



Вінницький національний медичний
університет ім. М. І. Пирогова
Рада студентського наукового товариства
Рада молодих вчених



Вінниця,
Україна

8-10 квітня
2020 р.

VNMMU



MEDICAL CONFERENCE

МАТЕРІАЛИ

XVII науково - практичної конференції
студентів та молодих вчених
з міжнародною участю

«Перший крок в науку-2020»

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

МАТЕРІАЛИ
XVII Науково-практичної конференції студентів та молодих
вчених з міжнародною участю
«Перший крок в науку — 2020»

8-10 квітня 2020 року
м. Вінниця

Шушковська Ю.Ю.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ШЛУНОЧКОВОЮ ЕКСТРАСИСТОЛІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини № 3

Іванов В.П. (д. мед н., проф., зав. каф. внутрішньої медицини № 3)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

М. Вінниця, Україна

Актуальність: Аналіз ВРС є високоінформативним неінвазивним методом визначення тону вегетативної нервової системи у хворих із серцево-судинною патологією, способом оцінки ефективності лікування, його корекції, враховуючи фактори ризику, супутні коморбідні стани.

Мета: Оцінити ВРС у жінок з ГХ у поєднанні з ІХС, проаналізувати зміни часових та спектральних показників у залежності від наявності частоті симптомної ІШЕ.

Матеріали та методи: Обстежено 30 жінок із ГХ II стадії в поєднанні із стабільною ІХС (стабільна стенокардія напруги I-II ФК за CCS) ускладненою частою симптомною ІШЕ, середній вік – $68,07 \pm 1,47$ років. Виділено 2 клінічні групи: 1-а група – пацієнти з ГХ із супутньою ІХС і без ІШЕ ($n=15$); 2-а група – пацієнти з ГХ із супутньою ІХС і частою симптомною ІШЕ ($n=15$). Тривалість ГХ – $10,88 \pm 2,61$ роки, хронічної ІХС – $6,26 \pm 1,59$ роки, екстрасистолічного анамнезу – $5,21 \pm 1,2$ роки. ХМ ЕКГ проводили за допомогою портативної системи DiaCard 2,0 (АТЗТ «Сольвейг», м. Київ, Україна). Оцінку результатів ВРС проводили згідно нормативів, затверджених членами спеціальної групи Європейського товариства кардіологів та Північноамериканської асоціації електрофізіологів (1996). ВРС проводили шляхом ХМ ЕКГ протягом 5-ти хвилин в період відсутності ІШЕ (коли це можливо було) – двічі в денний період і один раз у нічний час доби, брали середнє значення трьох показників. Визначали основні показники ВРС: часові – SDNN, pNN50%; спектральні – LF, HF та LF/HF.

Результати: При аналізі порушень ритму серця в обстежених груп пацієнтів визначили: 1) у пацієнтів 2-ї групи середня кількість ІШЕ за добу – $9866,2 \pm 274,1$; 2) у 7 (46,67%) пацієнтів реєструвалася політопні ІШЕ, у 9 (60,00%) – парні та групові ІШЕ; середня кількість парних і групових ІШЕ за добу – 42; 3) у 9 (30%) пацієнтів ІШЕ мала характер алоритмії, у 21 (70%) – інтермітуючий характер з епізодами аритмії тривалістю $10,3 \pm 2,0$ годин на добу; 4) у пацієнтів 2-ї групи зареєстровано недостовірне збільшення кількості НЕ (1064 ± 98 і 1310 ± 142 відповідно); 5) у 6-х (40%) жінок 2-ї групи зареєстровано 2 епізоди нестійкої шлуночкової тахікардії, середня тривалість пароксизму – $8,57 \pm 2,01$ с; 6) у 2-х (13,33%) жінок 2-ї групи – 2 епізоди фібриляції передсердь, середня тривалість пароксизму – $6,57 \pm 1,07$ с.

Показники ВРС в 1-ій групі: SDNN – $102,87 \pm 5,68$ мс; pNN50% – $22,45 \pm 2,17$ м/с; LF – $1062,71 \pm 48,18$ мс²; HF – $762,34 \pm 36,94$ мс²; LF/HF – $1,42 \pm 0,72$ од. Показники в 2-ій групі: SDNN – $83,27 \pm 3,01$ мс ($p < 0,005$); pNN50% – $12,98 \pm 1,1$ м/с ($p < 0,0005$); LF – $1772,64 \pm 54,21$ мс² ($p < 0,0001$); HF – $438,56 \pm 41,23$ мс² ($p < 0,0001$); LF/HF – $4,02 \pm 0,46$ од. ($p < 0,005$).

Висновки: Отже, у жінок ГХ II стадії в поєднанні з ІХС та частою ІШЕ визначається підвищення тону симпатичної ланки вегетативної нервової системи (достовірне зниження SDNN ($p < 0,005$), достовірне зниження pNN50% ($p < 0,0005$), достовірне підвищення LF ($p < 0,0001$) та LF/HF ($p < 0,005$)) і достовірне зниження HF ($p < 0,0001$), що характеризує пригнічення парасимпатичної регуляції серцевого ритму.

Щерба В. В., Абраменко В. В.

СТАН ЗУБОЩЕЛІПНОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ З ДЦП

Кафедра стоматології дитячого віку

Щерба В. В. (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця

Актуальність: Ураження нервової системи займають друге місце серед причин інвалідності з

дитинства. Найпоширенішим захворюванням серед них є церебральний параліч.

Мета: Висвітлити стан стоматологічного здоров'я у дітей з ДЦП та акцентувати увагу на важливості профілактики і своєчасного лікування захворювань ротової порожнини у дітей з особливими потребами.

Матеріали та методи: Проведено аналіз вітчизняної і закордонної літератури стосовно поширеності стоматологічних захворювань та зубощелепних аномалій у дітей з церебральним ураженням органічного походження.

Результати: Кількість дітей з ДЦП та ураженнями нервової системи, що призводять до інвалідності, збільшується в Україні майже на 2 % щорічно. Неодноразові дослідження науковців достовірно підтвердили, що патологія зубощелепної системи є невід'ємною частиною синдрому церебрального паралічу. При обстеженні хворих виявляється незадовільний догляд за порожниною рота, висока поширеність карієсу та захворювань пародонту, часті зубощелепні аномалії та деформації. За даними різних авторів розповсюдженість карієсу серед дітей з ДЦП коливається від 97 до 100 %. Вивчення складових інтенсивності карієсу за індексом КПВ виявило, що на одному зубі часто присутні декілька каріозних порожнин, кількість зубів з нелікованим карієсом значно переважає над кількістю пломбованих. Порівняння показників з практично здоровими дітьми свідчить про те, що у дітей з ДЦП в 6-7 разів більше каріозних, в 2 рази менше пломбованих та в 4-9 разів більше видалених зубів. Пошук причин високої поширеності та інтенсивності стоматологічних захворювань серед дітей з церебральним ураженням виявив можливий зв'язок між гіпокальціємією і недостатньою мінералізацією твердих тканин зубів через недоношеність та зниженою резистентністю емалі. Супутніми чинниками є порушення роботи слинних залоз, м'язів язика та жувальної мускулатури, патологічний прикус і аномалії положення окремих зубів, що в комплексі призводять до поганого самоочищення зубів протягом дня. Поганий рівень гігієни є основною причиною й запальних процесів тканин пародонту. Відмічається суцільна поширеність ураження ясен у дітей з церебральним паралічем. Переважає середня форма важкості. Ряд досліджень виявив кореляцію між важкістю перебігу ДЦП та станом ротової порожнини.

Висновки: Не зважаючи на низький рівень стоматологічного здоров'я дітей з церебральним ураженням, лікування захворювань щелепно-лицевої ділянки майже ніколи не входить в план комплексної реабілітації основного захворювання, тому важливим є детальніше вивчення факторів ризику захворювань порожнини рота на фоні ДЦП з подальшою розробкою спеціалізованих програм профілактики.

Яснюк М.В., Камінська О.А., Родінкова В.В.

МОРФОЛОГІЯ ПИЛКУ ТРАВ В УКРАЇНІ: ВСТАНОВЛЕНО ТРИ КАТЕГОРІЇ

Кафедра фармації

Родінкова В.В. (д. біол. н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Важливою задачею при визначенні чинників алергії є розпізнання пилкових зерен різних родів родини Poaceae для точного діагностування полінозу та кращого розуміння алергенного впливу пилку злаків на населенню.

Мета: Тому метою нашого дослідження було забезпечити морфологічне розрізнення пилку різних родів родини Poaceae.

Матеріали та методи: Збирались як гербарні зразки, так і пилок досліджуваних рослин у полі протягом травня та червня 2019 року у Вінниці. Пилок струшували з пиляків безпосередньо на предметне скло, одразу фіксували і забарвлювали барвником, що зберігався в термосі, і закривали покривним скельцем. Розміри пилкових зерен – їх ширину та довжину, – визначали та аналізували за допомогою методу визначення кuartилів, для розподілу отриманих розмірів на категорії.