



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.

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 седатії 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. Скарг 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 піелонефрит – 1. Хр. цистит – 1. ВРВ – 1, хр. гайморит в ст. загострення – 1.

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

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 Пфаненштїлем, в одному – нижньо-серединна лапаротомія. Всім виконувалася поперечний розрив 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

розродження додатково проведено 2 стерилізації (за попередньою письмовою згодою) та адгезіолізіс. Загальна крововтрата склала 600-800 мл. Всі новонароджені отримали високу оцінку за шкалою Апгар 8-10 балів. Народилося 3 хлопчика і дві дівчинки, вага від 2900-3600 гр., зріст – 50-53 см. Усі породілля виписані додому з дітьми на 4-8 добу.

Висновки: З метою збереження репродуктивного потенціалу, треба ретельно підходити до розродження жінок шляхом кесарева розтину.

Оцінку рубця на матці проводити у предгравідарний період.

З метою оцінки рубця на матки під час вагітності проводити його моніторинг протягом 3 триместру, з використанням трансвагінального доступу, доплерометрії та 3/4 D-моделювання.

Заздалегідь проводити психопрофілактичну роботу та відбирати кандидатів з рубцем на матці до розродження природнім шляхом.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДАКРІОЦИСТОРИНОСТОМІЇ ІЗ БІКАНАЛІКУЛЯРНИМ ДРЕНУВАННЯМ

Кирпиченко Н.С., Костровська К.О., Костровський А.Н.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Серед запальних захворювань ока проблеми вертикального відділу слезовивідних шляхів займають від 2 до 7,6% та здебільше представлені дакріоциститамі. Основною причиною хронічних форм дакріоциститів є, в свою чергу, непрохідність носо-слезового протоку. Єдиним методом лікування у цьому випадку є хірургічне відновлення прохідності слезових шляхів, а саме дакріоцисториностомія. Дакріоцистит є офтальмологічною патологією, отже і дакріоцисториностомія історично виконувалася офтальмологами зовнішнім доступом. Проте, з розвитком ендоскопічної хірургії, цю операцію ендоназально почали виконувати оториноларингологи, отримуючи кращі результати за рахунок меншої травматизації. На сьогодні дуже незначна кількість офтальмологів виконує зовнішню дакріоцисториностомію, тому до операції пацієнти досить довго отримують консервативну терапію загострень хронічного дакріоциститу, що призводить до виникнення складних, багаторівневих варіантів непрохідності слезових шляхів.

Мета дослідження. Вивчити віддалені результати та особливості ведення пацієнтів після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дреноуванням силіконовим дренажем.

Матеріал і методи. Під наглядом знаходилися 16 пацієнтів (виконано 17 дакріоцисториностомій), віком від 28 до 57 років. У 10 випадках непрохідність слезових шляхів відмічалася на рівні носо-слезового протоку, у 7 випадках – на рівні слезових каналців та носо-слезового протоку з ізоляцією вмісту слезового міхура. У всіх пацієнтів для відновлення дренажної функції слезовивідних шляхів виконувалася ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія із біканалікулярним дреноуванням силіконовим дренажем. У ранньому післяопераційному періоді застосовувалися нестероїдні протизапальні препарати та антибіотики (за потреби) системно, а також інстиляції у кон'юнктивальну порожнину поєднання стероїдних протизапальних та антибіотиків. Силіконовий дренаж видалявся через 1-3,5 місяці. Промивання слезовивідних шляхів проводилося за потреби. Строк спостереження за функціональними та анатомічними результатами склав щонайменше 1 рік. Оцінювали прохідність слезових шляхів при промиванні, наявність періодичних гнійних виділень, слезотечу.

Отримані результати. Наявність рідини у порожнині носа при промиванні спостерігалася у всіх випадках через 0,5 року. У 3 випадках (18%) відновилася слезотеча до попереднього рівня, ще у 4 випадках (24%) слезотеча відмічалася, але була менша, ніж до операції. Через рік після операції у 2 випадках (12%) було рубцювання нових слезовивідних шляхів. Оклюзія до операції у обох випадках при цьому була на рівні каналців та носо-слезового протоку. У цих пацієнтів спостерігалися періодичні гнійні виділення та слезотеча. Ще у 2 випадках (12%) гнійні виділення відмічалися при збереженні прохідності слезових шляхів при промиванні. До операції у одного з цих пацієнтів була двоохріцева оклюзія слезових шляхів, а у іншого – на рівні носо-слезового протоку. У цих пацієнтів промивання вдавалося виконати тільки під тиском (рідина частково витікала через слезові каналці). При риноскопії в цей час спостерігалася високе розташування дреноуючого отвору, при можливості проходження зонду нижче у порожнину слезового міхура. На слезотечу через рік скаржилися 8 пацієнтів (серед них 4 пацієнти з порушенням прохідності). У всіх випадках збереження слезотечі покращення вдалося досягти тільки при адекватному

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.	