

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО**

**МАТЕРІАЛИ
80-Ї ЗАГАЛЬНОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

Львів – 2019

**MINISTRY OF HEALTHCARE OF UKRAINE
DANYLO HALYTSKY
LVIV NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY
STUDENTS SCIENTIFIC SOCIETY**

**MATERIALS OF
LVIV INTERNATIONAL YOUNG
SCIENTISTS CONFERENCE**

Lviv - 2019

Примітка: Викладено згідно із поданими учасниками матеріалами. Відповідальність за їх зміст несуть автори та наукові керівники.

Note: Printed in accordance with the materials submitted by the participants.

Наглядова рада

акад. НАМН України проф .Б.С. Зіменковський	ректор університету
проф. М. Р. Гжегоцький	перший проректор з науково – педагогічної роботи
проф. А.Й. Наконечний	проректор з наукової роботи
проф. А.В. Магльований	проректор з науково-педагогічної роботи, науковий керівник СНТ медичного факультету №1
проф. З.З. Масна	науковий керівник СНТ та ТВМ університету
доц. Б.В. Дибас	декан медичного факультету №1
проф. О.Б. Надрага	декан медичного факультету №2
проф. Р.З. Огоновський	декан стоматологічного факультету
доц. Д.В. Камінський	в.о. декана фармацевтичного факультету
доц. Є.С. Варивода	декан по роботі з іноземними студентами
доц. В.О. Сергієнко	науковий керівник СНТ медичного факультету №2
доц. О.З. Масна-Чала	науковий керівник СНТ стоматологічного факультету
доц. Л.І. Кобилінська	науковий керівник СНТ фармацевтичного факультету

Організаційний комітет

Туркевич Данило	голова Ради СНТ
Пакулець Андрій	заступник голови Ради СНТ
Патер Наталія- Ярослава	секретар Ради СНТ
Беляк Андріана	голова правління СНТ медичного факультету №1
Панченко Світлана	голова правління СНТ медичного факультету №2
Януш Роман	голова правління СНТ фармацевтичного факультету
Штибель Денис	голова правління СНТ стоматологічного факультету
Філевич Христина	член Ради СНТ
Чихрак Софія	член Ради СНТ
Варес Ярема	член Ради СНТ
Живіцька Христина	член Ради СНТ
Тарасюк Ярина	член Ради СНТ
Волошин Мар'яна	член Ради СНТ
Юрчак Маріанна	член Ради СНТ
Петейчук Тарас	член Ради СНТ
Паляниця Ірина	член Ради СНТ
Куляба Назар	член Ради СНТ
Голота Адріан- Ярема	член Ради СНТ

СЕКЦІЯ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ	12
СЕКЦІЯ БІОЛОГІЇ ТА МІКРОБІОЛОГІЇ	33
СЕКЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1	44
СЕКЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 2	63
СЕКЦІЯ ДЕРМАТОЛОГІЇ ТА ВЕНЕРОЛОГІЇ	81
СЕКЦІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ	90
СЕКЦІЯ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ	103
СЕКЦІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ	116
СЕКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	130
СЕКЦІЯ МОРФОЛОГІЇ	140
СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ	146
СЕКЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	166
СЕКЦІЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ ТА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ	179
СЕКЦІЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ДИТЯЧИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ	193
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №1(ЕНДОКРИННА ТА АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ В Т. Ч. ДИТЯЧА)	210
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЇ №2(СУДИННА ХІРУРГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ, СПОРТИВНА МЕДИЦИНА)	221
СЕКЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В Т. Ч. ДИТЯЧОГО ВІКУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	234
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В Т. Ч. ДИТЯЧОГО ВІКУ, ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ОРТОДОНТІЇ	246
DENTISTRY SECTION	256
СЕКЦІЯ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ АПТЕЧНОЇ СПРАВИ	266
СЕКЦІЯ СИНТЕЗУ ТА АНАЛІЗУ БАР ТА ФАРМАКОГНОЗІЇ	283
СЕКЦІЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ	301
СЕКЦІЯ БІОЕТИКИ	309
СЕКЦІЯ УКРАЇНОЗНАВСТВА	353
Алфавітний покажчик авторів	365

СЕКЦІЯ НЕВРОЛОГІЇ ТА ПСИХІАТРІЇ

Четвер, 11.04.2019р., 10:00

Наукова рада – доц. Б.В. Кулик, доц. Н.В. Кулик, доц. Ю.О. Матвієнко, доц. О.Ю. Плевачук, ас. С.Я. Кирилюк, ас. А.Р. Цьона, ст. викл. Х.І. Павлів, асп. М.І. Боженко

Головуючі – Волошин Мар'яна, Ковальчук Ольга

СТРУКТУРА ГОЛОВНОГО БОЛЮ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ЛЬВІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

Волошин Мар'яна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра неврології

Завідувач кафедри – проф. Т.І. Негрич

Науковий керівник – ас. С.Я. Кирилюк

Актуальність. Головний біль є однією з актуальних проблем сучасної медицини. Згідно даних багатьох епідеміологічних досліджень, кожна людина хоча б один раз у житті відчувала біль голови. Серед населення різних країн цей патологічний стан зустрічається у 50-90% осіб. За наявності болю голови порушується працездатність, знижується якість життя хворих, що зумовлює високу медичну та соціально-економічну значимість проблеми.

Мета. Вивчити структуру головного болю (ГБ) у студентів I, IV та VI курсів медичного факультету Львівського національного медичного університету (ЛНМУ) імені Данила Галицького.

Матеріали та методи. Обстежено 150 студентів медичного факультету ЛНМУ імені Данила Галицького, які були поділені на три досліджувані групи: 1 група – 50 студентів I курсу (середній вік становив $17,52 \pm 0,66$ роки), 2 група – 50 осіб IV курсу (середній вік – $19,87 \pm 0,79$), 3 група – 50 студентів VI курсу (середній вік $22,54 \pm 0,75$). Встановлення та діагностика ГБ здійснювалася за допомогою розробленого на основі Міжнародної класифікації головного болю (2003) опитувальника для виявлення, визначення виду та клінічної оцінки ГБ. Використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ) для визначення інтенсивності ГБ, шкалу оцінки впливу ГБ на повсякденну діяльність (НІТ-6). Результати дослідження обробляли за допомогою програм Excel і Statistica 6.0. Розраховували середнє арифметичне і стандартну похибку. Ступінь вірогідності визначали за допомогою t-критерію Стьюдента. За рівень статистичної вірогідності вважали результати при $p < 0,05$.

Результати. У трьох групах опитаних ГБ спостерігали у більше ніж 60% осіб – 1 група (68%), 2 група (84%), 3 група (66%) ($p > 0,05$). Серед студентів I курсу головний біль напруги виявили у 30% досліджуваних, мігрень у 18%, інший вид (вторинний головний біль, наприклад цервікогенний) - у 20%. На IV курсі переважали особи з головним болем напруги (40%), мігрень та вторинний біль голови діагностували у 14% та 30% студентів. Подібний розподіл спостерігали і на VI курсі (34%, 10% та 22% відповідно). Також вивчались частота та провокуючі фактори виникнення головного болю у студентів I, IV та VI курсів медичного факультету ЛНМУ ім. Д. Галицького.

з розвитком поширених інфарктів мозку (мультиінфарктна деменція). Для судинного нейрокогнітивного дефіциту характерне переважання когнітивних порушень за дизрегуляторним типом (зниження активності концентрації, стійкості уваги, здатності до планування, організації діяльності, побутова апраксія, анозогнозія); погіршення пам'яті виражене м'якше ніж при такому ж синдромі з хворобою Альцгеймера. При хворобі Альцгеймера дегенеративний процес першочергово розвивається у медіальних відділах скроневих, пізніше тім'яних часток. Виникає когнітивний дефект - страждають просторові функції, знижується зорова пам'ять і пам'ять на запахи, з'являються труднощі в орієнтації у часі, порушується виконання тесту малювання годинника, спостерігається підвищена чутливість слідів пам'яті до інтерферуючої діяльності, пізніше виникають порушення ходи, брадикінезія. Деменція при хворобі Альцгеймера, насамперед, характеризується зниженням показників MMSE (<24 бали), а показники FAB-тесту залишаються високими або знижуються незначно (більше 11 балів). Сума балів < 4 за шкалою Хачинського свідчить про хворобу Альцгеймера, сума балів > 7 – за судинну деменцію. За даними СКТ і МРТ було виділено наступні форми СД: деменцію, пов'язану з дифузними змінами білої речовини півкуль, а також з множинними лакунарними інфарктами (на СКТ - феномен лейкоареозу: двобічне дифузне або плямисте зниження щільності білої речовини чи гіперінтенсивні перивентрикулярні вогнища на МРТ в T2-зваженому режимі); мультиінфарктну деменцію (на СКТ, МРТ головного мозку є множинні ділянки інфарктів); деменцію з поодинокими інфарктами у ділянках, що стосуються інтелекту (на МРТ - інфаркти в зоровому горбі, медіобазальних відділах мозку). У пацієнтів з хворобою Альцгеймера на МРТ - атрофія кори більше виражена в скронево-тім'яних відділах, зменшуються розміри гіпокампів, прилеглих ділянок кори скроневої частки та енторіальної кори.

Висновки. На основі аналізу клінічних випадків можна стверджувати, що доцільно проводити диференційну діагностику нейрокогнітивного дефіциту при судинній деменції і хворобі Альцгеймера за етіологічним, неврологічним, нейропсихологічним профілями та на основі психологічних тестів і даних методів нейровізуалізації.

РОЗЛАДИ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЇХ ФОРМУВАННЯ

Сумарюк Богдан

Гринько Наталя

Буковинський державний медичний університет

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Завідувач кафедри – проф. В.М. Пашковський

Науковий керівник – ас. Н.В. Гринько

Актуальність. Багато вчених та фахівців у галузі харчової поведінки стверджують, що розлади харчування найбільше проявляються у дитячому та підлітковому віці. Харчова поведінка визначається особистим ставленням дитини до їжі та способів її вживання. Порушення харчової поведінки дитини, мають в своїй основі фізіологічні та психологічні чинники. До найбільш поширених факторів становлення дитячої харчової поведінки відносять: харчовий приклад батьків та авторитетних людей, наочне навчання та моделювання, реклама продуктів харчування, телебачення, інтернет.

Мета. Вивчення психологічних чинників (попередників), котрі впливають на становлення харчової поведінки дітей, для подальшої розробки алгоритму медико-психологічного супроводу.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось шляхом анкетування. У дослідженні взяли участь 70 дітей (35 хлопчиків та 35 дівчаток). Учасники заповнили «Голландський опитувальник харчової поведінки» (The Dutch Eating Behaviour

Questionnaire). Батькам дітей було запропоновано пройти анкетування: «Питання щодо харчової поведінки дитини» (Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) та анкети щодо соціально-демографічних характеристик.

Результати. Зі 70 досліджених респондентів (серед дівчаток і хлопців) 22% з обмежувачим типом харчової поведінки, 38% з емоціогенним типом харчової поведінки, 68% екстернальним типом харчової поведінки.

Висновки. Екстернальна харчова поведінка пов'язана із підвищеною чутливістю до зовнішніх стимулів споживання їжі: діти з такою поведінкою їдять у відповідь на зовнішні стимули: вітрина продуктового магазину, гарно накритий стіл, реклама харчових продуктів та інші. Емоціогенна харчова поведінка характеризується тим, що стимулом до приймання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Продукти харчування для дітей із емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, тому що приносять їм не тільки насичення, але й задоволення, заспокоєння, підвищують настрій. Обмежувальна харчова поведінка, яка полягає у харчовому самообмеженні, дотриманні строгої дієти. Зазвичай на зміну строгої дієти приходять періоди вираженого переїдання.

ГЕНЕТИЧНІ ПОРУШЕННЯ СИНАПТИЧНОГО ПРУНІНГУ: НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ШИЗОФРЕНІЇ

Радченко Світлана

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра психіатрії, психології та сексології

Завідувач кафедри – проф. Р.І. Білобрівка

Науковий керівник – доц. О.Ю. Плевачук

Актуальність. Шизофренія є гетерогенним психічним розладом, що характеризується сукупністю позитивних, негативних та когнітивних психопатологічних симптомів, які з часом приводять до розпаду особистості та неможливості якісно функціонувати у соціумі. За даними ВООЗ близько 1% людей у світі страждає на це захворювання, причини та патогенез якого донедавна залишалися нез'ясованими. Однією з найбільш перспективних гіпотез розвитку захворювання стала гіпотеза, яка пояснює виникнення шизофренії посиленням процесу синаптичного прунінгу, який характеризується скороченням кількості синапсів чи нейронів для підвищення ефективності роботи нейронної мережі шляхом ретракції (зворотнього втягування) дендритних шипів чи філоподій. Цей процес активно відбувається у людини між періодами раннього дитинства і початком статевого дозрівання.

Мета. Визначити найбільш перспективні майбутні напрямки генетичних досліджень шизофренії, пов'язані із процесом синаптичного прунінгу з метою превенції та успішного лікування захворювання.

Матеріали і методи. Було проаналізовано 260 джерел результатів наукового пошуку у наукометричних базах даних Google Scholar та PubMed, які були опубліковані впродовж останніх трьох років та містили генетичні дослідження порушень процесів синаптичного прунінгу при шизофренії.

Результати. Підвищена ймовірність розвитку шизофренії спостерігається при зростанні інтенсивності процесу синаптичного прунінгу, що викликається підвищеною експресивністю гену C4 за рахунок його структурної видозміни. Саме тому у пацієнтів спостерігається порушення нейрогенезу, що виявляється у втраті сірої речовини та зменшенню розмірів гіпокампу, а також зменшенням його функціональної активності. У цьому контексті найцікавішою структурою для майбутнього дослідження є мікроглії – гліальні клітини, які виконують роль макрофагів ЦНС і відповідають за пришвидшене обрізання синаптичних зв'язків. Останні дослідження клітинної моделі синаптичного