



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
науково-практичної конференції з міжнародною
участю молодих вчених та студентів
«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації 2019»
13 – 17 травня 2019 року



УДК: 61

A43

Конференція включена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій 2019 року (179), посвідчення Укр ІНТЕІ № 125 від 29.03.2019.

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

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., д.біол.н., доц. Павлов С.В., проф. Разнатовська О.М., голова студентської ради Усатенко М.С.

Секретаріат: доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., студенти Подлужний Г.С., Москалюк А.С, Скоба В.С, Гонтаренко Е.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 13-17 травня 2019 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 200с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2019.

тригліцеридів з використанням набору реактивів BIOLATEST компанії PLIVA-Lachema. Рівень інсуліну у сироватці крові досліджували за допомогою набору реактивів виробництва фірми Monobind (USA), адипонектину і резистину – фірми Mediagnost (Germany) на імуноферментному повноплашковому аналізаторі «SIRIO S» (Італія); індекси НОМА та CARO розраховували за загальноприйнятими формулами. Статистична обробка даних проводилась із застосуванням пакету ліцензійної програми «Statistica 13.0» (Stat Soft Inc, США, № JPZ8041382130ARCN10-J) згідно сучасних вимог.

Отримані результати. У хворих на ІХС в поєднанні з МС в порівнянні з пацієнтами без МС встановлено більш високий рівень тривоги, депресії, а також сумарний рівень тривоги і депресії ($p < 0,05$) за шкалою HADS. Прояви ТДР виявлені у 83% хворих на ІХС з МС, в той час як у групі без МС симптоми ТДР спостерігалися в 52% випадків ($\chi^2=4,89$; $p < 0,05$). Клінічно виражені ТДР в першій групі відзначені у 61% хворих, субклінічно виражені – у 22%, тоді як у другій групі симптоми клінічно виражених ТДР мали місце в лише у 55,7%, субклінічних – у 14,3% пацієнтів.

Хворі на ІХС з МС були розподілені на дві підгрупи: 1 підгрупа – 34 хворих у поєднанні з ТДР; 2 підгрупа – 12 пацієнтів без ТДР. У хворих 1 підгрупи спостерігалось збільшення ІМТ на 8,73%, обводу талії на 6,38%, рівня інсуліну у 2,42 рази, індексу НОМА у 2,35 рази та зниження індексу CARO у 2 рази, достовірне підвищення рівня тригліцеридів на 36%, тенденція до збільшення рівнів загального холестерину (ЗХС), ЛПНЩ, індексу атерогенності та зменшення холестерину ЛПВЩ порівняно з хворими без ТДР. Виявлено позитивний кореляційний взаємозв'язок середньої сили між сумарним рівнем тривоги і депресії та рівнем ЗХС ($r = +0,43$; $p < 0,05$), тригліцеридів ($r = +0,40$; $p < 0,05$), глюкози крові ($r = +0,55$; $p < 0,05$), ІМТ ($r = +0,50$; $p < 0,05$), ОТ ($r = +0,45$; $p < 0,05$).

У хворих на ІХС, поєднану з МС та ТДР, в порівнянні з пацієнтами без ТДР, встановлено значне ($p < 0,05$) зменшення рівня адипонектину на 21,7%, збільшення резистину на 20,5%, що свідчить про наявність дисбалансу адипоцитокінового профілю. Виявлені кореляції між сумарним рівнем тривоги і депресії та адипонектином ($r = -0,48$; $p < 0,05$), інсуліном ($r = +0,48$; $p < 0,05$), індексом НОМА ($r = +0,63$; $p < 0,05$) відображають взаємозв'язок ТДР з виявленими метаболічними порушеннями.

Висновки. у хворих на ІХС, коморбідну з метаболічним синдромом, спостерігається збільшення частоти виникнення і ступеня вираженості тривожно-депресивних розладів, які асоційовані з дисліпідемією, гіперглікемією, абдомінальним ожирінням, адипокіновим дисбалансом та інсулінорезистентністю.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕМОРАГІЧНОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІНСУЛЬТУ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ

Медведкова С.О., Дронова А.О.
Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Цереброваскулярні захворювання як у світі, так і в Україні займають одне з перших місць за розповсюдженістю, інвалідизацією та смертністю. Показники інвалідизації пацієнтів через 1 рік після перенесеного геморагічного інсульту в Україні становить від 75 до 85%, а близько 20-30% хворих на мозковий інсульт потребують сторонньої допомоги до кінця життя.

Метою дослідження було виявити клінічні особливості перебігу геморагічного півкульового інсульту (ГПІ) у відновному періоді в залежності від функціонального виходу.

Матеріал і методи. В клініці нервових хвороб ЗДМУ було проведено відкрите, когортне спостереження 56 пацієнтів (35 чоловіків та 21 жінка, середній вік $57,0 \pm 8,5$ років) з ГПІ у відновному періоді захворювання. Клініко-неврологічне дослідження включало оцінку за наступними шкалами на 30-ту, 180-ту, 360-ту добу ГПІ: об'єктивізацію даних стану хворих оцінювали за шкалою інсульту Національного Інституту здоров'я США (National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS), ступінь функціонального відновлення та інвалідизації у пацієнтів з ГПІ оцінювалася за модифікованою шкалою Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS), оцінка можливостей побутових навичок і самообслуговування досліджували за допомогою індексу Бартела (Barthel ADL Index – BI).

Отримані результати. Так, у пацієнтів з ГПІ на 30-ту добу захворювання середній сумарний бал за NIHSS склав – $7,6 \pm 2,75$ балів, за mRS – $2,96 \pm 0,73$ бали, за BI – $65,35 \pm 17,31$ бали. При дослідженні на 360-ту добу ГПІ сприятливий функціональний вихід за mRS мали 76,8% пацієнтів (mRS=1 бал, у 16,1%; mRS=2 бали, у 60,7%), а відносно сприятливий – у 23,2% (mRS=3 бали). Було встановлено, що 41,1% пацієнтів, які через рік повністю відновили свою активність у повсякденному житті (за BI – 100 балів), мали

достовірно нижчий показник рівня неврологічного дефіциту на 30-ту добу захворювання (за NIHSS – 6 (1;6) балів), ніж пацієнти, які мали легку та помірну залежність від сторонньої допомоги (за VI<95 (95;80) балів) через рік, наприкінці першого місяця захворювання (за NIHSS – 9 (3;10) балів) ($p<0,01$).

Висновок. Таким чином, проведене нами дослідження підтверджує залежність показників рівня самообслуговування через рік після ГПІ, від тяжкості інсульту на 30-ту добу захворювання ($p<0,01$).

РЕЗУЛЬТАТИ ІМПЛАНТАЦІЇ ТРИФОКАЛЬНИХ І МОНОФОКАЛЬНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА ОЧАХ З МІОПІЄЮ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ

Михайленко Н.В., Завгородня Н.Г.
Запорізький державний медичний університет

Клініка сучасної офтальмології «ВІЗУС»

Вступ. Висока міопія є ускладнюючим фактором при хірургічному лікуванні катаракти, що впливає на досягнення високих зорових результатів. В науковій літературі ведуться дискусії про доцільність імплантації мультифокальних інтраокулярних лінз та про оптимальний вибір формули розрахунку штучного кришталика. Поява на ринку України трифокальних інтраокулярних лінз знову підняла питання про доцільність їх використання при катаракті на очах з міопією високого ступеня. Загалом такі сумніви зумовлені частими ускладненнями на очному дні, які не завжди можливо виявити на доопераційному етапі та неможливістю в зв'язку з цим точного прогнозування гостроти зору в післяопераційному періоді. Це та висока вартість трифокальної лінзи покладають на хірурга значну відповідальність при виборі трифокальної лінзи для імплантації на очах з високою міопією. Разом з тим прагнення до високої якості зору пацієнта не дозволяє повністю відмовитися від використання таких лінз на очах з міопією високого ступеня.

Мета дослідження. Оцінити результати підвищення гостроти зору при міопії високого ступеня після факоемульсифікації катаракти з імплантацією трифокальної інтраокулярної лінзи та порівняти з результатами при імплантації монофокальної інтраокулярної лінзи

Матеріал і методи: проведено аналіз результатів факоемульсифікації катаракти з імплантацією трифокальної ІОЛ у 18 пацієнтів (32 ока) з міопією високого ступеня (основна група) у віці від 29 до 80 років (середній вік 46,5). Серед них 11 жінок (61,1%) і 7 чоловіків (38,9%). В якості групи контролю взято 19 пацієнтів (39 очей) з катарактою та міопією високого ступеня у віці від 24 до 72 років (середній вік 54), яким була виконана ФЕК та імплантована монофокальна ІОЛ. Серед них було 12 жінок (63,1%) та 7 (36,9%) чоловіків.

На передопераційному етапі всім пацієнтам було проведено стандартне офтальмологічне обстеження (авторефрактометрія, візометрія, периметрія, тест Амслера, фосфен-тест, тонометрія, біомікроскопія, пряма офтальмоскопія, огляд сітківки за допомогою лінзи Гольдмана при можливості) та обов'язкове для пацієнтів, що готуються до ФЕК + ІОЛ (ультразвукове А-та В-сканування (UltraScan (Alcon)), ендотеліальна мікроскопія (Ендотеліальний біомікроскоп SP-3000P (Topcon)), оптична біометрія на апараті IOLMaster®700 (Carl Zeiss)). Для розрахунку оптичної сили ІОЛ використовували формулу Haigis.

В основній групі була імплантована трифокальна інтраокулярна лінза LISATri (Carl Zeiss), в групі контролю – монофокальна ІОЛ ASFINA (Carl Zeiss).

Статистична обробка даних проведена за допомогою програми Statistica 10 та Exel (Аналіз даних).

Отримані результати. Аналіз результатів дослідження показав, що основна і контрольні групи були співставленні за характеристиками міопії. Середнє значення сферичного еквіваленту міопії в основній групі становила $-13,6\pm 1,5$, та циліндричного еквіваленту $-1,65\pm 0,13$, в групі контролю - Sph $-15,3\pm 1,8$, та Cyl $-0,88\pm 0,4$ (різниця статистично не значима, $P < 0,05$). Середнє значення ПЗР ока в основній групі становило $29,2\pm 0,43$ мм., в контрольній групі $29,4\pm 0,78$, що також є статистично не значимим. По вихідній гостроті зору групи хворих були також співставленні між собою. Так, гострота зору до операції в основній групі становила $0,08\pm 0,02$ без корекції, та $0,43\pm 0,1$ з корекцією, в другій групі $0,02\pm 0,04$ без корекції, та $0,35\pm 0,05$ з корекцією ($P < 0,05$).

Після операції значне підвищення гостроти зору відмічалось в обох групах. У основній групі вона досягла $0,66\pm 0,09$ без корекції та $0,79\pm 0,06$ з корекцією. В групі контролю середня гострота зору після операції становила $0,43\pm 0,05$ без корекції та $0,73\pm 0,05$ з корекцією ($P < 0,05$).

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕМОРАГІЧНОГО ПІВКУЛЬОВОГО ІНСУЛЬТУ У ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ.....	78
Медведкова С.О., Дронова А.О.	
РЕЗУЛЬТАТИ ІМПЛАНТАЦІЇ ТРИФОКАЛЬНИХ І МОНОФОКАЛЬНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА ОЧАХ З МІОПІСЮ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ	79
Михайленко Н.В., Завгородня Н.Г.	
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ТІОКТОВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ РОЗАЦЕА	80
Михайлик О.А., Щербіна К.В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ АДЕНУРІК В ЛІКУВАННЯ ПОДАГРИ	80
Михайлик О.А., Крайдашенко О.В.	
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ЩО АСОЦІЮЮТЬСЯ З РОЗВИТКОМ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ УСКЛАДНЕНЬ, У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ	81
Моргунцов В.О.	
THE RESEARCH OF MODERN APPROACHES TO THE SYSTEM OF MHEALTH REGULATION	82
Morguntsov V.O.	
ОСОБЛИВОСТІ АУТОКУРАЦІЙНОГО МОДУСУ ПОВЕДІНКИ ПОВ'ЯЗАНІ ІЗ ІНТЕРНЕТ-КОРИСТУВАННЯМ У ХВОРИХ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН	82
Мороз Д.В.	
ПОРІВНЮВАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТУПЕНЯ ВПЛИВУ ІМУНОБІОЛОГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН ХВОРИХ АРТРОПАТИЧНИМ ПСОРІАЗОМ	83
Мороз Д.В., Головкін А.В.	
ВЕКТОРИ СИНДРОМОКІНЕЗУ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ В КОНТЕКСТІ ЇЇ ПАТОМОРФОЗУ	84
Мосейко О.В.	
КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ШКІРНИХ ПРОЯВІВ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ІЗ ВТОРИННИМ ГРИБКОВИМ ІНФІКУВАННЯМ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	84
Недельська С.М., Вакула Д.О.	
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК КАШЛЮКУ У ДІТЕЙ.....	85
Недельська С.М., Сіліна Є.А., Пухир В.П.	
PREDICTION CRITERIA OF LETHAL OUTCOME OF ACUTE RECURRENT CEREBRAL ISCHEMIC HEMISPHERIC STROKE	86
Novikova L.V., Kozyolkin O.A.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ У ВЕЛИКОМУ ПРОМИСЛОВУ МІСТІ	86
Онищенко Д.О., Мазур В.І.	
ЗАЛЕЖНІСТЬ ПЕРЕБІГУ ВІТРИНОЇ ВІСПИ У ДОРΟΣЛИХ ВІД ГЕНЕТИЧНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 (RS 1800872).....	87
Оніщенко Н.В., Рябоконе О.В.	
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРОМБОЗ ГЛИБОКИХ ВЕН	88
Павличенко В.Д., Гребенюк А.А., Науменко Є.О., Перцов І.В., Никоненко А.О.	
ОЦІНКА ПОШИРЕНОСТІ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РИНИТІВ І РИНОСИНУСИТІВ У ВАГІТНИХ	89
Першина В.Д., Костровський О.М.	
ДЕЯКІ АСПЕКТИ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ В УМОВАХ ШЕМІЧНОЇ ОФТАЛЬМОПАТІЇ.....	90
Пічахчі Г.М., Завгородня Н.Г., Михальчик С.В.	
ВИКОНАННЯ ОПЕРАЦІЇ LASIK ЗА ТЕХНОЛОГІЄЮ CONTOURA VISION ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ І СКЛАДНОГО МІОПІЧНОГО АСТИГМАТИЗМУ	90
Пічахчі Г.М., Завгородня Н.Г., Михальчик С.В.	
СТРУКТУРА ТА ФАКТОРИ ВТОРИННОЇ ШКОДИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ІЗ ВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЮ ОТОЧУЮЧИМИ, СЕРЕД КОНТИНГЕНТУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	91
Плехов В.А.	