



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

83 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ **МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ – 2023»**

25 – 26 травня 2023 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2023

Конференцію зареєстровано в Укр ІНТЕІ (посвідчення № 231 від 17.04.2023).

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю. М.

Заступники голови: проф. Туманський В. О., проф. Беленічев І. Ф.

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., PhD-аспірант Попазова О.О., ст. Єложенко І.Л., ст. Будагов Р. І., ст. Кіпря А. О.

Секретаріат: доц. Данукало М.В., ст. Плюснін О.Д., ст. Яценко С.А., ст. Шинкаренко В.Р., ст. Калашова А.Е.

Збірник тез доповідей 83 Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2023» (Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, 25 – 26 травня 2023 р.). – Запоріжжя: ЗДМФУ, 2023. – 174.



Дорогі друзі!

Ми раді запросити Вас до міста Запоріжжя – колиски Запорізького козацтва, індустриальної перлини України, розташованої на берегах стародавнього Дніпра-Славутича для участі у 83 Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених та студентів з міжнародною участю

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2023».

Науково-практична конференція, організована Ректоратом, Координаційною Радою з наукової роботи студентів та молодих вчених Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, щорічно збирає у Запоріжжі найбільш креативну частину медичної науки України та країн ближнього та далекого зарубіжжя – молодих лікарів. Молоді вчені, перебуваючи в авангарді наукових досліджень, з властивою їм енергією та запалом роблять відкриття в галузі фундаментальної, клінічної медицини та фармації. Саме в період наукової молодості закладається фундамент для наукових відкриттів, які дають можливість розробки нових медичних технологій, високоефективних лікарських препаратів, методів діагностики. Приклад багатьох видатних вчених – тому підтвердження! Величезна відповідальність за підготовку наукових кадрів лежить не лише на наукових керівниках, а на лідерах молодіжної науки.

Програма цієї конференції відображає основні напрямки медичної та фармацевтичної науки – оптимізація діагностики та лікування захворювань людини, фундаментальні дослідження в галузі молекулярної та клітинної медицини та біології, розробка нових технологій лабораторної діагностики, цілеспрямований синтез нових молекул, розробка нових високоефективних та безпечних лікарських препаратів.

В.о. Ректора Запорізького державного медико-фармацевтичного університету,
Заслужений діяч науки та техніки України,
доктор медичних наук, професор Ю. М. Колесник

Матеріали та методи. В роботу включено 60 (100,0 %) пацієнтів із вогнепальними осколковими пораненнями м'яких тканин. Поранені були розподілені на дві групи. Групу порівняння склали 30 (50,0 %) пацієнтів доставлених до стаціонару з накладеними первинно-відтермінованими швами (6 - 7 доба). В основну групу ввійшло 30 (50,0 %) поранених, модифікація місцевого лікування яких полягала у комбінації накладанням первинно-відтермінованих швів з введенням збагаченою тромбоцитами аутоплазми в рану.

Отримані результати. 60 (100,0 %) пацієнтів були госпіталізовані в ургентному порядку на третій етап медичної евакуації. За локалізацією ранового дефекту поранені групи порівняння, 30 (50,00 %), були розподілені наступним чином: поранення нижньої кінцівки було у 22 (73,33 %) пацієнтів, верхньої кінцівки 6 (20,00 %) поранених, та тулуба – 2 (6,67 %) пацієнта. До основної групи відібрано 30 (50,00 %) поранених, лікування яких на третьому етапі медичної евакуації було модифіковано з використанням комбінації первинно-відтермінованих швів та ін'єкції збагаченої тромбоцитами аутоплазми. Під час візуального огляду рани на $12 \pm 4,1$ добу від моменту поранення в групі порівняння нами було виявлено ускладнення у 24 (80,00 %) пацієнтів, з них сероми формувались у 17 (56,67 %), гематоми з нагноєнням рани – у 7 (23,33 %). Загальна тривалість стаціонарного лікування на 3 етапі медичної евакуації поранених групи порівняння склала $30 \pm 2,3$ діб, а в основній групі $12 \pm 3,1$ діб, $U = 290,00$, $p=0,0354$.

Висновки. У структурі вогнепальних осколкових поранень в обох групах травматичні uszkodження нижніх кінцівок складають 43 (71,67 %), верхніх кінцівок 11 (18,33 %) та тулуба 6 (10,00%). Використання насиченої тромбоцитами аутоплазми в комбінації з накладанням первинно-відтермінованих швів стимулює загоєння рани та пришвидшує процеси репарації, Розроблена нами методика лікування вогнепальних осколкових поранень знижує частоту розвитку післяопераційних ускладнень. Застосування насиченої тромбоцитами аутоплазми дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів у стаціонарі на 3 етапі медичної евакуації.

ПОРІВНЯННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ОПТИЧНОГО МЕТОДУ І ЩИПЦЕВОЇ БІОПСІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ДИСПЛАСТИЧНИХ І ЗЛОЯКІСНИХ ЗМІН У РІЗНИХ ПІДТИПАХ ГРАНУЛЯРНИХ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ ЛАТЕРАЛЬНО

Ткачов В. С.

Науковий керівник: проф. Клименко А. В., ас. Кіосов О. М.

Кафедра факультетської хірургії

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Дослідити точність виявлення дисплазії і злоякісних змін методом щипцевої біопсії у порівнянні з методом оптичної оцінки окремо для змішаного і гомогенного гранулярного підтипів пухлин товстої кишки, що поширюються латерально.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 64 пацієнта з гранулярним типом пухлин товстої кишки, що поширюються латерально (granular laterally spreading tumors, LST-G) діаметром ≥ 20 мм, тип 0-Is, 0-IIa або 0-IIa+Ic згідно з Паризькою класифікацією поверхневих неоплазій за даними відеоколоноскопії. Новоутворення з ендоскопічними ознаками глибокої інвазії у стінку кишки не були включені у дослідження. Вибрані випадки було розподілено на 2 групи: Група №1 складалася з 50(67,6%) пацієнтів зі змішаним підтипом LST-G (LST-G-M); у групу №2 увійшли 24(32,4%) пацієнта з гомогенним підтипом LST-G (LST-G-H). Першим етапом ендоскопістом експертного рівня здійснювалася оптична оцінка новоутворення з хромоскопією і оглядом у вузькому спектрі світла (NBI) за допомогою колоноскопу

Olympus CF-H185L або Olympus CF-H170L із стадіюванням за Kudo, JNET, NICE. Другим етапом виконувалася прицільна біопсія з найбільш підозрілих ділянок, після отримання результатів якої новоутворення видалалося ендоскопічно. Результати патогістологічного дослідження видаленого препарату використовувалися як золотий стандарт у визначенні чутливості і специфічності щипцевої біопсії і оптичного методу. Статистичні дані були оброблені у SPSS 26.0 з використанням Chi-sq, ROC-аналізу і засобів описової статистики.

Отримані результати. Медіана віку склала 65(IQR, 60-70) і 64(IQR, 58-71) років, медіана максимального діаметру неоплазії була 46(IQR, 25-53) і 31(IQR, 20-60) мм для Групи №1 і Групи №2 відповідно. Переважна кількість новоутворень була видалена шляхом ендоскопічної резекції слизової - EMR 57(77.0%), з якої 32(56,1%) було видалено фрагментарною резекцією – rEMR. Інші 13(17.6%) і 4(5.4%) утворення було видалено шляхом ендоскопічної підслизової дисекції (ESD) і гібридної ESD відповідно. Згідно гістопатології, у Групі №1 найчастішим діагнозом була тубуло-вільозна аденома (n=35, 70,0%), а у Групі №2 – тубулярна аденома (n=14, 58,3%). Чутливість прицільної щипцевої біопсії була 62,2%(95%CI, 47,7%-75,4%) порівняно з 64,4%(95%CI, 49,9%-77,3%) оптичного методу у групі LST-G-M і 85,0%(95%CI, 65,6%-96,0%) порівняно з 80,0%(95%CI, 59,5%-93,3%) оптичного методу у групі LST-G-H відповідно. Специфічність дорівнювала 100% і $p < 0,05$ в усіх випадках.

Висновки. Точність виявлення дисплазії і злоякісних змін як оптичним методом, так і методом щипцевої біопсії залежить від морфологічного підтипу LST. Прицільна щипцева біопсія виконується під візуальним контролем, тому пов'язана з ризиком заниження дисплазії або раку через помилку при заборі зразків. Враховуючи майже однакову чутливість оптичного методу і біопсії, рутинна щипцева біопсія LST-G не рекомендується.

КАРДІОТОКСИЧНІСТЬ ПРИ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ В ОНКОЛОГІЇ, ЕТІОЛОГІЯ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ПРОФІЛАКТИКА

Грищенко В. Г.

Науковий керівник: к. пед. н., доц. Суховірська Л. П.
Кафедра медичної фізики та інформаційних технологій
Донецький національний медичний університет

Актуальність. Хіміотерапевтичне лікування в онкології займає досить важливу ланку в подоланні раку, але частіше всього таке лікування має побічні ефекти, одне з них, яке досить небезпечне – кардіотоксичність.

Мета дослідження. Визначення проявів кардіотоксичної дії препаратів, профілактики для запобігання.

Матеріали та методи. В роботі використані наступні методи дослідження: аналіз наукової, фахової літератури по хіміотерапії; теоретичний синтез, узагальнення.

Отримані результати. Кардіотоксичність найчастіше спостерігається під час використання антрациклінів, рідко виникає з іншими препаратами: циклофосамід, фторурацил, тенопозід, таксол. Виділяють такі дії на серцево-судинну систему: зниження систолічної чи діастолічної функції міокарду (антрацикліни), ішемія (вінкринин, цисплатин), дія на провідну систему (антрацикліни). Ранні прояви – зниження АТ, тахікардія, аритмія, біль за грудиною, зміни на ЕКГ – зниження вольтажу QRS, депресія сегменту S-T, аритмія. Пізні прояви – інфаркт міокарда, міокардит, дилатативна кардіоміопатія. Профілактика – виділення групи ризику (вік більше 60-ти, ІХС в анамнезі, опромінення легень чи середостіння, хіміотерапія кардіотоксичними препаратами в минулому), при лікуванні антрациклінами – дозування у граничних дозах (фарморубіцин – 1000 мг/м², доксорубіцин – 550 мг/м²),

АЛГОРИТМ ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ 16-18 РОКІВ, З ПРОЯВАМИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	46
Курінний С.	
БІОХАКІНГ - УНІВЕРСАЛЬНА МЕТОДИКА ПОКРАЩЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЧИ ЗВИЧАЙНИЙ ФАНАТИЗМ?.....	47
Малюченко В.	
ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАХОДИ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ.....	48
Нагородний А. В.	
ЗАСТОСУВАННЯ КІНЕЗОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНІМ ОСТЕОПОРОЗОМ.....	49
Наконечна К. В.	
ОПРИЛЮДНЕННЯ НАСЛІДКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ ДЛЯ ВОДНИХ РЕСУРСІВ ТА РИЗИКИ ПОРУШЕННЯ ДОТРИМАННЯ ГІГІЄНИЧНИХ ВИМОГ ЯКОСТІ ВОДИ	49
Нартова В. М.	
ХІРУРГІЯ, АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ, ОРТОПЕДІЯ ТА СПОРТИВНА ТРАВМА, ОНКОЛОГІЯ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ.....	50
ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЯ ЯК ТЕХНОЛОГІЯ ВИРІШЕННЯ ТРУДНОЩІВ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ АБДОМІНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....	50
Юрченко П. Г.	
ВПЛИВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ НА РЕПРОДУКТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЧОЛОВІКІВ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	51
Моргунцов В.О.	
ВИКОРИСТАННЯ ОДНОПОРТОВОГО ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ У ПАЦІЄНТІВ НА ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ	52
Поліщук К. П.	
МОДУЛЯЦІЯ ВМІСТУ ГАЗОТРАНСМІТЕРІВ (NO, CO, H ₂ S) ЯК ПОТЕНЦІЙНА ТЕРАПЕВТИЧНА МІШЕНЬ У ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ.....	52
Гладких Ф. В.	
ТРОМБОЗ АРТЕРІО-ВЕНОЗНОЇ ФІСТУЛИ У ПАЦІЄНТІВ З ТЕРМІНАЛЬНОЮ СТАДІЄЮ ХРОНІЧНОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ: ПИТАННЯ ДОЦІЛЬНОСТІ ВИКОНАННЯ ТРОМБЕКТОМІЇ	53
Будагов Р. І.	
ОЦІНКА ФУНКЦІЇ ГОЛОСУ ТА ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ГОЛОСУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ.....	54
Рунчева Д. А.	
КОРОНАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ COVID-19: УСКЛАДНЕННЯ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ (КЛІНІЧНІ ПРИКЛАДИ).....	55
Павлівський В. І.	
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ОСКОЛКОВИХ ПОРАНЕНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН, ШЛЯХОМ ПОЄДНАННЯ ПЕРВИННО-ВІДТЕРМІНОВАНИХ ШВІВ З ІН'ЄКЦІЯМИ В РАНУ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМИ ПРИ МІННО-ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ	55
Котенко О. І., Данилюк М. А., Кубрак М. А.	
ПОРІВНЯННЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ОПТИЧНОГО МЕТОДУ І ЩИПЦЕВОЇ БІОПСІЇ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ ДИСПЛАСТИЧНИХ І ЗЛОЯКІСНИХ ЗМІН У РІЗНИХ ПІДТИПАХ ГРАНУЛЯРНИХ ПУХЛИН ТОВСТОЇ КИШКИ, ЩО ПОШИРЮЮТЬСЯ ЛАТЕРАЛЬНО	56
Ткачов В. С.	
КАРДІОТОКСИЧНІСТЬ ПРИ ХІМІОТЕРАПЕВТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ В ОНКОЛОГІЇ, ЕТІОЛОГІЯ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ПРОФІЛАКТИКА	57
Грищенко В. Г.	
ЗНИЖЕННЯ ЛЕЙКОЦИТІВ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ.....	58
Бірюкова З.Г.	