коваленко А.Ю., Дмитренко І.П.	
TOXOPLASMA GONDII: КЛІТИННІ ВЗАЄМОДІЇ У СИСТЕМІ ПАРАЗИТ-ХАЗЯЇН .....	36
Курінна В.С.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ. ....	38
Мазур О.С.	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА .....	39
Пилипенко А.Г.	
<b>АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ</b> .....	40
ВИВЧЕННЯ РОЛІ HSP70 РЕГУЛЯЦІЇ ЕНЕРГЕТИЧНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГПМК .....	40
Боднарчук Я.Б., Ковальчук Д.О.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ШЕМІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИХОДУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ЗАХВОРЮВАННЯ .....	41
І медичний факультет	
ПСЕВДОМОРФОЗ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ В ІНТЕРНЕТ-ПРОСТОРИ НА ПРИКЛАДІ ПСІОПЕРАТОРІВ: КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ .....	41
Дегтяренко В. Р.	
ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ. КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ .....	43
Демченко А. В.	
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНОГО ШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ФАКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО РЕЗУЛЬТАТУ .....	44
Запорожченко Є.А.	
ВЕНОЗНІ МОЗКОВІ ІНСУЛЬТИ (КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ) .....	45
Коваленко В.А.	
ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПАТЕРНІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ІНТЕРНЕТ- КОРИСТУВАННЯМ, НА СТРУКТУРУ ТА ДИНАМІКУ АДИКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН .....	46
Мороз Д.В.	
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ З ІНСУЛЬТОПОДІБНИМ ПЕРЕБІГОМ .....	48
Пухальський М. П.	