



Міністерство охорони здоров'я України  
Ministry of Health of Ukraine  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

# МАТЕРІАЛИ MATERIALS

**Науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Молодіжна наука – 2024»**

**Scientific - practical conference of young scientists with international participation "Youth Science - 2024"**



**17.05.2024**



**Вінниця, Україна  
Vinnytsya, Ukraine**



**snt@vnmu.edu.ua**

## «МОЛОДІЖНА НАУКА — 2024»

**Редакційна колегія:**

**Головні редактори** – в.о. ректора ЗВО, проф. Ю.Г.Шевчук, голова Вченої Ради, проф. В.В. Петрушенко.

**Заступники головного редактора** – проф. О.В. Власенко

**Відповідальний секретар** – голова Ради молодих вчених Н.М. Бедрій

**Члени редакційної колегії** – О.О. Вільцанюк, О.М. Павлюк

Збірник матеріалів науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «МОЛОДІЖНА НАУКА — 2024» складена на основі заявок молодих вчених кафедр Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та вищих навчальних закладів медичного і фармацевтичного напрямків України

©Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, 2024.

М.В. Власенко (д. мед. н., професор)

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна  
**Актуальність:** цукровий діабет (ЦД) є фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), макро- та мікросудинних ускладнень. Згідно з рекомендаціями Європейської спільноти кардіологів у пацієнтів  $\geq 40$  років із ЦД 2 типу без ССЗ або тяжкого ураження органів-мішеней рекомендується оцінювати 10-річний ризик ССЗ за допомогою алгоритму SCORE2-Diabetes. Неалкогольну жирову хворобу печінки трактують як одну із складових метаболічного синдрому. Згідно з оновленими рекомендаціями Американської діабетологічної асоціації, дорослим з ЦД 2 типу рекомендується стратифікувати ризик розвитку фіброзу печінки за допомогою розрахованого індексу фіброзу-4 (FIB-4).

**Мета:** оцінити ризики розвитку фіброзу печінки у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу та серцевою недостатністю.

**Матеріали та методи:** проаналізовано 24 амбулаторних карт хворих на базі Вінницького обласного клінічного високоспеціалізованого ендокринологічного центру. Використано шкали SCORE2-Diabetes та індекс FIB-4. SCORE2-Diabetes об'єднує інформацію про фактори ризику ССЗ, дані про діабет та швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ). Значення  $\geq 20\%$  вважається дуже високим ризиком, 10-20 % - високий, 5-10% - помірний,  $< 5\%$  - низький ризик серцево-судинних захворювань. Для розрахунку FIB-4 враховується вік, рівень аланінамінотрансферази (АЛТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), тромбоцитів. Показник  $< 1,3$  вважається низьким ризиком розвитку фіброзу і несприятливих наслідків для печінки, 1,3-2,67 - проміжна «сіра зона»,  $> 2,67$  - висока ймовірність розвитку фіброзу.

**Результати:** вік хворих становить 42-69 років, які перебувають на обліку з приводу ЦД 2 типу, з них 10 жіночої статі (41,7 %) та 14 чоловічої статі (58,3%). Серед чоловіків 11 осіб (78,6%) мали дуже високий серцево-судинний ризик, 3 особи (21,4%) - високий ризик; 4 особи (28,6%) - проміжна «сіра» зона, 10 чоловіків (71,4%) мали низьку ймовірність розвитку фіброзу за показниками FIB-4. Дуже високий серцево-судинний ризик у пацієнтів обумовлений наявністю атеросклеротичного процесу; протеїнурією; мікроальбумінурією із ШКФ нижче 60 мл/хв/1,72м<sup>2</sup>. Високий серцево-судинний ризик у пацієнтів зумовлений переважно наявністю гіпертонічної хвороби та дисліпідемії. Серед жінок всі 10 осіб (100%) мали дуже високий серцево-судинний ризик; 6 осіб (60%) є у проміжній «сірій» зоні, 4 жінки (40%) - у низькому ризику розвитку фіброзу за показниками FIB-4. Дуже високий ризик у пацієнок був обумовлений переважно наявністю атеросклеротичного процесу та розвитком нефропатії.

**Висновки:** алгоритм SCORE2-Diabetes покращує ідентифікацію осіб із вищим ризиком розвитку ССЗ. Індекс фіброзу-4 є ефективною стратегією для скринінгового прогнозу розвитку фіброзу печінки у пацієнтів із ЦД 2 типу із серцевою недостатністю. Застосування сучасних персоніфікованих алгоритмів стратифікації ризиків забезпечує точність і практичність стратегій профілактики ССЗ та розвитку фіброзу печінки.

Ф.В. Гладких

## СТАН АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ТКАНИНАХ СЕРЦЯ НА ТЛІ ВВЕДЕННЯ КОНДИЦІОНОВАНОГО СЕРЕДОВИЩА МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АУТОІМУННОМУ МІОКАРДИТІ

Кафедра інфекційних хвороб та клінічної імунології Лядова Т. І. (д. мед. н., професор)

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Міністерства освіти і науки України, м. Харків, Україна

**Актуальність:** відомо, що значна кількість випадків міокардиту не діагностуються вчасно через субклінічні або неспецифічні симптоми. Перелік можливих етіологічних чинників міокардиту постійно розширюється. Клінічні дані свідчать про активну аутоімунну відповідь при міокардиті людини як на клітинному, так і на гуморальному рівнях. Пошкоджуючий вплив імунопатологічних реакцій можна розділити на три взаємопов'язаних складових: а) ушкодження міокарда та інших тканин серця, обумовлене реакціями клітинного імунітету; б)

ураження, обумовлене впливом гуморальних факторів, насамперед антитіл до скоротливих білків різноманітних структур серця; в) патологічні ефекти прозапальних цитокінів, що активно синтезуються імунними клітинами.

**Мета:** охарактеризувати вплив введення кондиціонованого середовища мезенхімальних стовбурових клітин (КС-МСК) на стан антиоксидантно-прооксидантного гомеостазу у тканинах серця при експериментальному аутоімунному міокардиті (АІМ) у щурів.

**Матеріали та методи:** дослідження ефективності КС-МСК при АІМ проведені на 42 щурах-самцях масою 200–220 г. АІМ моделювали за методикою Павленко Г.П. шляхом внутрішньоочеревинного введення щурам кардіотропної антигенної суміші, яка складалась з повного ад'юванту Фрейнда (ПАФ, *Thermo Fisher Scientific, США*) та розчину антигену, отриманого з гомогенату аlogenного серця. КС-МСК вводили на 14, 17, 20, 23 та 26 дні експерименту. В якості референс-препарату обрано інгібітор реполяризації міокарда з  $\alpha$  та  $\beta$ -блокуючою дією кордарон в дозі 10 мг/кг. На 28 день експерименту у тканинах серця визначали вміст продуктів, що реагують з 2-тіобарбітуровою кислотою (ТБК-РП), активність каталази та розраховували інтегральний показник – антиоксидантно-прооксидантний індекс (АПІ = (активність каталази  $\times$  100) / вміст ТБК-РП).

**Результати:** експериментальні дослідження показали, що на 28 день експерименту у щурів зі змодельованим АІМ відмічалось статистично вірогідне зниження АПІ ( $p=0,02$ ) на 59,3% відносно показників інтактних тварин – АПІ становив відповідно  $11,4 \pm 1,5$  ум.од., що обумовлено підвищенням вмісту ТБК-РП на 56,9% ( $p<0,001$ ) та зниженням активності каталази на 34,2% відносно показників інтактних тварин. П'ятиразове введення КС-МСК щурів зі змодельованим АІМ призвело до статистично вірогідного зниження ( $p<0,001$ ) вмісту ТБК-РП на 32,7% та підвищення активності каталази ( $p=0,028$ ) на 40,0% відносно показників тварин з АЕМ без лікування. Вказані зміни призвели до статистично вірогідного ( $p<0,001$ ) зростання АПІ в 2 рази, що становило відповідно  $22,8 \pm 0,9$  ум.од.

**Висновки:** застосування КС-МСК призводить до нормалізації антиоксидантно-прооксидантного гомеостазу у тканинах серця щурів зі змодельованим АІМ, що проявлялось зниженням вмісту ТБК-РП, підвищенням активності каталази та відповідно зростанням АПІ.

Ю.О. Григор'єва, Д.І. Мартиненко

## **ДВОСТУЛКОВИЙ АОРТАЛЬНИЙ КЛАПАН ЯК ПРОЯВ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ; ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ**

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини Л.П. Солейко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова м. Вінниця, Україна.

**Актуальність:** кожен вік несе за собою певні захворювання. Але з часом одні захворювання зникають, інші навпаки з'являються. Зокрема, синдром дисплазії недиференційованої сполучної тканини - двостулковий аортальний клапан, як один із проявів цього синдрому. Двостулковий аортальний клапан був вперше описаний 500 років назад Леонардо да Вінчі. Раніше частота виявлення даної патології була вкрай низька у зв'язку з відсутністю високо-технологічних можливостей візуалізаційних методів дослідження, проте в наш час все змінилось, висока роздільна здатність та можливості нових УЗД апаратів дозволяє нам частіше і якісніше встановлювати цей діагноз.

**Мета:** визначити кількість хворих з двостулковим аортальним клапаном, які перебували на лікуванні у кардіологічному відділенні КНП «ВРЦСП» в 2023р; перебіг захворювання, лікування.

**Матеріали та методи:** із стаціонарних журналів були вибрані всі хворі з двостулковим аортальним клапаном. Розроблені історії хвороб цих пацієнтів.

**Результати:** за 2023 р. на стаціонарному лікуванні було 26 хворих з двостулковим аортальним клапаном. Діагноз верифікований даними анамнезу, фізикального обстеження, ЕХО-КГ, ЕКГ-обстеження. Середній вік хворих становить  $51 \pm 1,5$  рік. В основному були хворі чоловічої статі. У 21 хворого виявлялись симптоми синдрому дисплазії недиференційованої сполучної

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА SARS-CoV2 АСОЦІЙОВАНУ ПНЕВМОНІЮ.....</b>  | <b>25</b> |
| <b>ТЕРАПЕВТИЧНИЙ НАПРЯМ.....</b>   | <b>27</b> |
| А.С. Баранова.....   | 27        |
| <b>НЕАЛКОГОЛЬНА ЖИРОВА ХВОРОБА ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ І СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ.....</b>  | <b>27</b> |
| Ф.В. Гладких.....  | 28        |
| <b>СТАН АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ТКАНИНАХ СЕРЦЯ НА ТЛІ ВВЕДЕННЯ КОНДИЦІОНОВАНОГО СЕРЕДОВИЩА МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АУТОІМУННОМУ МІОКАРДИТІ.....</b> | <b>28</b> |
| Ю.О. Григор'єва, Д.І. Мартиненко.....  | 29        |
| <b>ДВОСТУЛКОВИЙ АОРТАЛЬНИЙ КЛАПАН ЯК ПРОЯВ СИНДРОМУ ДИСПЛАЗІЇ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ; ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ.....</b>  | <b>29</b> |
| Р.О. Іванов.....   | 30        |
| <b>ВІКОВІ ТА СТАТЕВІ ОСОБЛИВОСТІ ЖУВАЛЬНОГО ТИСКУ.....</b>   | <b>30</b> |
| О.М. Каширцева, О.І. Сергієнко.....  | 31        |
| <b>КЛІНІКО-ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛЕПТИНУ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ.....</b>   | <b>31</b> |
| В.В. Керніцький, В.Л. Побережець, А.В. Демчук, Н.С. Слепченко, Т.В. Константинович,.....   | 31        |
| О.О. Вільцанюк, М.В. Овчарук, А.О. Довгань.....  | 31        |
| <b>ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ ЧАТУ GPT ПАЦІЄНТАМИ З АСТМОЮ....</b>  | <b>31</b> |
| О.К. Крохмалюк.....  | 32        |
| <b>ВПЛИВ КОМПОНЕНТІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ ТА РІВНЯ МЕЛАТОНІНУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ.....</b>  | <b>32</b> |
| Д.І. Ліваковська.....  | 33        |
| <b>МОЖЛИВІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ СНАТGPT У ВИРІШЕННІ КЛІНІЧНИХ КЕЙСІВ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>ХІРУРГІЧНИЙ НАПРЯМ.....</b>   | <b>34</b> |
| О.Р. Балацький.....  | 35        |
| <b>РЕЗУЛЬТАТИ ТРАНСЦЕРВІКАЛЬНОЇ ЧЕРЕЗМІХУРОВОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПРОСТАТИ.....</b>  | <b>35</b> |
| Г.Л. Богуш.....  | 36        |
| <b>ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З УСКЛАДНЕНИМИ ВОГНЕПАЛЬНИМИ РАНАМИ М'ЯКИХ ТКАНИН.....</b>  | <b>36</b> |
| В.В. Гуцол, В.О. Олійник.....  | 37        |
| <b>ОБҐРУНТУВАННЯ ВИВЕДЕННЯ СТОМИ З МІНІ ДОСТУПУ, ЯК МЕТОДУ ЛІКВІДАЦІЇ ГОСТРОЇ ОБТУРАЦІЙНОЇ ТОВСТОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ В УРГЕНТНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ.....</b>                  | <b>37</b> |
| І.І. Довгань.....  | 37        |