

ABSTRACT BOOK ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

90

науково-практична конференція
студентів та молодих
вчених із міжнародною участю

Scientific Conference of
Students and Young Scientists
with International Participation



**ІННОВАЦІЇ В
МЕДИЦИНІ та ФАРМАЦІЇ**
**INNOVATIONS in
MEDICINE and PHARMACY**

Івано-Франківськ, Україна
25-27 безезня 2021

Ivano-Frankivsk, Ukraine
March 25th-27th, 2021

Зміст

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ	1
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	1
АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ	7
ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE	7
БІОЛОГІЧНА ТА МЕДИЧНА ХІМІЯ	9
BIOLOGICAL AND MEDICAL CHEMISTRY	9
ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА	12
INTERNAL MEDICINE	12
ГІГІЄНА ТА ЕКОЛОГІЯ	30
HYGIENE AND ECOLOGY	30
ГІСТОЛОГІЯ ЦИТОЛОГІЯ ТА ЕМБРІОЛОГІЯ	31
HISTOLOGY CYTOLOGY AND EMBRYOLOGY	31
ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ	32
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY	32
ЕНДОКРИНОЛОГІЯ	35
ENDOCRINOLOGY	35
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	36
INFECTIOUS DISEASES AND EPIDEMIOLOGY	36
МЕДИЦИНА ІНОЗЕМНИМИ МОВАМИ	40
MEDICAL FOREIGN LANGUAGES	40
МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ ТА ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА	46
DISASTER AND MILITARY MEDICINE	46
МЕДИЧНА БІОЛОГІЯ ТА ГЕНЕТИКА	48
MEDICAL BIOLOGY AND GENETICS	48
МЕДИЧНА ІНФОРМАТИКА, МЕДИЧНА І БІОЛОГІЧНА ФІЗИКА	51
MEDICALS INFORMATICS, MEDICAL AND BIOLOGICAL PHYSICS	51
МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ	61
MEDICAL COLLEGE	61
НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ	73
RESEARCH WORKS OF YOUNG SCIENTISTS	73
НЕВРОЛОГІЯ	109
NEUROLOGY	109
НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА МОРФОЛОГІЯ	115
NORMAL AND PATHOLOGICAL MORPHOLOGY	115
НОРМАЛЬНА ТА ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ	117
NORMAL AND PATHOLOGICAL PHYSIOLOGY	117

ОНКОЛОГІЯ	126
ONCOLOGY	126
ОФТАЛЬМОЛОГІЯ	127
OPHTHALMOLOGY	127
ПЕДІАТРІЯ	127
PEDIATRICS	127
ПСИХІАТРІЯ, НАРКОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ	131
PSYCHIATRY, NARCOLOGY AND MEDICAL PSYCHOLOGY	131
РАДІОЛОГІЯ ТА РАДІАЦІЙНА МЕДИЦИНА	135
RADIOLOGY AND RADIATION MEDICINE	135
СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	137
PUBLIC HEALTH AND SOCIAL MEDICINE	137
СПОРТИВНА МЕДИЦИНА	139
SPORTS MEDICINE	139
СТОМАТОЛОГІЯ	142
STOMATOLOGY	142
СУДОВА МЕДИЦИНА	145
FORENSIC MEDICINE	145
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	146
TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS	146
УКРАЇНОЗНАВСТВО ТА ФІЛОСОФІЯ	151
UKRAINIAN STUDING AND PHILOSOPHY	151
ФАРМАКОЛОГІЯ	157
PHARMACOLOGY	157
ФАРМАЦІЯ	158
PHARMACY	158
ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ	172
PHYSICAL REHABILITATION, ERGOTHERAPY AND PHYSICAL EDUCATION	172
ФТИЗІАТРІЯ	183
PHTHYSIOLOGY	183
ХІРУРГІЯ	184
SURGERY	184

Результати. У пацієнта У., 29 років, наявні ознаки порушення коронарного і мозкового кровообігу (запаморочення, короточасні втрати свідомості, біль за грудниною, що не знімається нітроглицерином, серцебиття, задишка, систолічний шум по лівому краю груднини не пов'язаний з I-им тоном). ЕКГ-ознаки свідчать про гіпертрофію лівого шлуночка (індекс Соколова-Лайона 45 мм) із систолічним перевантаженням за відсутності гіпертензії (АТ 126/82 мм рт. ст.). У відведеннях V4-V6 вузькі кінджалоподібні зубці Q та гігантські від'ємні зубці T. Дані ЕхоКГ вказують, що товщина базального відділу МШП у 3 рази перевищує товщину ЗСЛШ (4,5 см і 1,5 см відповідно). Спостерігаються парадоксальний передньо-систолічний рух ПСМК із систолічним приляганням її ($\geq 30\%$ тривалості систоли) до базальної частини МШП та високий градієнт тиску у виносному тракті ЛШ (56 мм рт. ст.). Ймовірно, що зазначені порушення (тріада: гіпертрофія МШП, парадоксальний рух ПСМК із її систолічним приляганням до базального відділу МШП та високий субаортальний градієнт тиску) пов'язані з ефектом Вентурі (що впливає із закону Бернуллі) про зв'язок між збільшенням швидкості руху рідини (поток крові із ЛШ в аорту) і зниженням тиску в звуженому «тунелі» (вихідний тракт ЛШ).

Висновки: 1) Однією із причин синкопального стану в молодому віці може бути ГКМП. 2) У пацієнта У. клінічні ознаки ГКМП (синкопе, кардіалгія, тахікардія) підтверджують ЕКГ- (ГЛШ із систолічним перевантаженням) та ЕхоКГ-ознаки (обструкція вихідного тракту ЛШ, спричинена гіпертрофією МШП із парадоксальним рухом ПСМК та градієнтом тиску у виносному тракті ЛШ ≥ 50 мм рт. ст.). 3) Пацієнтам із обструктивною ГКМП показана хірургічна міоектомія базальної частини МШП з реконструкцією ПСМК (операція Ferazzii) з подальшою ерготерапією під спостереженням сімейного лікаря та кардіолога і реабілітолога.

ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЕМ У ГРУДНІЙ КЛІТЦІ

Скульська А.В.

Науковий керівник – к.мед.н., доц. І.П. Фітковська
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра клінічної фармакології і фармакотерапії
м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: nastya.shchur99@gmail.com

Вступ. Більше півтора століття нітрати залишаються важливим компонентом фармакотерапії пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС), незважаючи на розвиток нових методик хірургічної реваскуляризації міокарда. Вони показані для лікування практично всіх форм ІХС, зокрема стабільної, вазоспастичної, нестабільної, постінфарктної, мікровакулярної, рефрактерної стенокардії, і використовуються як для купірування, так і попередження гострих клінічних симптомів захворювання. **Метароботи.** Оцінити характер, особливості іррадіації та визначити можливу причину больових відчуттів у пацієнтів з кардіалгією. **Основний матеріал дослідження.** У дослідженні взяло участь 80 респондентів, котрим пропонувалося пройти анкетування, заповнивши опитувальник та дати відповіді на 17 запитань. В результаті проведеного опитування виявлено, що серед найчастіших причин звернення до провізора є відчуття болю в грудній клітці – 50% респондентів, на другому місці зниження толерантності до фізичних навантажень – 25%, третє і четверте місце розділили скарги на відчуття задишки та невмотивованої загальної слабості – відповідно 15% і 10%. Серед провокуючих факторів пацієнти вказали: вживання гострої їжі – 20 респондентів (25%), психоемоційне чи фізичне навантаження – 45 респондентів (56,2%), переохолодження – 5 респондентів (6,3%) і 10 опитаних не змогли вказати безпосередню причину (12,5%). За локалізацією больового синдрому відвідувачі аптеки були розподілені наступним чином: 40 осіб відчувало біль за грудниною (50%), 8 – дифузний біль у грудній клітці (10%) і 12 опитаних – біль в епігастрії (15%). Слід відмітити, що найчастішою іррадіацією болю була іррадіація в спину та ліву руку, що склало 40% (32 респондента) та 47,5% (38 респондентів) відповідно. У чотирьох опитаних іррадіація болю була в навколо пупкову ділянку (5%) і у шести (7,5%) – в ліву половину грудної клітки. Характеризуючи інтенсивність больових відчуттів згідно анкетування варто зауважити, що у більшості відвідувачів наявний був легкий (2-4 бали) та помірний (4-6 балів) біль, що становило 43,8% (n=35) і 50% (n=40) відповідно. І тільки 3 опитаних (3,7%) скаржилися на виражений 6-8 балів та 2 (2,5%) на інтенсивний біль. **Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, у своїй практиці провізор дуже часто стикається із проблемою болю у грудній клітці, але далеко не завжди цей біль означає біль у серці і може не нести ніякої загрози життю пацієнта чи створювати небезпеки. У диференційній діагностиці болю в грудній клітці особливу увагу варто приділити локалізації, інтенсивності та іррадіації больових відчуттів з метою вчасного виявлення загрозливих симптомів.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ЗМІН CRAB КРИТЕРІЇВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНОЮ МНОЖИННОЮ МІЕЛОМОЮ НА ФОНІ ІНДУКЦІЙНОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ

Стаднік Є.О.

Науковий керівник – к.мед.н. Т.В. Лиманець
Українська медична стоматологічна академія
Кафедра внутрішньої медицини №1
м. Полтава, Україна, e-mail: stelisabethh@gmail.com

Актуальність. Симптоматична множинна мієлома (ММ) – це хронічне лімфопроліферативне захворювання, яке характеризується проліферацією клональних плазматичних клітин у кістковому мозку з розвитком гіперкальцемії, ниркової недостатності, анемії та/або літичними ураженнями кісток скелету (CRAB критерії). Частка ММ становить близько 10% в структурі онкогематологічних новоутворень, а показники захворюваності в усьому світі продовжують зростати протягом останніх десятиліть.

Мета – провести аналіз змін CRAB критеріїв активності ММ в динаміці курсів індукційної хіміотерапії (ХТ).

Матеріали і методи: проаналізовано історії хвороб 62 пацієнтів із вперше діагностованою ММ, які лікувались у гематологічному відділенні КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» у 2017-2019 роках. У дослідження було включено 36 пацієнтів із секретуючою ММ, які отримували ХТ комбінаціями цитостатичних препаратів із включенням талідоміду. Середній вік хворих склав $63 \pm 6,7$ років, жінок 21 (58%) / чоловіків 15 (42%). У залежності від встановленої стадії захворювання згідно міжнародної системи стадіювання (International Staging System – ISS) хворі були розподілені на 3 групи: I (n=8) – хворі на ММ, яким було діагностовано I стадію; II (n=17) – хворі на ММ із II ст.; III (n=11) – хворі на ММ із III ст. Оцінювали показники, що включені до CRAB критеріїв активності ММ: концентрацію гемоглобіну (HGB), рівні кальцію (Ca) та креатиніну (Cr) в крові, наявність літичних уражень кісток. Оцінку проводили двічі: до початку лікування та після 3-х курсів ХТ.

Результати. До ХТ у обстежених хворих I групи концентрація HGB склала $102,3 \pm 11,41$ г/л, рівень Ca – $2,56 \pm 0,211$ ммоль/л, Cr – $129,6 \pm 26,88$ мкмоль/л, у 3/8 (37,5%) пацієнтів були виявлені літичні ураження кісток; у II групі – HGB $99,7 \pm 8,29$ г/л, рівень Ca – $2,66 \pm 0,171$ ммоль/л, Cr – $143,2 \pm 17,62$ мкмоль/л, 15/17 (88,2%) хворих мали кісткові ураження; у III групі – HGB $83,9 \pm 9,71$ г/л, рівень Ca – $2,71 \pm 0,153$ ммоль/л, Cr – $198,2 \pm 20,33$ мкмоль/л, у всіх 11 пацієнтів (100%) були виявлені деструктивні літичні зміни в кістках.

Після завершення повних 3-х курсів ХТ у хворих I групи оцінювані показники статистично не змінилися і склали: HGB – $123,7 \pm 10,43$ г/л, рівень Ca – $2,53 \pm 0,154$ ммоль/л, Cr – $100,3 \pm 18,92$ мкмоль/л. У II групі концентрація HGB збільшилась у 1,2 раза ($124,4 \pm 7,85$ проти $99,7 \pm 8,29$) г/л; $p < 0,05$ порівняно із показником до ХТ; рівень Cr зменшився у 1,5 раза ($95,7 \pm 14,33$ проти $143,2 \pm 17,62$) мкмоль/л; $p < 0,05$ порівняно із показником до лікування, рівень Ca суттєво не змінився і становив $2,59 \pm 0,163$ ммоль/л. У хворих III групи статистично значущого покращення не спостерігалось: HGB становив $102,5 \pm 10,11$ г/л, рівень Ca – $2,64 \pm 0,147$ ммоль/л, Cr – $139,3 \pm 20,45$ мкмоль/л. У пацієнтів усіх груп нових літичних уражень кісток та патологічних переломів на місці існуючих деструктивних змін виявлено не було.

Висновки. На фоні специфічного лікування у пацієнтів, яким було діагностовано I та II стадія за ISS, зменшився ступінь анемії, спостерігалась нормалізація показників креатиніну та кальцію, на відміну від пацієнтів з прогностично несприятливою III стадією за ISS.

КЛІНІКО- ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ЖІНОЧОЇ СТАТІ З ХРОНІЧНИМ НЕОБСТРУКТИВНИМ ПІЕЛОНЕФРИТОМ ТА ШЛЯХИ ЇХ КОРЕКЦІЇ ОКСИГЕНОТЕРАПІЄЮ

*Столярчук М.М., Пирин С.І., Вінтонів О.Р.
Науковий керівник – асист. В.В. Соколовський,
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології
ім. академіка С.М. Нейка
м. Івано-Франківськ, Україна e-mail: maskast14@gmail.com*

Актуальність: Інфекція верхніх сечових шляхів (ІВСШ) — найбільш поширена в сучасній терапевтичній та урологічній практиці, її частота в структурі госпітальних інфекцій сягає 45–50 %, схильна до рецидивів і не має тенденції до зниження.

Мета дослідження: розробити комплексний метод лікування ІВСШ для ефективного впливу на бактеріальну флору сечових шляхів у жінок з піелонефритом та удосконалити спосіб лікування анемії.

Матеріал і дослідження: для досягнення встановленої мети проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження 58 жінок з безсимптомною бактеріурією та анемією легкого ступеня, які становили основну групу. 20 жінок без ознак сечових інфекцій та анемії становили контрольну групу. Жінки основної групи після проведеної антибактеріальної терапії залежно від способу комплексного лікування були розподілені на дві клінічні групи. До першої клінічної групи увійшли 28 жінок, для яких використано рослинний препарат, що застосовується при лікуванні запальних захворювань сечових шляхів. До другої клінічної групи увійшли 30 пацієнток, які отримували 200 мл озонованого фізіологічного розчину внутрішньовенно один раз на день протягом 10 днів. Вік пацієнток коливався від 18 до 37 років, середній вік жінок основної групи становив $29,5 \pm 3,6$ року, контрольної — $26,4 \pm 4,3$ року.

Результати дослідження: після проведеного лікування рецидив захворювання визначався у 7 (25 %) жінок з традиційним лікуванням і у 2 (6,7 %) жінок, які отримували озонотерапію. Після проведеного лікування рослинним препаратом було визначено, що залізо сироватки крові збільшилось майже вдвічі, а після озонотерапії — у 3,5 рази, практично дорівнюючи контрольним показникам. Рівень трансферину підвищився в 1,3 рази після використання рослинного препарату та втричі після застосування озону. Також після застосування медичного озону нормалізувалися показники феритину. Зміни доплерометричних показників вказували на покращення стану сечовидільної системи після озонотерапії у 93,3 %, після фітолікування — у 67,9 %.

Висновок: використання комплексної патогенетично обґрунтованої терапії, спрямованої на оптимізацію ефективності лікування ІВСШ, не має побічних ефектів і дозволяє поліпшити результати лікування пацієнток із піелонефритом, зменшити кількість прийому антибактеріальних препаратів та запобігти рецидивам сечових інфекцій, що сприятиме значному зниженню кількості анемії та покращанню показників метаболізму еритроцитів.

ОСОБЛИВОСТІ МНОЖИННОГО МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ STEMI (РЕТРОСПЕКТИВНЕ КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

*Стоцька Х.І., Вацеба Х.Б.
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Н.М. Середюк
Івано-Франківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства
м. Івано-Франківськ, Україна, e-mail: hshpyrko@gmail.com*

Актуальність. Множинні мультифокальні ураження коронарних артерій спостерігаються у 30-60% випадків інфаркту міокарда (ІМ). Встановлено, що реваскуляризація міокарда у пацієнтів зі STEMI дає можливість домогтися повного припинення нападів стенокардії, поліпшення якості життя, підвищення толерантності до фізичних навантажень [1,2]. Разом з тим, в разі появи гострої серцевої недостатності (Forrester III-IV, Killip IIb-IV), гіпертензивного кризу, нападу аритмії, які часто розвиваються вже у перші години STEMI, виникають проблеми щодо проведення повної реваскуляризації міокарда, тобто відкриття всіх гемодинамічно значимих стенозів [3,4].

Мета роботи: встановити особливості реваскуляризації міокарда за умови множинного мультифокального ураження коронарних артерій та супутніх невідкладних станів.

Матеріали і методи. Клінічний випадок із практики.

Пацієнтка N., 65 років, вчителька, поступила в кардіологічний стаціонар з катетеризаційною лабораторією (КатЛаб) через 4 год. 20 хв. після первинного медичного контакту (ПМК) із типовим болем за грудниною та скаргами на задишку, виражену загальну слабкість, холодне пітіння. Пульс 108 уд/хв., АТ 110/80 мм.рт.ст. (зазвичай АТ 160-170/90 мм.рт.ст). Тони серця ослаблені, ЧСС 108 уд/хв, ритм галопу. В нижніх відділах легень наявні вологі дрібноміхурцеві хрипи. ЕКГ: слевачія сегмента