



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

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

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

ВПЛИВ РІВНЮ АКТИВІНУ А НА ВИЖИВАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АДЕНОКАРЦИНОМОЮ ЛЕГЕНЬ ТА САРКОПЕНІЄЮ

Кечеджиев В. В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Ковальов О.О.

Кафедра онкології та онкохірургії

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність теми. Саркопенія, що супроводжує злоякісні новоутворення, знижує якість життя та зменшує виживаність пацієнтів. Оскільки активін А має прямий вплив на розвиток скелетної мускулатури, доцільним є його вивчення у якості прогностичного фактору в пацієнтів, хворих на рак, у яких діагностовано саркопенію.

Мета дослідження. Встановити вплив активіну А на виживаність пацієнтів із аденокарциномою легень та саркопенією.

Контингенти та методи. У дослідженні прийняли участь 40 пацієнтів із гістологічно підтвердженою аденокарциномою легень, які проходили лікування у медичному центрі «ОНКОЛАЙФ». Саркопенію у хворих було діагностовано шляхом вимірювання скелетно-м'язового індексу при показниках $<55 \text{ см}^2/\text{м}^2$ для чоловіків та $<39 \text{ см}^2/\text{м}^2$ для жінок на рівні третього поперекового хребця. Рівень активіну А вимірювали методом твердофазного імуноферментного аналізу за допомогою імуноферментного комплексу ImmunoChem-2100 (США).

Результати дослідження. У хворих із аденокарциномою легень та супутньою саркопенією, в яких було виявлено підвищений рівень активіну А (вище 621 pg/mL) виживаність становила тільки 22,7%, в той час як у аналогічній групі хворих із рівнем активіну А нижче 621 pg/mL виживаність становила 64,2 % ($p=0,017$ за лог-ранговим тестом, що свідчить про достовірно значущу різницю у виживаності на користь хворих із низьким рівнем активіну А в плазмі крові).

Висновки. Підвищений рівень активіну А негативно впливає на виживаність хворих із поширеним раком легень, що супроводжується саркопенією. Отже, активін А доцільно визначати у пацієнтів з новоутвореннями III-IV стадії у якості прогностичного маркеру.

ОЦІНКА РІВНЮ 25-ГІДРОКСИВІТАМІНУ Д У РОТОВІЙ РІДИНІ ДІТЕЙ З ПРОГРЕСУЮЧОЮ МІОПІЄЮ

Тіткова О.Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Цибульська Т.Є.

Кафедра офтальмології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність: Дискутабельним питанням залишається роль 25-гідроксिवітаміну D в аспекті міопічного рефрактогенезу. В доступній літературі, не виділено чітких критеріїв стану рівню 25-гідроксिवітаміну D в організмі, які свідчать щодо прогресування міопії. Тому продовження досліджень в даному напрямку є своєчасним та актуальним.

Мета роботи – оцінити рівень 25-гідроксिवітаміну D у ротовій рідині дітей з прогресуючою міопією

Матеріали та методи. Обстежено 34 дитини (68 очей) з міопією слабкого ступеню, які розподілено на групи: I група - 16 дітей (32 ока) з прогресуючим перебігом, II група - 18 дітей (36 очей) зі стабільним перебігом міопії. Контрольну групу склали 18 умовно-здорових дітей (36 очей) без офтальмологічної патології. Середній вік пацієнтів у групах спостереження достовірно не відрізнявся та був у межах від 11 до 16 років. Гострота зору з корекцією в I та II групах становила 0,9-1,0. Середні показники рефракції в I групі становили $-2,00 [-2,75; -1,50]$ дптр, в II групі $-2,00 [-2,00; -1,50]$ дптр ($p>0,05$). Проводили стандартне офтальмологічне обстеження та імуноферментний аналіз на вміст рівню 25-гідроксिवітаміну D у ротовій рідині. Статистичну обробку отриманих результатів

проведено на персональному комп'ютері в програмі "STATISTICA 13En". Результати вважались статистично значущим при значенні $p < 0,05$.

Результати. У дітей I групи рівень 25-гідроксिवітаміну становив 16,39 [13,63;17,64] нг/мл, що в 1,2 рази нижче, ніж у пацієнтів II групи та в 2,3 рази нижче ніж у дітей III групи, дані яких становили 19,68 [18,19;20,19] та 39,80 [38,98;40,68] нг/мл відповідно ($p < 0,05$). Проведено кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Кореляційний аналіз показав достовірний зворотній зв'язок між рівнем 25-гідроксивітаміну Д та аксіальною довжиною ока ($r = -0,50$, $p < 0,05$), а також з даними рефракції ($r = -0,69$, $p < 0,05$). За даними ROC-аналізу визначено оптимальні значення порогу відсікання для показника 25-гідроксивітаміну Д у ротовій рідині дітей з міопією, що може вказувати на її прогресуючий перебіг: $\leq 20,154$ нг/мл (чутливість 87,9 %, специфічність 94,7 %).

Висновки. Отримані дані свідчать про зниження рівню 25-гідроксивітаміну Д у дітей з міопією, при цьому значення 25-гідроксивітаміну Д $\leq 20,154$ нг/мл вказують на її прогресуючий перебіг.

ВИДАЛЕННЯ ПЕРСИСТУЮЧОЇ ЗІНИЧНОЇ МЕМБРАНИ З ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЄЮ КРИШТАЛИКА

Калашова А.Е.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. Саржевська Л.Е.

Кафедра офтальмології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність: Персистуюча зінична мембрана (ПЗМ) є вродженою аномалією розвитку мезодермальної тканини райдужної оболонки. Вона є залишками передньої частини кришталікової сумки, яка живить кришталік під час внутрішньоутробного розвитку. Залишки ПЗМ варіюють у великому діапазоні – від тонких тяжів, видимих на щілинній лампі, до щільних утворень, що закривають зіницю та викликають зниження зору. Волокна ПЗМ можуть з'єднуватися з рогівкою або кришталіком, але частіше з іншими ділянками райдужної оболонки та між собою. Щільна ПЗМ зустрічається рідко, але офтальмологи можуть зіткнутися з ситуацією щодо прийняття рішення лікування відповідного стану.

Мета: описати особливості клініки та хірургії ПЗМ в комбінації з факоемульсифікацією кришталіка.

Матеріали та методи: Пацієнтка Д., 60 років звернулася зі скаргами на зниження гостроти зору обох очей. Діагноз: Вроджена вада розвитку, ПЗМ, ускладнена катаракта, міопічний астигматизм ОІ. Біомікроскопія: У проекції зіниці - залишкова мембрана у вигляді щільної фіброзної плівки, ніжки якої фіксовані до райдужки. ПЗМ прилягає до капсули кришталіка, її колір співпадає з кольором райдужної оболонки. Кришталік нерівномірно мутний. Очне дно не офтальмоскопується. Гострота зору OD 0,02 н.к.

Результати: Проведено видалення мембрани, факоемульсифікацію кришталіка з внутрішньокапсульною імплантацією ІОЛ. Особливості операції: внаслідок введення мідріатики зіниця розширилася, волокна ПЗМ натягнулися. Введено віскоеластики, віскодисекція мембрани для відокремлення її від поверхні кришталіка. Тяжі мембрани розсічені ножицями та видалені. При цьому спостерігалася незначна кровотеча в одному із місць перетину найбільш щільного тяжу, яка зупинилася самостійно. Передня капсула кришталіка залишилася інтактною. Факоемульсифікація кришталіка з імплантацією ІОЛ. У післяопераційному періоді особливостей не відмічали. При виписці: OD: око спокійне. Рогівка прозора. Передня камера середньої глибини, волога прозора. Зіниця кругла, в центрі, звужується і розширюється рівномірно, при цьому по краю зіниці видно основи пересічених тяжів ПЗМ. Положення ІОЛ у капсулярному мішку правильне. Гострота зору OD - 0,6 н.к.

Висновки: Хірургічне втручання є ефективним варіантом лікування ПЗМ без інтраопераційних і післяопераційних ускладнень.