



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
науково-практичної конференції з міжнародною
участю молодих вчених та студентів
«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації 2019»
13 – 17 травня 2019 року



УДК: 61

A43

Конференція включена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій 2019 року (179), посвідчення Укр ІНТЕІ № 125 від 29.03.2019.

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Компанієць В.М., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., проф. Разнатовська О.М., голова студентської ради Усатенко М.С.

Секретаріат: доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., студенти Подлужний Г.С., Москалюк А.С, Скоба В.С, Гонтаренко Е.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 13-17 травня 2019 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 200с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2019.

ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ М-ЕХО У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Таланова О.С., Степанова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. В Україні 5% населення страждає від зменшеної маси тіла. На теперішній час, коли активно пропагандуються певні стандарти краси жінок, більшість жінок намагаються досягти їх, але не здоровим харчуванням, та не фізичними вправами, а виснаженням себе. Зараз передовою проблемою серед вчених віддається проблемі ожиріння, але анорексія та зменшена маса тіла теж має місце бути. Розладу харчової поведінки більш підвержені підлітки, але проблема не оминає жінок старшого віку. Нервова анорексія є найпоширенішим розладом харчової та психічної поведінки і з високою смертністю. Також участь на зниження маси тіла впливають наркоманія та куріння. Різде зниження маси тіла негативно впливає на репродуктивне здоров'я жінок. Під репродуктивним здоров'ям розуміється не просто відсутність хвороби, а стан соматичного, емоційного, інтелектуального і соціального благополуччя щодо сексуальності. У репродуктивному віці захворювання нервовою анорексією характеризується психічною аменореєю. З'являються ознаки сомато-ендокринних порушень: зникнення підшкірно-жирової клітковини, оліго-, а потім аменорея, дистрофічні зміни з боку внутрішніх органів, випадіння волосся, зміна біохімічних показників крові.

Мета дослідження: визначити залежність розмірів М-ехо матки у жінок репродуктивного віку в залежності від їх індексу маси тіла (ІМТ). Встановити взаємозв'язок між ІМТ жінок та змінами розмірів матки у жінок дітородного віку.

Матеріал і методи. Об'єктами вивчення стали 97 маток жінок від 18 до 35 років. Дані щодо розмірів матки були отримані за допомогою методу ультразвукового дослідження. Досліджуваних жінок було розділено на 2 групи в залежності від індексу маси тіла за Кетле: І – жінки з нормальною масою тіла (ІМТ=18,0 – 24,9), ІІ – жінки зі зменшеною масою тіла (ІМТ до 18). Результати обробляли методом варіаційної статистики та вважали достовірними при $p \leq 0,05$.

Отримані результати. В першій групі жінок було встановлено, що розміри М-ехо дорівнюють 7,2 мм, у жінок другої групи зі зменшеною масою тіла розміри сягають 5,9 мм, що значно менше в порівнянні з жінками у яких ІМТ в межах від 18,0 до 24,9

Висновки: в результаті цього дослідження було встановлено, що у жінок зі зниженою вагою тіла розміри М-ехо зменшені, ніж у жінок з нормальною вагою.

ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА

Таланова О.С., Степанова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Дефіцит маси тіла для жінок, найчастіше, призводить до порушення менструального циклу та в майбутньому до акушерських ускладнень та гінекологічних захворювань. Зменшення маси тіла більше ніж на 15% проявляється аменореєю, олігоменореєю, опсоменореєю. Незбалансоване харчування призводить організм до стресової ситуації, що провокує розлади в функціональних системах організму. Через популяризацію худорлявості жінки критично ставляться до своєї зовнішності, це підвищує рівень стресу та може призвести до нервової анорексії, обмеження себе в харчуванні. Це розлади харчування, які можуть мати доволі подібні вияви і різне походження. В основі психіатричного генезу нервової анорексії нерідко лежить спотворене уявлення про власне тіло та змінене ставлення до процесу харчування.

Мета дослідження: визначити залежність розмірів цервікального каналу матки у жінок репродуктивного віку в залежності від їх індексу маси тіла (ІМТ). Встановити взаємозв'язок між ІМТ жінок та змінами розмірів матки у жінок дітородного віку.

Матеріал і методи. Об'єктами вивчення стали 97 маток жінок від 18 до 35 років. Дані щодо розмірів цервікального каналу матки були отримані за допомогою методу ультразвукового дослідження. Досліджуваних жінок було розділено на 2 групи в залежності від індексу маси тіла за Кетле: І – жінки з

нормальною вагою тіла (ІМТ=18,0 – 24,9), II – жінки зі зменшеною масою тіла (ІМТ до 18). Результати обробляли методом варіаційної статистики та вважали достовірними при $p \leq 0,05$.

Отримані результати. В першій групі жінок було встановлено, що розміри цервікального каналу дорівнюють 1,58 мм, у жінок другої групи зі зменшеною масою тіла розміри сягають 1,24 мм.

Висновки: в результаті цього дослідження було встановлено, що у жінок зі зниженою масою тіла розміри цервікального каналу зменшені, ніж у жінок з нормальною масою. В майбутньому це може призвести до проблем з виношуванням плоду та родовою діяльністю.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАРВЕДИЛОЛУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Тимочко Н.Б.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Вступ. Сьогодні є недостатньо вивченим лікування хворих у відновному періоді після перенесеного ІМ. Актуальність проблеми відновного лікування хворих, що перенесли ІМ, особливо з супутніми факторами ризику, зумовлює необхідність поглибленого вивчення фізичних навантажень у постінфарктному періоді, розробки інформативних діагностичних критеріїв, а також нових диференційованих підходів до лікування та реабілітації цієї категорії хворих.

Мета дослідження. Підвищення ефективності лікування хворих у відновному періоді після перенесеного інфаркту міокарда з супутніми коморбідними станами, а саме артеріальною гіпертензією, серцевою недостатністю та ожирінням на основі оцінки клінічних даних, об'єктивного статусу та забезпечення адекватних фізичних навантажень на фоні медикаментозної корекції.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих віком від 40 до 75 років, що перенесли Q- та Non-Q-інфаркт міокарду та з супутніми: серцевою недостатністю, ожирінням, гіпертонічною хворобою та сукупністю факторів ризику, які знаходились на етапі реабілітації та відновного лікування. Всіх хворих розподілено на дві групи: першу групу склали 38 пацієнтів, які отримували стандартну терапію; до другої групи належали 42 пацієнтів, у яких окрім стандартної терапії застосовували бета-адреноблокатор карведілол. Лікування та спостереження хворих проводили на протязі дванадцяти місяців після індексної події, у хворих оцінювали клінічну картину, об'єктивні ознаки, показники шестихвилинного тесту ходьби.

Отримані результати. У процесі спостереження виявлено зменшення відсотка осіб із проявами СН, а саме: задишкою, серцебиттям, загальною слабкістю. У групі стандартної терапії через 3 міс лікування їх було відповідно 68,6 %, 42,00 % і 55 %, а в групі з застосуванням карведілолу – по 50,0 %, 31,00 % і 45,5 % хворих. Відсоток хворих, в яких вислуховувався систолічний шум на верхівці через 12 місяців лікування, в групі стандартної терапії зменшився з 60,06 % до лікування до 14,3 %, а в пацієнтів групи карведілолу на 3-му міс лікування прослуховувався у 42,0 %, на 12-му міс терапії – у 25,3 % пацієнтів. Найбільш частою ознакою була пастозність нижніх кінцівок – у 86,66 % хворих групи стандартної терапії і у 82,75 % основної групи (стандартна терапія+карведілол). На 3-му міс терапії пастозність нижніх кінцівок спостерігалась, відповідно у 60,00 % і 44,82 % пацієнтів, а на 12-му міс терапії дану ознаку діагностовано в 40,00 % і 17,24 % хворих відповідно.

Аналізуючи показники шестихвилинного тесту ходьби у хворих через 3 місяці застосування метопрололу величина САТ до навантаження сягала (148,32±2,76) мм рт. ст. і перевищувала початкові дані на 13,34 мм рт. ст., то в пацієнтів, лікованих карведілолом, цей показник склав (146,2±2,06) мм рт. ст. і був нижчим порівняно з початковими даними на 24,41 мм рт. ст. На 12-му міс лікування рівень САТ до навантаження склав (136,36±2,48) мм рт. ст. і був нижчим, порівняно з вихідними даними, на 26,71 мм рт. ст. у групі порівняння, а на фоні терапії карведілолом до навантаження досяг меж норми і склав (127,04±1,96) мм рт. ст., що нижче, порівняно з вихідними даними на 37,54 мм рт. ст. Провівши аналіз рівнів САТ після навантаження, відзначено, що на 3-му міс лікування метопрололом рівень САТ після навантаження склав (168,18±2,65) мм рт. ст. і був на 7,07 мм рт. ст. вище порівняно з вихідними показниками, а у хворих, лікованих карведілолом, на 3-му міс лікування рівень САТ після навантаження склав (163,32±2,51) мм рт. ст. і був вищим від вихідного рівня на 13,56 мм рт. ст. На 12-му міс лікування рівень САТ після навантаження склав (164,32±2,34) мм рт. ст., що на 13,78 мм рт. ст. більше вихідних показників, і (145,54±2,22) мм рт. ст., що на 36,60 мм рт. ст. більше порівняно з вихідним рівнем.

ВПЛИВ АНТИОКСИДАНТУ ТІОТРИАЗОЛІНУ НА ПАРАМЕТРИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ ТА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ.....	106
Світлицька О.А.	
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ЛАБОРАТОРНО- ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ХВОРИХ З ПОСТІЙНОЮ ФОРМОЮ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ І ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ	107
Сиволап В.Д., Базун Є.І., Богослав Т.В., Мікаєлян Г.Р.	
ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ КОМОРБІДНУ З ТИРЕОЇДНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	108
Сиволап В.Д., Гонтаренко Е.О., Гура Е.Ю., Лашкул Д.А.	
ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ТА АНАЛІЗ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ПЛОДУ У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ.....	109
Сидоренко Н.М. , Сухонос О.С., Авраменко Н.В.	
DEVELOPMENT AND EVALUATION NITRENDIPINE ANOEMULSION OF INTRANASAL DELIVERY	110
Siddiraju Koushik	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОРОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В 2017-2018 РР. В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ	110
Сіліна Є.А., Пухир В.П.	
ОСНОВНІ ВИДИ КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	111
Сінча Е.А.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЖОВЧОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ, УСКЛАДНЕНОЮ СИНДРОМОМ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ.....	111
Славчева О.С.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ІНФІЛЬТРУЮЧОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ НА ТЕРИТОРІЇ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	112
Сліпньова М.О.	
ДЕФОРМАЦІЙНІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІВИХ КАМЕР СЕРЦЯ У ГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЖІНОК В СТАНІ ПОСТМЕНОПАУЗИ З РІЗНИМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА.....	113
Соколова М.В.	
ПРЕДИКТОРИ ГОСПІТАЛЬНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ Q-ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЗА ДАНИМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ	114
Стегайлова А.Д.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ L-АРГІНІНУ ТА БІСФОСФОНАТИВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ	114
Стецюк І.О.	
СУЧАСНИЙ СТАН ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА	115
Сухонос О.С.	
ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ M-ECHO У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	116
Таланова О.С., Степанова А.О.	
ПОРІВНЯННЯ РОЗМІРІВ ЦЕРВІКАЛЬНОГО КАНАЛУ У ЖІНОК РІЗНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗІ ЗНИЖЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	116
Таланова О.С., Степанова А.О.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КАРВЕДИЛОЛУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	117
Тимочко Н.Б.	
СТАН М'ЯЗОВОЇ ВИТРИВАЛОСТІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	118
Тисленко В.Г., Чудова Н.І.	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ.....	119
Тіткова О.Ю., Фам Тхі Нгок Хуєн	