



**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.

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 дакріоциститами. 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 віддаленні результати та особливості ведення пацієнтів після ендоназальної ендоскопічної дакріоцисториностомії із біканалікулярним дренажем 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 дренажем 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 дренажувачого 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

лікуванні синдрому сухого ока. Прокідність слізозових шляхів при рубцюванні відновлювалася за допомогою широкого розтину через порожнину носа у зоні попереднього операційного втручання по зонду, введеному у слізозовий міхур, з тампонадою отриманого отвору безворсовим тампоном на 1 добу. При наявності достатніх розмірів кісткового вікна, сформованого під час дакріоцисториностомії, цю маніпуляцію легко виконати у амбулаторних умовах. При подальших спостереженнях прохідність слізозових шляхів відновлювалася повністю.

**Висновки.** Ендоназальна ендоскопічна дакріоцисториностомія із біканалікулярним дренажуванням є ефективним оперативним втручанням для відновлення прохідності слізозовивідних шляхів. Через рік після втручання ефект зберігається у 88% випадків (що відповідає даним літератури). Прояви хронічного дакріоцистититу можуть зберігатися і при наявності прохідності слізозових шляхів при промиванні, зазвичай це спостерігається при високому розташуванні дренажувального отвору. Сльозотеча не завжди є точним критерієм ефективності проведеної дакріоцисториностомії, бо зазвичай пов'язана із синдромом сухого ока і значно зменшується при його адекватному лікуванні. У випадках рубцювання нових слізозових шляхів у порожнині носа, їх прохідність легко відновити амбулаторно, при умові достатніх розмірів кісткового вікна, сформованого під час дакріоцисториностомії.

### ВИБІР ФОРМУЛИ РОЗРАХУНКУ ОПТИЧНОЇ СИЛИ ІОЛ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРМЕТРОПІЧНОЮ РЕФРАКЦІЮ

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

**Вступ.** Операція з приводу катаракти на сьогодні не ставить за собою мету лише відновлення прозорості оптичних середовищ. З появою мультифокальних ІОЛ заміна кришталика стала реальною альтернативою іншим рефракційним операціям. Але у випадку, коли пацієнт проводить оперативне втручання з метою відмовитися від окулярів або контактних лінз, точність розрахунку ІОЛ стає одним з ключових моментів успішного хірургічного лікування.

На розрахунок ІОЛ впливають багато факторів. Заміна ультразвукової біометрії на оптичну значно зменшила похибку вимірювань біометричних параметрів ока та покращила результати розрахунків. Але різні розрахункові формули все одно дають досить різні результати оптичної сили запланованої ІОЛ та завжди залишають катарактального хірурга з проблемою вибору оптимального штучного кришталика для кожного конкретного пацієнта. Згідно рекомендацій British Royal College of Ophthalmology при розрахунках ІОЛ на очах осьовою довжиною до 22 мм слід використовувати формули Hoffer Q або Holladay II; від 22,1 мм до 24,2 мм - Hoffer Q, Holladay I або SRK/T; від 24,5 мм до 25,9 мм - Holladay I; та більше ніж 26,0 мм - SRK/T та Holladay II. Всі ці формули відносяться до третього покоління розрахункових формул для ІОЛ та зокрема біометричних параметрів враховують емпіричні поправки.

Отже, незважаючи на бурхливий розвиток вимірювальних приладів, оцінка досвіду імплантацій при різних параметрах ока залишається ключовим моментом у розробці нових формул та покращенні результатів розрахунків ІОЛ.

**Мета дослідження.** Покращення рефракційних результатів факоемульсифікації катаракти у пацієнтів з гіперметропічною рефракцією за рахунок оцінки відповідності отриманої рефракції передопераційним розрахункам та вибору оптимальної формули для розрахунку ІОЛ.

**Матеріал і методи.** У дослідження увійшли дані 13 пацієнтів (16 очей) з осьовою довжиною ока від 21,4 мм до 23,5 мм (гіперметропічна рефракція), яких було прооперовано в період з вересня 2018 р. по січень 2019 р. Вік пацієнтів склав від 28 до 74 років. Всім пацієнтам проводили: визначення гостроти зору з та без корекції, авторефрактометрію, кератометрію; ендотеліальну біомікроскопію; оптичну біометрію та розрахунки сили ІОЛ на оптичному біометрі IOL Master 700 (Karl Zeiss). Для розрахунків використовували формули Haigis, Barret Universal II, SRK/T та Holladay II. Всім пацієнтам виконувалася стандартна факоемульсифікація з імплантацією ІОЛ у капсульний мішок на базі медичного центру «Візус». Розрахунки ІОЛ проводилися з урахуванням поправок для оптичних констант. Остаточна отримана рефракція оцінювалася через 1 місяць після операції.

**Отримані результати.** Для оцінювання відповідності отриманої рефракції передопераційним розрахункам використовували показник помилки рефракції - різницю між отриманою рефракцією (за даними АРМ через 1 місяць) та запланованою за різними формулами. Він склав ( $M \pm \sigma$ ) при використанні

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.	
ВЗАСМОВ'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.	