

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і**  
**молодих вчених**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
**НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ**  
**«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ**  
**МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»**

**в рамках І туру «Всеукраїнського конкурсу студентських**  
**наукових робіт з галузей звань і спеціальностей**  
**у 2018 – 2019 н.р.»**

**06 – 07 лютого 2019 року**

**Запоріжжя – 2019**

## ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

**Голова оргкомітету:**

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

**Заступники голови:**

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

**Члени оргкомітету:**

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

**Секретар:** Брезицька К.

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛОР-ХВОРОБ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

### ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ СЛЬОЗОВИХ ШЛЯХІВ

Кирпиченко Н.С.

І медичний факультет, V курс

На сьогодні проблема захворювання сльозовивідних шляхів залишається актуальною. Тривала сльозотеча (епіфора), яка супроводжує постійну, або тимчасову обструкцію сльозовивідних шляхів, викликає дискомфорт, схильність до інфікування кон'юнктиви, знижує гостроту зору, впливає на працездатність та, загалом, значно знижує якість життя пацієнта. Проблеми вертикального відділу сльозовивідних шляхів здебільшого представлені дакріоцистити. Основною причиною яких є, в свою чергу, непрохідність нососльозового каналу. На сучасному етапі лікування такого захворювання необхідною є чітка послідовність хірургічних дій лікаря в обраній методиці, що буде відповідати світовим стандартам в дакріології та забезпечувати найкращий результат після оперативного втручання.

**Мета роботи:** Підвищити ефективність хірургічного лікування пацієнтів з непрохідністю сльозовивідних шляхів за рахунок проведення ендоскопічної дакріоцисториностомії з біканалікулярним дренажуванням силіконовим дренажем, як хірургічного втручання, та розробки комплексу перед- та післяопераційного ведення таких пацієнтів.

#### **Завдання:**

1. Провести аналіз та узагальнити сучасні дані літератури з питань існуючих хірургічних технік лікування непрохідності сльозових шляхів, оцінити переваги кожного з методів, порівняти показники їх успішності.

2. Провести аналіз результатів ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дренажуванням силіконовим дренажем у пацієнтів з непрохідністю сльозовивідних шляхів.

3. Сформуванати комплекс необхідних передопераційних досліджень у пацієнтів з непрохідністю сльозовивідних шляхів.

4. Сформуванати оптимальну схему післяопераційного спостереження пацієнтів з непрохідністю сльозовивідних шляхів після проведення ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дренажуванням силіконовим дренажем

5. Виявити можливі причини післяопераційного рубцювання після проведення ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дренажуванням силіконовим дренажем.

**Матеріали і методи дослідження:** Група дослідження складалася з 25 пацієнтів (27 оперативних втручань). Серед досліджених більшість складала жінки – 20 пацієнтів (80%), чоловіків було 5 пацієнтів (20%). За віком розподіл пацієнтів був від 30 до 83 років. Непрохідність у 20 випадках була на рівні носо-сльозового протоку, та в 7 випадках на рівні сльозових каналців та носо-сльозового протоку. Серед пацієнтів у 25 випадках на момент огляду спостерігалися вже гнійні ускладнення та хронічні гнійні дакріоциститу. У двох випадках (це була непрохідність з другої сторони) операція була проведена на ранніх етапах, коли пацієнта турбувала тільки сльозотеча без гнійних ускладнень. У післяопераційному періоді: інтраназальні тампони видалялися на першу добу; промивання сльозових шляхів виконувалося на 7 добу; пацієнти отримували антибіотики та протизапальні препарати як місцево, так і системно. Також всі пацієнти отримували сльозозамінники 6 місяців після операції. Силіконовий зонд видалявся через 1 або через 3 місяці після операції. Успішність проведення операції оцінювали за наступними критеріями: зменшення або відсутність сльозотечі; наявність виділень із порожнини сльозового міхура; прохідність сльозовивідних шляхів при промиванні.

**Результати та висновки.** Ендоскопічна ендоназальна дакріоцисториностомія менш травматична, не пов'язана із косметичним дефектом та, за даними деяких авторів, більш ефективна ніж зовнішня дакріоцисториностомія. За нашими дослідженнями результативність ендоскопічної ендоназальної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дренажуванням

силіконовим дренажем у віддаленому періоді склала 93% (що відповідає даним літератури). Перед операцією доцільно проводити: огляд отоларинголога, ендоскопічне обстеження порожнини носа, КТ навколоносових пазух з описом нососльозового протоку, промивання слъзовивідних шляхів, лабораторні дослідження та консультацію терапевта. Схема післяопераційного спостереження пацієнтів повинна включати видалення силіконового дренажу через місяць після операції, періодичні промивання слъзових шляхів для контролю за прохідністю та обов'язкове застосування препаратів штучної слъзи для зменшення слъзотечі та попередження накопичування густого слизу у слъзовивідних шляхах. Одною з причин післяопераційного рубцювання після проведення ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дренажем є несвоєчасне звернення пацієнтів за хірургічною допомогою при непрохідності нососльозового протоку з розвитком хронічного гнійного дакріоцистити та складними змінами в анатомії слъзовивідних шляхів ще перед операцією.

ДОСВІД З НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ТА ЕКСТРЕННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ.....	64
Копотій О.С, Скоба В.С.	
ПЕРШИЙ ДОСВІД ПЕТЛОВОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕЗЕКЦІЇ АДЕНОМИ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА .....	65
Погосян М.А., Діденко Е.В.	
ПРОГНОЗУВАННЯ І КООРДИНАЦІЯ ВАЖКОЇ ІНТУБАЦІЇ ТРАХЕЇ.....	66
Похвата М.П.	
ХРОНІЧНА ВЕНОЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ.....	67
Рожанський Д.О.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ АНЕВРИЗМИ АБДОМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ .....	67
Соколовський Д.М.	
ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ ТА ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК МІНІІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ ПРИ РОБОТІ З ЛАПАРОСКОПІЧНИМ БОКСОМ В МАЛИХ АКАДЕМІЧНИХ ГРУПАХ .....	68
Ткачов В.С.	
<b>АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛОР-ХВОРОБ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ.....</b>	<b>70</b>
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ СЛЬОЗОВИХ ШЛЯХІВ .....	70
Кирпиченко Н.С.	
ОЦІНКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ У ОСІБ ГОЛОСОМОВНИХ ПРОФЕСІЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ .....	71
Кришталь В.М.	
ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ ЗА ДОПОМОГОЮ «СІЧ - ТУРНІКЕТУ».....	72
Скоба В.С.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ СПОСОБІВ ОПТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ	73
Тіткова О.Ю., Фам Т.Н.Х.,	
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕКСИМЕРЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ У ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛІЯМИ РЕФРАКЦІЇ .....	74
Фам Тхі Нгок Хуен	
<b>МЕТОДОЛОГІЯ І ТЕХНОЛОГІЯ ФАРМАЦІЇ.....</b>	<b>76</b>
РОЗРОБКА СКЛАДУ, ТЕХНОЛОГІЇ ТА БІОФАРМАЦЕВТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ШАМПУНЮ З МІНОКСИДИЛОМ.....	76
Арабаджі Л.О.	
РОЗРОБКА ТА ВАЛІДАЦІЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КАРВЕДІЛОЛУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ.....	77
Афендикова Ю. С.	
Розробка складу, технології і біофармацевтичні дослідження ректальних супозиторіїв з празіквантелом .....	78
Васіна А.В.	
РОЗРОБКА СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНОЇ МЕТОДИКИ КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ КСИЛОМЕТАЗОЛІНУ У СКЛАДІ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ ПРОМИСЛОВОГО ВИРОБНИЦТВА .....	79
Зеленюк А. Ю.	