



ISSN 2522-1116

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

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

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**82 Всеукраїнської науково-практичної конференції з
міжнародною участю молодих вчених та студентів**

**«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації - 2022»**

17 травня 2022 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2022

УДК: 61
А43

Конференція входить до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2022 році

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

ГОЛОВА ОРГКОМІТЕТУ:

ректор ЗДМУ, Заслужений діяч науки і техніки України, **проф. КОЛЕСНИК Ю.М.**

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:

Проректор з наукової роботи, Заслужений діяч науки і техніки України,
проф. Туманський в.о.;

Голова Координаційної ради з наукової роботи студентів, **проф. Бєленічев і.ф.;**

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., проф. Павлов С.В.,
доц. Компанієць В.М., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф.,
доц. Шишкін М.А., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради
Федоров А.І.

Секретаріат: ас. Попазова О.О.; Будагов Р. І. заступник голови студентської
ради; Єложенко І. Л. голова навчально-наукового сектору студентської ради

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю
молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і
фармації – 2022» (Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, 17 травня 2022 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2022. – 121с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний
медичний університет, 2022.

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ СИМПАТИЧНОЇ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ	25
Кузьмічова К. А.	
ОЦІНКА ТАЗОВОГО ДНА У ЖІНОК ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	26
Кухта А. О.	
NGAL: СТОРОННІЙ СВІДОК ЧИ АКТИВНИЙ УЧАСНИК КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛІНГУ У ХВОРИХ НА ХСН?	27
Лисенко В. А.	
МОНІТОРИНГ АКТИВНОСТІ СПЕЦИФІЧНОГО ПРОЦЕСУ У ДІТЕЙ З НОВИМИ ВИПАДКАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ В ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ	27
Мирончук Ю. В.	
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ SAME-TT2R2 ПРИ ПРИЙОМІ ВАРФАРИНУ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ В УМОВАХ АНТИКОАГУЛЯНТНОГО КАБІНЕТУ	28
Михайловський Я. М.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО МІОКАРДИТУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	29
Лихасенко О. Ф.	
ПОЛІОМІЄЛІТ ПОВЕРНУВСЯ В УКРАЇНУ?.....	30
Міхальова А.-А. А.	
MEDICAL AND GEOGRAPHICAL FEATURES OF ONCOPATHOLOGY IN THE POPULATION OF ZAPOROZHYE REGION	30
Oleksenko L. M., Bashchenko E. V.	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК SARS-CoV-2-АСОЦІЙОВАНОГО ОРХОЕПІДІМІТУ	31
Пак К. А., Черкаський В. В.	
СПЕЦИФІКА ТЕРАПІЇ ПОСТІНФЕКЦІЙНОГО СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА	32
Підлубна Ю. В.	
NARCOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER AND COMORBID AFFECTIVE PATHOLOGY	33
Pliekhov V. A.	
РОЛЬ ПРОГРАМОВАНОЇ КЛІТИННОЇ ЗАГИБЕЛІ В ПАТОГЕНЕЗІ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ ЗАПАЛЬНІ БАКТЕРІАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	34
Погрібна А. О.	
СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ ШКОЛЯРІВ З НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.....	34
Подлужний М. С.	
ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПЕРЕДСЕРДНОГО СУБСТРАТУ ПІСЛЯ ПЕРВИННОЇ ПРОЦЕДУРИ РАДИОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ПРИ РЕЦИДИВІ АРИТМІЇ.....	35
Подлужний М. С. ¹	
ФРАНКЛІН ДЕЛАНО РУЗВЕЛЬТ: ПОЛІОМІЄЛІТ ЧИ СИНДРОМ ГІЄНА-БАРРЕ?.....	36
Гал В. О.	
ВПЛИВ КЛІНІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РИЗИК РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ.....	36
Прокопенко А. А.	
PECULIARITIES OF THE EARLY RECOVERY PERIOD IN PATIENTS WITH CEREBRAL ISCHEMIC STROKE, DEPENDING ON THE PRESENCE OF TYPE 2 DIABETES.....	37
Runcheva K. A.	
ВПЛИВ СИНУСИТУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ	38
Пустовар Ю. В.	
THE STATE OF HEALTH OF STUDENTS IN A LARGE METALLURGICAL CENTER.....	38
Sinegub M. O.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАННІХ СТРОКІВ ВАГІТНОСТІ СЕРЕД ЖІНОК-ВНУТРІШНЬОПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	39
Созанська М. А.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНИМИ ВТРАТАМИ В АНАМНЕЗІ.....	40
Соловійова Н. М.	
ТАМПОНАДА СЕРЦЯ, ЯК НАСЛІДОК, ПРОНИКАЮЧОГО ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ. ДІАГНОСТИКА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА	40
Попович П. В.	
ЗМІНИ ПІГМЕНТНОГО ЕПІТЕЛІУ ТА МАКУЛЯРНОЇ ОБЛАСТІ СІТКІВКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВОЛОГОЇ ФОРМИ ВМД	41
Тіткова О. Ю.	
ВИКОРИСТАННЯ СОНОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРОЖНИСТИХ УТВОРЕНЬ ЛЕГЕНЬ.....	42
Телушко Я. В.	
РЕКОМЕНДАЦІЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ЛЕГКОЮ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ	42
Чабанюк С. О.	
АНАЛІЗ ПРОТИВІРУСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХГС ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....	43
Ялова Г. В.	

гострого періоду ГПІ (у вигляді значення 4-5 балів за модифікованою шкалою Ренкіна на 21 добу захворювання). Статистична обробка результатів здійснювалася інструментами логістичного регресійного аналізу, ROC-аналізу, кореляційного аналізу.

Отримані результати. Раннє клініко-неврологічне погіршення (РКНП), летальний вихід та несприятливий функціональний вихід гострого періоду ГПІ відповідно в 92 (30,1%), 87 (28,4%) та 90 (29,1%) випадках. Розроблено 3 високочутливі мультипредикторні логістичні регресійні моделі, які інтегрують прогностичну цінність клініко-неврологічних (значення сумарного балу за FOUR, NIHSS) та нейровізуалізаційних показників (ОВМК, ЛДССМ, ОБВШК, локалізація осередку ураження) і дозволяють визначати індивідуальний ризик РКНП, летального виходу та несприятливого функціонального виходу гострого періоду ГПІ на тлі консервативної терапії ($AUC > 0,90$, $p < 0,05$). Також розроблено алгоритм клініко-нейровізуалізаційної верифікації прогнозу перебігу та виходу гострого періоду ГПІ на тлі консервативної терапії, який передбачає покрокове застосування наведених вище математичних моделей (І крок – верифікація вітального прогнозу, II крок – верифікація функціонального прогнозу у випадку сприятливого вітального прогнозу, III крок – верифікація індивідуального ризику РКНП). На підставі вище зазначеного алгоритму запропоновані заходи щодо удосконалення вибору оптимальної лікувальної тактики у зазначеного контингенту хворих.

Висновки. Розроблено алгоритм верифікації короткострокового прогнозу у пацієнтів з ГПІ на тлі консервативної терапії. Даний алгоритм передбачає покрокове застосування 3-х мультипредикторних логістичних регресійних моделей, які враховують ініціальні клініко-неврологічні та нейровізуалізаційні показники і дозволяють визначати індивідуальний ризик несприятливих варіантів перебігу та виходу гострого періоду ГПІ на тлі консервативної терапії.

ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЇ СИМПАТИЧНОЇ ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ

Кузьмічова К. А.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Воротинцев С. І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: провести теоретичний аналіз світових та вітчизняних наукових досліджень з питання ведення пацієнтів з пароксизмальною симпатичною гіперактивністю після тяжких ЧМТ.

Актуальність роботи: синдром пароксизмальної симпатичної активності сьогодні недостатньо вивчений. Його концептуальне значення та діагностичні критерії були встановлені лише у 2014 році, а принципи ведення таких пацієнтів досі чітко не сформульовані. Вивчення даної патології ще триває.

Методи дослідження: бібліосемантичний аналіз.

Результати. Пароксизмальна симпатична гіперактивність (ПСГ) – це сукупність адренергічних симптомів (ажитация, пітливість, гіпертензія, тахікардія тощо) та рухових розладів, таких як гіпертонус та розгинальна поза, що виникають внаслідок ушкодження головного мозку. 80% випадків ПСГ спричинено саме тяжкими ЧМТ. Загалом ПСГ зустрічається близько у 10% пацієнтів з ЧМТ. Основні фактори ризику: молодий вік (до 40 років), тяжке ушкодження головного мозку, лихоманка, дифузне ушкодження аксонів. Точна патофізіологія залишається невизначеною, але сучасні гіпотези включають втрату гальмівного контролю кори головного мозку. Епілептогенні механізми для даної патології не отримали підтвердження. Виникнення даного ускладнення значно подовжує час перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та подовжує час видужання. Також ПСГ збільшує частоту виникнення залишкової спастичної дистонії після ЧМТ. Для діагностики ПСГ консенсусна група експертів (Baguley IJ, Perkes IE et al., 2014) вперше дала конкретне визначення даній патології як «Синдром, що виникає у пацієнтів після тяжкої

черепно-мозкової травми з одночасним пароксизмальним транзиторним підвищенням симпатичної та рухової активності). Ними була розроблена балова шкала – the PSH Assessment Measure – для полегшення діагностики синдрому. Дана шкала складається з двох окремих блоків: клінічні ознаки для оцінки наявності і важкості надлишкової адренергічної та рухової активності (clinical features scale) та оцінка ймовірності діагнозу (diagnosis likelihood tool).

Висновки. Основна схема фармакотерапії включає в себе: пропранолол 20-80 мг/добу, габапентин 100-900 мг/добу, клонідин 0,1-0,2 мг, дантролен (в Україні не зареєстрований) 25-50 мг/8 годин; морфін 10-30 мг/4 години (або оксикодон 5-15 мг кожні 4 години). Це дозволяє скоротити час перебування пацієнта з ПСГ у відділенні АІТ та зменшити ризик виникнення ускладнень.

ОЦІНКА ТАЗОВОГО ДНА У ЖІНОК ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Кухта А. О.

Науковий керівник: к. мед. н. Олійник Н. С.

Кафедра акушерства та гінекології.

Мета дослідження. Дослідити ультразвукові критерії оцінки стану недостатності тазового дна у жінок .

Матеріали та методи. Обстежено 30 жінок . Середній вік жінок склав 27.8 ± 3.87 років. Основна група – жінки, які народжували через природні пологові шляхи. Група контролю – жінки, що не народжували. У даних жінок раніше не було поставлено діагнозу «Недостатність тазового дна» (далі НТД) за допомогою вагінального дослідження, також вони не висловлювали скарг щодо НТД. УЗ-дослідження виконували на апараті Voluson E 8, вагінальним датчиком. При проведенні дослідження пацієнтки займали дорсальне літотомічне положення, тазостегнові суглоби відведені, колінні суглоби зігнуті. Датчик розташовувався трансперинеально між лобковою кісткою та анальним краєм. Вимірювання проводилось у стані спокою та при проведенні проби Вальсальви. Оцінено такі параметри як, висота сухожильного центру промежини, товщина леваторів m. Bulbo-cavernosus та m. Pubo-rectalis, уретро-везикальний кут (кут L), наявність цистоцеле та ректоцеле.

Отриманні результати. Широка поширеність, ранні прояви , висока частота рецидивів, які не мають тенденції до зниження обумовлюють актуальність проблеми НТД у жінок. Згідно результатів УЗ- дослідження найбільш показовим параметром є уретро-везикальний кут, який був у 1,1 рази більший у пацієнток основної групи у стані спокою та майже у 1.5 рази перевищив значення групи контролю при напруженні ($38,61 \pm 21,56$ проти $29,7 \pm 9,925^\circ$). У 25% жінок, що народжували виявлено гіпермобільність уретри (при пробі Вальсальви кут L = $38,61 \pm 21,56^\circ$), та у 25 % - цистоцеле (зміщення задньої стінки сечового міхура нижче лонного зчленування) . У 100% пацієнток, що не народжували кут L у спокої та при пробі Вальсальви у межах норми ($23,03 \pm 9,93^\circ$). Таким чином, у 80 % досліджуваних пацієнток збережено критерії норми тазового дна, такі як: відсутність візуалізації шийки матки нижче лонного зчленування, висота сухожильного центру промежини не менше 1.0 см ($1,02 \pm 0,23$ см), ширина м'язових пучків «ніжок леваторів» не менше 1 см ($1,14 \pm 0,3$ см) та відсутність діастазу м'язів в ділянці сухожильного центру.

Висновки. Ультразвукові критерії оцінки недостатності тазового дна дозволять раніше верифікувати проблему недостатності тазового дна у жінок.