



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 РАДІОЧАСТОТНОЇ 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.	

та зони пучка Бахмана 5,4% та 0% проти 25% та 10%, відповідно ($p < 0,05$). Окрім цього спостерігалось збереження відносно частоті скомпроментованості даху ЛП та МПП – 35,1% і 13,5% перед первинною процедурою та 25% і 25% перед вторинною, відповідно.

Висновки. Отримані результати підтверджують підхід “step by step” та виконання додаткового, до стандартної ізоляції уст легеневих вен, об’єму, який повинен визначатися персоналізовано для кожного пацієнта.

ФРАНКЛІН ДЕЛАНО РУЗВЕЛЬТ: ПОЛІОМІЄЛІТ ЧИ СИНДРОМ ГІЄНА-БАРЕ?

Гал В. О.

Науковий керівник: ас. Студеняк Т. О.

Кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії

Ужгородський національний університет

Мета дослідження: визначити достовірність діагнозу Франкліна Рузвельта: «Поліомієліт».

Матеріали та методи дослідження: огляд літератури та біографії Франкліна Рузвельта.

Результати: провівши дослідження літератури та даних про стан здоров’я 32-го президента США було визначено анамнез життя та хвороби, хронологію захворювання на основі, яких вдалося виділити симптоматику, яка дає чітко зрозуміти, що діагноз був помилковий. Основні симптоми, які вказують на наявність у хворого Синдром Гієна-Барре (СГБ):

1. Параліч був симетричним і висхідним і прогресував більше чотирьох днів, при поліомієліті, як правило, асиметричний, мінливий у своєму підйомі або спуску і зазвичай прогресує лише від двох до чотирьох днів.

2. Оніміння і гіперестезія рідко, якщо коли-небудь трапляються при паралітичному поліомієліті (уражені рухові нейрони), але часто зустрічаються при СГБ (сенсорні нейрони також уражені).

3. Послідовний спадний характер відновлення від паралічу відсутній при паралітичному поліомієліті, але поширений при ГБС.

4. Тривала дисфункція сечового міхура та кишечника рідко зустрічається при паралітичному поліомієліті, бо поліовіруси не атакують вегетативні нерви, але часто зустрічаються при ГБС.

5. Менінгізм (скутість шиї) відсутній, який характерний паралітичному поліомієліту

6. Перехворів Кампілобактеріозом 2 рази, а *Campylobacter jejuni*, головним збудником СГБ.

7. У лікворі виявлено підвищення рівня білка, а лейкоцити в нормі, що характерно для СГБ.

8. Лихоманка 38,9 ° С, яка рідко буває при ГБС, хоча її характер також не характерний і для поліомієліту.

Висновок: на основі даних дослідження та історії життя Франкліна Рузвельта можна сказати, що його діагноз: «Поліомієліт» є помилковим, а симптоматика та механізм розвитку хвороби чітко відповідає діагнозу: «Синдром Гієна-Барре».

ВПЛИВ КЛІНІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РИЗИК РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ПНЕВМОНІЇ

Прокопенко А. А.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Михайловська Н. С.

Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: встановити вплив клінічних чинників на ризик виникнення кардіоваскулярних (КВ) ускладнень у хворих на хронічний коронарний синдром (ХКС) після перенесеної негоспітальної пневмонії (НП) за результатами однорічного проспективного спостереження.

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих на ХКС, що перенесли НП III клінічної групи. На 1-3 добу надходження у стаціонар проводили комплексне обстеження, що включало ЕхоКС та добуве моніторування ЕКГ за методом Холтера. Через 1 рік спостереження оцінювали кінцеві точки (атеротромботичні події, порушення серцевого ритму та провідності, декомпенсація серцевої недостатності та повторна госпіталізацію). Пацієнтів розподілено на дві групи: 1 група (n=15) – хворі, які досягли кінцевих точок, 2 група (n=45) – хворі, у яких протягом року не зареєстровано КВ-подій.

Отримані результати. У хворих 1 групи відмічався суттєво вищий рівень лейкоцитів, вч-С-реактивного білка, швидкості осідання еритроцитів ($p<0,05$). У хворих 1-ої групи спостерігалась зростання кінцево-діастолічного та кінцево-систолічного індексів лівого шлуночка, збільшення тривалості депресії сегмента ST та кількості шлуночкових екстрасистол протягом доби порівняно з хворими 2-ої групи ($p<0,05$). Для пацієнтів 1-ої групи було характерно достовірне пригнічення загальної ВСР вдень і вночі; зниження HF на 43,84%, збільшення LF на 17,70%, стрес-індексу на 41,18% в нічний період та тенденція до зростання індексу централізації.

Висновок. Виникнення КВ-подій у хворих на ХКС після перенесеної НП впродовж 1 року спостереження асоціюється із системним запаленням, з збільшенням об'ємних показників серця, пригніченням загальної ВСР та дисбалансом ВНС, зростанням частоти реєстрації електричних, ішемічних змін міокарда на 1-3 добу від госпіталізації.

PECULIARITIES OF THE EARLY RECOVERY PERIOD IN PATIENTS WITH CEREBRAL ISCHEMIC STROKE, DEPENDING ON THE PRESENCE OF TYPE 2 DIABETES

Runcheva K. A.

Scientific supervisor: prof. Kozyolkin O. A., D.Med.Sc.

Department of Nervous Diseases

Zaporizhzhia State Medical University

Every year, more than 20 million people have stroke and about 7 million people die. Type 2 diabetes (T2D) is a risk factor for stroke and is associated with 6-fold increased risk.

Aim of the research: To analyze the features of the early recovery period in patients with cerebral ischemic stroke (CIS) depending on the presence of T2D.

Materials and methods: 41 patients with CIS in the early recovery period of the disease were examined on the basis of Zaporizhzhia City Hospital № 6 of the angioneurological center. The average patients' age was (61.1 ± 9.8) years. Patients were divided: the main group – patients with CIS and T2D ($n = 20$, average age $62,5 \pm 8,5$) and comparison group – patients with CIS without T2D ($n=21$, average age $59 \pm 10,9$). All patients were clinically and neurologically examined using modern scales – NIHSS, mRS. The diagnosis of CIS was based on a complex clinical-neurological and computed tomographic study of the brain at the acute period of the disease.

Results: According to the NIHSS scale 9(45%) patients had a mild stroke in the main group (statue on NIHSS ≤ 5 points), statue on NIHSS 6-14 points ($n=11$ (55%)) - mild to moderately severe stroke. In the comparison group, 15(71,4%) patients had mild stroke (statue on NIHSS ≤ 5 points), statue on NIHSS 6-14 points ($n=6$ (28,6%)) - mild to moderately severe stroke. At the beginning of the early recovery period there were significant differences between patients of clinical groups on the NIHSS scale (6.5 ± 2.8 points, 4.2 ± 2.7 points, $p<0.05$) and mRS scale (respectively, 2.9 ± 0.7 points, 2.2 ± 0.7 points, $p<0.05$). After the rehabilitation course, there was a positive dynamics in neurological status, on the NIHSS scale: the main group 5.1 ± 2.5 points, the comparison group 2.8 ± 2.3 points ($p<0.05$). The degree of disability and functional disorders in patients with CIS with T2D and CIS without T2D on the mRS scale significantly decreased (2.7 ± 0.7 points; 1.6 ± 0.8 points, ($p<0.01$)).

Conclusions: 1) We found that patients with CIS and T2D had more severe neurological deficit according to the NIHSS and mRS scales. 2) It was found that during rehabilitation treatment, T2D negatively affected the recovery process in patients who underwent CIS. 3) Comprehensive rehabilitation measures in patients with CIS were effective, but in the comparison group (patients without T2D) the indicators were better.