



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

моніторинг (ЕКГ, скарги, ЕхоКГ). Для попередження використовують дексразоксан в дозі 1000 мг/м², за півгодини до введення препарату, підвищена доза (2000 мг/м²) використовується при факторах ризику.

Висновки. Кардіотоксичність виникає перша за все при використанні антрациклінів, рідко з іншими препаратами. Виділяють ранні (зниження АТ, тахікардія, біль за грудиною, зміни на ЕКГ) та пізні (інфаркт міокарду, міокардит, серцева недостатність) прояви. Профілактика – граничні дози препаратів, виявляти групи ризику та використовувати кардіопротектори.

ЗНИЖЕННЯ ЛЕЙКОЦИТІВ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ

Бірюкова З.Г.

Науковий керівник: ас., PhD, Попазова О.О.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. З'ясувати лейкоцитарні зміни до, при та після хіміотерапії.

Матеріали і методи. Порівняльний аналіз відповідних доступних публікацій сучасних наукових досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення. Застосування цитостатиків веде до зміни складу крові. Згідно зі статистикою, зниження лейкоцитів у крові відбувається з урахуванням диференціації віку, вихідного стану імунної системи, супутніх захворювань, типів хіміопрепаратів, їхніх дозувань. Проявляється в анемічному та геморагічному синдромах. Жінки переносять курси хіміопрепаратів із більш вираженими ускладненнями з боку системи кровотворення, рівень лейкоцитів та інших клітин крові знижуються сильніше і супроводжується змінами менструального циклу. Чоловічий організм менше реагує, у них спостерігається негативний вплив на статеві залози. Серед лімфоцитів близько 5 % можуть становити атипові клітини (з розщепленими, складчастими ядрами), а також пролімфоцити. Після хіміотерапії характерне виявлення в крові тіней Гумпрехт і пролімфоцитів. Наявність їх понад 55 % у крові – ознака пролімфоцитарного лейкозу. Зміни формених елементів крові після хіміотерапії стають помітними приблизно на 5-7 добу після початку прийому препаратів. Частота виникнення цього побічного ефекту у 16 % - 59 % пацієнтів зі зниженим рівнем лейкоцитів від загальної кількості тих, кому призначили хіміотерапію. Зниження кількості нейтрофілів спостерігається на 7-8 день. Закономірними є якісні зміни нейтрофілів: гіперсегментоз, фрагментоз і пікноз ядер, токсична зернистість, поява гігантських клітин. Найчастіше зниження рівня лейкоцитів досягає пікових значень на 7-14 день після початку лікування Вінка-алкалоїди майже не змінюють аналізу. Зниження фракції лімфоцитів, представлених Т-лімфоцитами і В-лімфоцитами, після хіміотерапії часто не так помітно, як нейтрофілів. При зниженні рівня нейтрофілів нижче $0,5 \times 10^9$ /л виникає фебрильна нейтропенія. Зниження вмісту нейтрофільних гранулоцитів призводить до ризику інфекційних ускладнень, Клінічно це було підтверджено в дослідженні J. P. Vodey, що показало, що ризик інфекцій перевищує 50% за зменшення кількості нейтрофілів у крові нижче $0,5 \times 10^9$ /л. У нормі нейтрофілів має бути не менше 1500, тобто не менше половини всіх лейкоцитів, які забезпечують імунну відповідь. У пацієнтів з числом В-лімфоцитів ≥ 5000 в 1 мкл проводиться імунофенотипування лімфоцитів крові методом проточної цитофлуориметрії. А також призначається цитологічне дослідження мазка крові та біоптатів лімфовузлів із застосуванням імуногістохімічних методів, пунктах червоного кісткового мозку. Рівень лейкоцитів зазвичай залишається зниженим протягом 1–2 тижнів після завершення лікування, а потім поступово підвищується. Перші ознаки відновлення - поява в периферичній крові ретикулоцитів, молодих нейтрофілів (рідше мієлоцитів). Спостерігаються ретикулоцитарні кризи (до 60-70%), виявляється еозінофілія (5-8%), моноцитоз (10-15%), зростає вміст лейкоцитів, гемоглобіну та кількість еритроцитів.

Висновки. Основні фактори ризику є вік, рівень альбуміну, інтенсивності хіміотерапії, вихідний рівень лейкоцитів чи кількість нейтрофілів і наявність захворювань печінки. У дослідженні Кудерера і співавторів (Kuderer et al.) на матеріалі 40 тис. онкологічних пацієнтів дорослого віку в США, було зареєстровано смертність на рівні 9,5%. Цей показник зростав до 21,4% в пацієнтів з більш ніж одним супутнім захворюванням. Іншими факторами ризику смерті були грибкові інфекції, сепсис і пневмонія.

АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ, БІОХІМІЯ

РЕПАРАТИВНА РЕГЕНЕРАЦІЯ ВОЛОКНИСТОЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Філенко Д. С.

Науковий керівник: Попазова О. О.

Кафедра гістології, цитології та ембріології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Перший етап регенерації волокнистої сполучної тканини характеризується видаленням некротичного детриту, розчиненням його ферментами лізосом нейтрофілів і вивільненням залишків шляхом фагоцитозу по лімфатичній системі.

У місцях видалення некротичного детриту з'являється грануляційна тканина - сполучна тканина, яка складається з нових капілярів та камбіальних клітин сполучної тканини.

Прискореному формуванню капілярів у грануляційній тканині відіграє фібронектин – глікопротеїн позаклітинного матриксу, який на перших етапах надходить з плазми, а пізніше синтезується фібробластами, макрофагами та ендотеліальними клітинами.

При формуванні грануляційної тканини кількість тропоколагену збільшується; він синтезується фібробластами, а після заключного ферментативного видалення кінцевої частини ланцюга відбувається формування гідрофобної молекули фібрилярного колагену.

Результатом регенерації є молодий рубець, який складається з колагену, капілярів та фібробластів, а після дозрівання зрілий рубець містить скупчення колагену без судин.

При ущільненні розмір рубця зменшується, а його міцність залежить від кількості та типу колагену і збільшення ковалентних зв'язків між молекулами.

Регенеративні процеси залежать від багатьох чинників, найчисленнішими з яких є стан кровотворення, кровообігу, нервової системи та обмін речовин.

Питання регенерації наразі є актуальним, адже вивчення проблем, які виникають в процесі дають можливість вдосконалити знання про патології регенерації, розробити методи їх запобігання та сприяють розвитку регенеративної медицини.

ІРИДОДІАГНОСТИКА

Сахно О. С.

Науковий керівник: доц. Ємець Т. І.

Кафедра медбіології, паразитології та генетики

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Іридологією я доволі сильно зацікавився, вона привернула мене своєю неточністю настільки, що вона є навіть нетрадиційною медичною наукою. І саме тому я спалахнув бажанням дослідити її, та зробити її більш точною, звідси і впливає мета моєї вже 3-х річної дослідницької роботи.

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 СУПУТНИМ 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, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, 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.	