

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE  
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE  
MEDICAL UNIVERSITY

# XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL  
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2019  
APRIL 15-17, 2019

ТЕРНОПІЛЬ  
УКРМЕДКНИГА

**Відповідальний редактор:**

Ректор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,  
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

**Заступники відповідального редактора:** проф. І.М. Кліщ

**Редакційна колегія:**

*Асистент: А.І. Дуб, С.В. Кучер*

*Студенти: М. Рябоконь, О. Косман, Л. Стасишин, І. Стецюк, В. Стецька, А. Брик, П. Левчук,  
Ю. Бандрівська, Б. Довгий, О. Болюх, У. Сатурська, Т. Попович, В. Косовська, О. Сопель,  
Н. Савчук, Т. Швець, Л. Мазур, О. Пастушина, С. Бандрівська, Ю. Ковальчук*

правих і лівих скроневих частках кількість нападів була приблизно однаковою. За передопераційною частотою нападів 1 напад мали 7% хворих, від 2 до 10 нападів - 40% хворих, більше 10 - 53% хворих. За часом виявлення до 12 місяців хворіли 57 хворих, від 13 до 60 місяців 12 хворих і більше 60 місяців - 22 хворих. В доопераційний період приймали препарати: 1 препарат 45% хворих, 2 препарати 22%, 3 препарати 11% і більше 3 - 10% хворих. Післяопераційна частота нападів: напади повністю припинилися в 47% хворих, напади збереглися в 34%, смерть хворого 19%.

**Висновки:** У 42 з 76 пацієнтів живих на момент оцінки віддалених результатів, повністю пройшли епілептичні напади. У 27 з 76 наступило значне покращення, але зберігаються поодинокі напади. У 7 з 76 людей напади зберігаються з тією ж частотою, як до операції. 15 пацієнтів померло що характерно у підгрупі пацієнтів з гліобlastомами;

*Максимович Анастасія, Палій Світлана*  
**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АНОМАЛІЇ КІММЕРЛЕ**

Кафедра неврології  
Науковий керівник – канд. мед. наук, доц. З.В. Салій  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
Тернопіль, Україна

Аномалія Киммерле – це патологія першого шийного хребця (атланта) для якої характерна поява додаткової кісткової дужки (містка), що може спричинити обмеження рухомості хребтової артерії при розгинанні та поворотах голови, ірритацію периартеріального нервового сплетення та сприяти формуванню клінічних проявів дисциркуляції в вертебро-базиллярному басейні. Частота діагностики такої аномалії коливається в межах 12%–30%

**Мета роботи:** дослідити клінічні прояви аномалії Киммерле.

Проведено оцінку скарг, анамнезу та неврологічного статусу у 18 пацієнтів з рентгенологічними ознаками аномалії Киммерле. Середній вік – 35,11±11,69 років. Чоловіків було – 61,11 %, жінок – 38,89 %. У віковій групі 18-29 років було 7 (38,89 %) пацієнтів, 30-39 років – 4 (22,22 %) пацієнтів, 40-49 років 5 (27,78 %) пацієнтів, 50-59 років 2 (11,11 %) пацієнтів.

Патологію діагностували за допомогою методу цифрової рентгенографії (апарат Siemens). У 8 (44,44 %) пацієнтів (середній вік 34,00±11,48 років) діагностували неповну аномалію Киммерле, у решти 10 (55,55 %) пацієнтів (середній вік 36,50±11,81 років) – повну. У 6 пацієнтів патологію діагностували двобічно; у 8 патологія була вродженою, у 10 - набутою та поєднувалася з рентгенологічними ознаками дегенеративно-дистрофічних змін в шийному відділі хребта (55,55 %).

Діагноз при направленні на обстеження: «цервікалія», «вегетативна дисфункція», «цефалгічний синдром», «вертебро-базиллярна недостатність».

Детальний аналіз клінічної картини дозволив виділити провідні синдроми, які мали перманентний

чи пароксизмальний характер:

- цефалгічний (83,33 %) з такими характеристиками (біль голови потиличної локалізації (55,55 %), за типом гемікранії (27,78 %), постійного характеру (83,33 %) з пароксизмальним посиленням (61,11 %) при провокації (тривале перебування у вимушеному положенні, після сну, перерозгинанні шиї);

- кохлеарний (50 %)(відчуття шуму в голові чи вусі, яке посилювалося при перебуванні в горизонтальному положенні);

- неврологічної мікросимптоматики (27,78 %);
- синдром пароксизмальних станів (вестибулярні кризи (22,22 %), панічні атаки (22,22 %), дроп-атаки (1; 5,55 %)).

Встановлені клінічні прояви аномалії Киммерле потребують детального аналізу в поєднанні з результатами доплерографії, електроенцефалографії та методів нейровізуалізації.

*Матрьоніна Юлія, Паскаль Альона*  
**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ ПУЛЬС-ТЕРАПІЇ  
У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ РОЗСІЯНИЙ  
СКЛЕРОЗ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ**

Кафедра нервових хвороб  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. В.І. Дарій  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

**Актуальність.** Розсіяний склероз (РС) є найпоширенішим демієлінізуючим захворюванням, яке вражає осіб працездатного віку і швидко приводить до інвалідизації. Терапія таких пацієнтів має бути диференційованою залежно від типу перебігу та стадії захворювання.

**Мета.** Порівняння ефективності призначення пульс-терапії у хворих на рецидивуючий розсіяний склероз (PPC) у стадії загострення.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 20 пацієнтів (3 чоловіка і 17 жінок) з діагнозом РС у стадії загострення, із них 16 хворих (2 чоловіка і 14 жінок) на PPC. Хворі були розподілені на 2 групи: загальну (9) – з використанням пульс-терапії і групу порівняння (7) – з використанням базової терапії. Обстеження хворих проводилося на початку та після закінчення лікування. Ефективність лікування оцінювалася з використанням шкал Kurtzke та інвалідизації EDSS, враховувалась MPT-картина. Середній бал інвалідизації загальної групи – 3,83, групи порівняння – 3,64 (за шкалою EDSS).

**Результати.** Після курсу лікування хворих загальної групи відмічалася: у 77,8% пацієнтів зменшення неврологічного дефіциту зі зникненням окремих симптомів захворювання. Після курсу лікування хворих групи порівняння відмічалася у 42,9% пацієнтів зменшення вираженості неврологічної симптоматики. Середній бал інвалідизації після лікування у пацієнтів загальної групи – 3,11, а у пацієнтів порівняльної групи – 3,43 (за шкалою EDSS).

**Висновки.** У пацієнтів з використанням пульс-

терапії, у порівнянні з хворими, які її не отримували, лікування призвело до більшого регресу неврологічної симптоматики, що виражалось у зниженні ступеню інвалідизації (за шкалою EDSS).

*Насалик Роксолана, Могила Марія*

**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЮ МОЗКУ У ПОЄДНАННІ З ВНУТРІШНЬОЮ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ**

Кафедра неврології

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Шкробот  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

Було обстежено 59 хворих на ХІМ (чоловіків – 36 (61,02%), жінок – 23 (38,98%)), що знаходились на лікуванні в судинному відділенні Тернопільської обласної комунальної клінічної психо-неврологічної лікарні. Середній вік хворих склав (61,43±9,21) роки. Фоновим захворюванням у всіх пацієнтів була гіпертонічна хвороба, яка поєднувалася з церебральним атеросклерозом у 40 хворих (67,8 %). ХІМ І ст. була встановлена у 15 пацієнтів (25,42 %), ХІМ ІІ ст. – у 36 (61,02 %), ХІМ ІІІ ст. – у 8 (13,56 %).

До 1 групи увійшло 43 хворих (67,35%), у яких були ознаки внутрішньої (або переважала внутрішня при змішаній формі) ГЦ, серед них 30 чоловіків (69,77%) та 13 жінок (30,23%), середній вік яких склав (63,00±8,74) р. 2 групу склали 16 пацієнтів (32,65%) без проявів ВГЦ, серед них 11 жінок (68,75%) та 5 чоловіків (31,25%), середній вік яких склав (62,56±9,49) р.

Усім хворим була проведена ЕЕГ (апарат Neurofax Nihon Kohden) з використанням частотно-амплітудних показників по Е.А.Жирмунській (1997) для її клінічної характеристики.

При візуальному аналізі ЕЕГ у всіх хворих на ХІМ спостерігалися певні біоелектричні порушення головного мозку. У пацієнтів 1 групи порушення домінували порушення на рівні діенцефальних відділів головного мозку у 30 хворих (69,8%); подразнення кіркових відділів мали місце у 10 хворих (23,2%), стовбурових структур – у 3 хворих (7,0%).

У 2 групі порушення на рівні кіркових структур були встановлені у 9 пацієнтів (56,3%), на рівні діенцефального відділу – у 7 пацієнтів (43,7%), дисфункції у стовбурових структурах не було зафіксовано.

Суттєвих відмінностей у залежності від локалізації ВГЦ не виявлено: при переважному розширенні передніх рогів зацікавленість коркових відділів була встановлена у 3 хворих (17,65%), діенцефальних – у 13 хворих (76,47%), стовбурових – у 2 хворих (11,76%)., при переважному розширенні тіл бокових шлуночків – у 7 пацієнтів (26,93%), 17 (65,39%) та 1 (3,85%) відповідно.

Згідно отриманих результатів, зміни біопотенціалів головного мозку у пацієнтів без ВГЦ являються більш поверхневими та стосуються

переважно кіркових структур; у пацієнтів з ВГЦ – дифузніші, з ураженням глибинних відділів мозку. ВГЦ, не залежно від локалізації, погіршує біоелектричний стан головного мозку, посилюючи роз'єднання підкіркових структур з корою.

*Насалик Роксолана*

**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ СУДИН У ХВОРИХ З ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ**

Кафедра неврології

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.І. Шкробот  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
м. Тернопіль, Україна

**Мета** – оцінити стан екстра- та інтракраніального відділу брахіоцефальних судин та виявити особливості їх показників у пацієнтів з гідроцефалією (ГЦ) при хронічній ішемії мозку (ХІМ).

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 160 хворих з ХІМ (чоловіків – 92, жінок – 68). Середній вік хворих склав (65,78±9,11) роки. Фоновим захворюванням у всіх хворих була гіпертонічна хвороба, яка поєднувалася з церебральним атеросклерозом у 102 пацієнта (63,75%), з ішемічною хворобою серця – у 41 хворих (25,63%). ХІМ І ст. діагностовано у 25 обстежуваних (15,63%), ХІМ ІІ ст. – у 95 пацієнтів (59,38%), ХІМ ІІІ ст. – у 40 осіб (25%).

Стан церебральної гемодинаміки оцінювали за допомогою дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій (апарат Philips). При дослідженні загальної (ЗСА) та внутрішньої (ВСА) сонних артерій, передньої (ПСА), середньої (СМА) та задньої (ЗМА) мозкових артерій визначали пікову систолічну (ПСШК), кінцеву діастолічну (КДШК) швидкості кровоплину, індекс резистентності (ІР), діаметр судини та товщину комплексу інтима-медіа (Т КІМ).

Усі хворі були розподілені на 2 групи. До 1 групи увійшло 130 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 83 чоловіків та 47 жінок, віком від 49 до 82 років, середній вік яких склав (64,89±8,74) р. Легка ГЦ мала місце – у 32 хворих (24,62%), помірна – у 64 (49,23%), важка – у 34 хворих (26,15%). 2 групу (групу порівняння) склали 30 пацієнтів з ХІМ без проявів ГЦ, серед них було 21 жінок та 9 чоловіків, віком від 44 до 76 років, середній вік яких склав (63,56±9,49) р.

**Результати.** Гемодинамічно значимі стенози сонних артерій були виявлені у 51 хворих (39,23%) групи 1 та у 3 хворих (10 %) групи 2.

У пацієнтів групи 1 було виявлено збільшення діаметру ЗСА (7,63±0,08 мм проти 6,42±0,17 мм у осіб групи 2 (p<0,001)), діаметру ВСА (відповідно 5,04±0,08 мм та 4,72±0,18 мм (p<0,05)), потовщення КІМ (відповідно 1,12±0,03 мм та 0,84±0,05 мм (p<0,001)).

ПСШК у хворих групи 1 по ВСА та по ЗСА була достовірно (p<0,05) нижча, і склала (58,5±12,5) проти (74,42±5,4) см/с та (64,23±12,5) проти (69,8±3,2) см/с,

## •Неврологія •Нейрохірургія

Гаврилюк Яна

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК РІВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА ІЗ СТУПЕНЕМ ТЯЖКОСТІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ, КОГНІТИВНИМ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИМ ЗНИЖЕННЯМ У ПАЦІЄНТІВ З АТЕРОТРОМБОТИЧНИМ ПІДТИПОМ ПЕРВИННОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ** 72

Гулей Неля, Волян Христина, Вельгуш Тетяна

**ОСОБЛИВОСТІ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗМІН У ШИЙНОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА У ПРОГНОЗУВАННІ ТРАНЗИТОРНИХ ІШЕМІЧНИХ АТАК У ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ** 72

Гуменюк Вікторія, Карбовський Ніколай, Веко Божена

**ОЦІНКА ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПОРТРЕТУ МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ** 73

Дарій Іван

**ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ У ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ** 73

Дубинецька Вікторія

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ** 73

Дубровка Антон

**ВТОРИННА ГЕМОРАГІЧНА ПРОГРЕСІЯ КОНТУЗІЙНИХ ВОГНИЩ У ХВОРИХ З ТРАВМАТИЧНИМ СТИСНЕННЯМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ: ЧИННИКИ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА УТОЧНЕННЯ ПОКАЗІВ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ** 74

Дубровка Антон

**НЕЙРОКОМПРЕСІЙНИЙ ДИСКАГЕННИЙ СИНДРОМ (НКДС) ХРЕБТА У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ТА ЮНАЦЬКОГО ВІКУ: ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ** 74

Дуве Христина, Шкробот Анна.

**АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ АНЕВРИЗМАЛЬНИЙ СУБАРАХНОЇДАЛЬНИЙ КРОВОВИЛИВ.** 75

Дячина Юрій, Салій Марина

**ОЦІНКА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ІНСУЛЬТУ** 75

Карбовський Ніколай, Мигаль Вікторія

**КОРПОРАЛЬНА АКУПАНКТУРА В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ЦЕФАЛГІЙ У ДІТЕЙ** 76

Кожушко Василь, Павлик Ніколетта

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СКРОНЕВОЇ ЕПІЛЕПСІЇ** 76

Максимович Анастасія, Палій Світлана

**КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АНОМАЛІЇ КІММЕРЛЕ** 77

Матрьоніна Юлія, Паскаль Альона

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ ПУЛЬС-ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ** 77

Насалик Роксолана, Мозила Марія

**ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЄЮ МОЗКУ У ПОЄДНАННІ З ВНУТРІШНЬОЮ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ** 78