



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

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
**науково-практичної конференції з міжнародною**  
**участю молодих вчених та студентів**  
**«Актуальні питання сучасної медицини і**  
**фармації 2019»**  
**13 – 17 травня 2019 року**



УДК: 61

A43

Конференція включена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій 2019 року (179), посвідчення Укр ІНТЕІ № 125 від 29.03.2019.

## **ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:**

**Голова оргкомітету:** проф. Колесник Ю.М.

**Заступники голови:** проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

**Члени оргкомітету:** проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Компанієць В.М., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., проф. Разнатовська О.М., голова студентської ради Усатенко М.С.

**Секретаріат:** доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., студенти Подлужний Г.С., Москалюк А.С, Скоба В.С, Гонтаренко Е.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації 2019» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 13-17 травня 2019 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 200с.

**ISSN 2522-1116**

Запорізький державний медичний  
університет, 2019.

**Отримані результати.** В результаті проведеного дослідження встановлено прямий кореляційний зв'язок між рівнем афективно-когнітивних та соматичних проявів депресії із тривожним ( $r=0,506$ ,  $p\leq 0,01$ ;  $r=0,441$ ,  $p\leq 0,01$ ) та екзальтованим ( $r=0,627$ ,  $p\leq 0,01$ ;  $r=0,429$ ,  $p\leq 0,01$ ) типами акцентуацій особистості. Виявлено залежність між загальним рівнем депресивних проявів та емотивним ( $r=0,433$ ,  $p\leq 0,01$ ) і неврівноваженим ( $r=0,331$ ,  $p\leq 0,05$ ) типами акцентуацій. Аналіз рівня тривожності у вищевказаних хворих показав, що характер тривоги у емотивних та неврівноважених мав особистісний характер ( $r=0,433$ ,  $p\leq 0,05$  та  $r=0,523$ ,  $p\leq 0,01$  відповідно), а у тривожних та екзальтованих особистостей – реактивно-ситуаційний ( $r=0,723$ ,  $p\leq 0,01$  та  $r=0,495$ ,  $p\leq 0,01$  відповідно). Отримані дані свідчать про те, що поява депресивної та тривожної симптоматики у осіб з тривожною та екзальтованою акцентуаціями зумовлена перенесеним інфарктом міокарда, тоді як у пацієнтів з емотивним та неврівноваженим типами дана симптоматика мала особистісний характер.

**Висновки.** Проведене дослідження дає змогу зробити висновки, що, більшість наших пацієнтів з гострим інфарктом міокарду мали високий рівень особистісної та реактивної тривожності та помірний рівень загальної депресії. Вид тривожності залежить від типу акцентуації особистості – у екзальтованих та тривожних особистостей встановлена пряма кореляція з реактивним типом тривожності ( $r=0,723$  та  $r=0,495$  відповідно), у неврівноважених та емотивних – з особистісним типом тривожності ( $r=0,433$  та  $r=0,523$  відповідно). У екзальтованих та тривожних особистостей тривожність спричинена безпосередньо гострим інфарктом міокарда, на відміну від неврівноважених та емотивних, у яких тривожність є результатом їх особистісних рис.

## МЕДИКАМЕНТОЗНА СЕДАЦІЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ФІБРОЕЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ

Кирилова Д.І., Бойцова О.М.  
Запорізький державний медичний університет

**Вступ.** У нинішній час на етапі невідкладної допомоги фіброезофагогастроуденоскопія дозволяє провести діагностику швидко та малоінвазивно. Однак, викликаючи при цьому у пацієнтів негативні емоції та страх, що зменшує комплаєнтність до лікаря і процедури. Це визначає пошук оптимальної седації при ендоскопічних втручаннях.

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність різних методик медикаментозної седації і можливість їх застосування при фіброезофагогастроуденоскопії.

**Матеріал і методи.** В дослідження були включені 37 пацієнтів віком від 21 до 56 років, які потребували невідкладної фіброезофагогастроуденоскопії. Тривалість процедури коливалася від 7 до 15 хв. Пацієнти були розділені на 3 репрезентативні групи. В першу групу увійшли 14 пацієнтів, яким проводилася седація Дексдором в дозі 1мкг / кг протягом процедури за допомогою інфузомату, а також зрошення ротоглотки 10% розчином Лідокаїну. В другу групу включили 12 пацієнтів, які отримали Пропофол 1% в дозі 1,5 мг/кг за допомогою інфузомату протягом процедури, а також зрошення ротоглотки 10% розчином Лідокаїну. В третю групу були включені 11 пацієнтів, яким проводили тільки зрошення ротоглотки розчином Лідокаїну 10%.

Контроль вітальних функцій проводився за допомогою ЮТАС-300. Стежили за параметрами ЧСС, АТ, ЧД, ЕКГ, SpO<sub>2</sub>.

Для оцінки седативного ефекту і аналгезії використовували Індекс BIS, шкалу Ramsay і візуально-аналогову шкалу (ВАШ).

**Отримані результати.** У пацієнтів, які отримували Дексдор і Пропофол, глибина седації підтримувалася в межах II-III рівня за Ramsay, Індексу BIS на рівні 80-90 що відповідає помірному седативного ефекту з частковою амнезією. Інтенсивність больового синдрому в середньому відповідала  $1,8 \pm 0,2$  бала за ВАШ.

Вивчення основних показників гемодинаміки у групи, якій вводили Дексдор показало, що функціональний стан серцево - судинної системи під час дослідження не мав відхилень від фізіологічної норми. Під час і після процедури у даної групи не було відзначено нудоти, блювоти, больового синдрому, зменшувались прояви кашльового рефлексу. Також не спостерігалися явища ажитації, скорочувався та полегшувався період відновлення після процедури.

У пацієнтів, яким вводили Пропофол були відзначені випадки пригнічення дихання, зниження артеріального тиску на 20%, погіршення контакту з пацієнтом. Після процедури пацієнтам знадобилося

більше часу для відновлення, що затримувало проведення процедури наступного пацієнта та потребувало нагляду лікаря.

У групі, якій проводилося зрошення ротоглотки Лідокаїном, інтенсивність больового синдрому відзначена на рівні 6-8,2 по ВАШ, відмічалися прояви блювотного та кашльового рефлексів, підвищення АД на 30%, прискорення ЧД та ЧСС. Пацієнти даної групи скаржилися на дискомфорт та невдоволення рівнем знеболення.

**Висновки.** Дексдор при фіброезофагогастроуденоскопії дозволяє досягнути потрібного рівня седації та значно покращує здібності пацієнтів взаємодіяти і спілкуватися з персоналом, уникаючи депресії дихання, при стабільних нормальних показниках гемодинаміки. Дексдор нівелює больовий синдром, прояви блювотного та кашльового рефлексів. Завдяки Дексдору, зменшувався період спостереження за пацієнтом після дослідження та оптимізувалася зайнятість лікарів. Окрім цього, відгуки пацієнтів після процедури відображали позитивні емоції, через низький рівень больового синдрому та швидке відновлення.

## СПРОМОЖНІСТЬ/НЕСПРОМОЖНІСТЬ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН: КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ

Кириченко М.М, Амро А.Т.

Запорізький державний медичний університет

**Вступ.** В останні роки частота кесаревого розтину збільшується. Як результат, збільшується кількість жінок, які мають кесарів розтин в анамнезі. Частота КР в Україні також постійно зростає (з 9,58% у 1999 до 16,1% у 2009), що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності.

Сучасні дослідження свідчать про те, що повторна вагітність, яка виникла протягом 2 років після попереднього КР, супроводжується високим ризиком передлежання плаценти, відшарування плаценти та розриву матки.

Основним методом оцінки стану рубця на матці під час вагітності є ультразвукове дослідження з застосуванням вагінального доступу та доплерометрія.

Факторами ризику неспроможності рубця є інтервал мікопотійж кесаревими розтинами менше 24 місяців, гнійно-септичні ускладнення, багатоплідна вагітність, крупний плід, корпоральний розтин матки при попередньому кесаревому розтині. В МКБ-11 введено підрозділ JA42.21 Кровотеча під час пологів, що викликана ускладненими пологами з розривом матки.

**Мета дослідження.** провести аналіз спроможності/неспроможності рубця на матці після операції кесаревого розтину:

**Матеріал і методи.** Нами проаналізовано 5 історій вагітності і пологів у вагітних жінок ОПЦ м. Запоріжжя, яким при госпіталізації було виставлено діагноз «Рубець на матці внаслідок операції кесарів розтин у з ознаками витончення» та проведена оцінка методам діагностики та методів розродження.

**Отримані результати.** Усі жінки були віком від 28-42 років, середній вік складав 33,6±6,4 роки. Проживали у місті – 2, у селі – 3. Працювали три жінки, не працювали дві. Усі вагітні госпіталізовані у плановому порядку на III рівень надання медичної допомоги у ОПЦ. Скарги при звертанні не виявляли. Порядковий номер Вагітності: друга – у 2, третя – у 2, п'ята – 1. У трьох пологах були повторними (інтервал між пологами складав від 4 до 17 років). У двох пацієнток було два рубці на матці після операції кесарів розтин (інтервал між останніми пологами був відповідно 3 та 7 років). Всі вагітності були доношеними. Мали один плід у головному передлежанні.

Екстрагенітальна патологія представлена: гестаційною гіпертензією без значної протеїнурії – 2, змішана дистонія – 2, хр. неатрофічний гастрит – 1. Міопія – 1. Хр пієлонефрит – 1. Хр. цистит – 1. ВРВ – 1, хр. гайморит в ст. загострення – 1.

Дві жінки мали резус – негативну групу крові без ознак сенсibiliзації.

Усім вагітним проведено трансабомінальне УЗД, при якому встановлена товщина рубця від 0,7 мм до 3,8 мм, вимірювання проведено у трьох точках.

Нами прораховано час від госпіталізації до моменту розродження, який коливався від 4 до 63 годин. Двом жінкам проведена кесарів розтин із початком пологової діяльності. В 4 випадках використовували доступ за Пфаненштілем, в одному – нижньо-серединна лапаротомія. Всім виконувалася поперечний розріз на матці у нижньому сегменті. Патологічних змін в проекції рубця під час операції не виявлено. Під час операції використовували синтетичні вікрилові лігатури, у двох додатково використовували кетгут. Під час

ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТИ У МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ.....	46
Губарь А.О., Бачурін Г.В., Довбиш М.А., Довбиш І.М.	
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ОНЛАЙН СЕРВІСІВ САМОДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАННЯ .....	47
Гуйтур Н.М.	
ВПЛИВ РІВНЮ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ НА ЛАБОРАТОРНІ ПОКАЗНИКИ РОТОВОЇ РІДИНИ.....	48
Дац В.В.	
ДО ПИТАННЯ ПРО КІБЕРЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ФАКТОР ЕКСПЛІКАЦІЇ ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	49
Демченко А.А.	
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ УВАГИ ТА КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПАМ'ЯТІ У КУРЦІВ В УМОВАХ ДЕПРИВАЦІЇ ПАЛІННЯ .....	49
Демченко О. В.	
ОЦІНКА ВПЛИВУ РОЗЛАДІВ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ НА ПРОЯВИ АГРЕСИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ .....	50
Дем'яненко І.В., Шкодіна А.Д.	
ЕНДОСКОПІЧНІ ІНТЕРВЕНЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ .....	51
Діденко Е.В., Ткачов В.С., Стешенко А.О.	
VERAPAMIL USAGE IN KELOID AND HYPERTROPHIC SCAR TREATMENT .....	52
Dongur Sai Madhav	
ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ПОЛІКІСТОЗНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ДІТЕЙ.....	52
Дудник В.М., Звенігородська Г.Ю., Андрікевич І.І., Гумінська Г.С. *, Степанкевич Т.П. *, Москалюк О.В.	
ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИССОМНІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	53
Гук Г. В.	
CLINICAL FEATURES OF PNEUMOCOCCAL MENINGITIS.....	54
Ette Alekhya, Onishchenko T.	
КІСТИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИХ ПАЗУХ. ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ .....	54
Єрохіна А.О., Нікулін М.І.	
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ АВТОІМУННИХ ПОРУШЕНЬ З КІЛЬКІСНИМ ВМІСТОМ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-17 ЗАЛЕЖНО ВІД ПОЛІМОРФІЗМУ ЙОГО ГЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С .....	55
Калашник К.В., Рябоконт Ю.Ю.	
ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА Q-ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, НА ТЛІ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ ПРИ ШПИТАЛІЗАЦІЇ.....	56
Капшитар Н.І.	
ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З УРАХУВАННЯМ ЇХ ОСОБИСТІСНОЇ АКЦЕНТУАЦІЇ.....	57
Качур Р.В., Аджала О.М.	
МЕДИКАМЕНТОЗНА СЕДАЦІЯ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ФІБРОЕЗОФАГОАСТРОДУОДЕНОСКОПІЇ .....	58
Кирилова Д.І., Бойцова О.М.	
СПРОМОЖНІСТЬ/НЕСПРОМОЖНІСТЬ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРІВ РОЗТИН: КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ .....	59
Кириченко М.М, Амро А.Т.	
ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДАКРІОЦИСТОРИНОСТОМІЇ ІЗ БІКАНАЛКУЛЯРНИМ ДРЕНУВАННЯМ.....	60
Кирпиченко Н.С., Костровська К.О., Костровський А.Н.	
ВИБІР ФОРМУЛИ РОЗРАХУНКУ ОПТИЧНОЇ СИЛИ ІОЛ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРМЕТРОПІЧНОЮ РЕФРАКЦІЮ.....	61
Кирпиченко Н.С., Костровська К.О.	