



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ

**«ДОСЯГНЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ТА
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ – 2020»**

**ЗА ПІДСУМКАМИ РОБОТИ У НАУКОВИХ ГУРТКАХ КАФЕДР ЗДМУ
on-line**

16 грудня 2020 р.



м. Запоріжжя

ЛЮБИ ДРУЗИ!

З радістю повідомляємо вам, що 16.12.2020 в Запорізькому державному медичному університеті була проведена наукова конференція студентів «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2020». У цьому збірнику викладені матеріали, які дозволяють узагальнити досягнуті результати науково-дослідних робіт студентів і магістрів усіх факультетів і спеціальностей, виконані під керівництвом викладачів в 2019/20 навчальному році. Представлені роботи присвячені фундаментальній та клінічній медицині, фармації, стоматології, лабораторній діагностиці, ерготерапії, а також правовим і гуманітарним аспектам медицини і фармації. Тези робіт рекомендовані до опублікування Оргкомітетом і відповідними секціями науково-практичної конференції.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

ректор ЗДМУ, проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови:

проф. Туманський В.О., проф. Бєленічев І.Ф.

Члени оргкомітету:

доц. Авраменко М.О., проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Шаравара Л.П., ас. Земляний Я.В., доц. Бурега Ю.О., доц. Бірюк І.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., ст. викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

Секретаріат:

доц. Іваненко Т.В., ст. викл. Борсук С.О., ас. Вакула Д.О., ас. Данилюк М.Б., ас. Данукало М.В., ас. Дічко Г.О., ас. Котенко М.С., ас. Курілець Л.О., ас. Чернявський А.В., студенти Безверхий А.А., Лихасенко О.Ф., Моргунцов В.О., Москалюк А.С, Федоров А.І.

застосовувалася карта клінічного дослідження, що включала в себе окрім даних оцінки клініко-психопатологічного стану, дані анамнезу, соціально-економічні та медико-соціальні характеристики а також дані про наявність соматичних захворювань.

Результати дослідження.

Встановлено, що структура первинного депресивного епізоду є поліморфною. Так власне депресивний синдром встановлено у 44,6%, випадків, тривожно-депресивний у 35,6%, астено-депресивний синдром в 8,3%, депресивно-іпохондричний синдром в 6,8%, депресивний синдром з ананкастною симптоматикою в 2,4%, депресивний синдром з афективними реакціями в 2,3% випадків. Поряд з класичними депресивними симптомами реєструвалися окремі атипові симптоми: гіперсомнія, зворотній добовий ритм, збільшення ваги, підвищення апетиту, збереження рухової активності.

Провідними медико-соціальними факторами що супроводжували розвиток депресивного розладу були: незадовільні сімейні стосунки, незадовільні житлово-побутові умови та матеріальне становище, погане харчування, погані умови праці, порушення сну, ігнорування необхідності звернення до лікарів, низький рівень освіти, наявність хронічних соматичних захворювань, робота на низькооплачуваних посадах, наявність професійних шкідливих умов. Також встановлено, що найбільш часто, первинний депресивний епізод є коморбідним з нестабільністю артеріального тиску, **хронічними захворюваннями легень та серцево-судинної системи, надлишковою масою тіла та цукровим діабетом.**

Висновки.

Проведена клініко-психопатологічна та медико-соціальна оцінка вперше виявленого депресивного епізоду та встановлені причинно-наслідкові зв'язки, що визначають особливості формування цього порушення та вимагають інноваційних підходів в організації діагностичних заходів в сучасних умовах, які мають базуватися не тільки на симптоматичному підході, та спрямуванні на корекцію наявної патології, а й на профілактичному компоненті з метою уникнення хронізації процесу.

ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ІМПЛАНТАЦІЇ МУЛЬТИ- І МОНОФОКАЛЬНИХ ІНТРАОКУЛЯРНИХ ЛІНЗ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА ОЧАХ З МІОПІЄЮ ВИСОКОГО СТУПЕНЯ

Михайленко Н.В.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор, завідувача кафедри офтальмології ЗДМУ, директор клініки сучасної офтальмології «Візу» Завгородня Н.Г.

Запорізький державний медичний університет, кафедра офтальмології, клініка сучасної офтальмології «ВІЗУС»

Міопія одна з лідируючих патологій органу зору у світі і є ускладнюючим фактором при факоемульсифікації катаракти (ФЕК). Чим вище її ступінь, тим складніше прогнозувати досягнення високих зорових функцій після ФЕК та вибір інтраокулярної лінзи (ІОЛ) для імплантації ускладнюється. Різноманітність видів ІОЛ дає можливість хірургу обрати моделі в залежності від його власних уподобань і побажань пацієнта. Досі в літературі ведуться дискусії стосовно того, які ІОЛ найкращі для пацієнтів з міопією високого ступеня для імплантації після ФЕК.

Мета: Оцінити результати гостроти зору при міопії високого ступеня після ФЕК з імплантацією монофокальної інтраокулярної лінзи та порівняти з результатами при імплантації мультифокальної інтраокулярної лінзи

Матеріал і методи: Проведено аналіз результатів факоемулсифікації катаракти з імплантацією мультифокальних інтраокулярних лінз у 20 пацієнтів (35 очей) з катарактою та міопією високого ступеня (перша група) у віці від 29 до 73 років (середній вік $52\pm 2,9$). Серед них 11 жінок (55%) і 9 чоловіків (45%). В якості другої групи взято 35 пацієнтів (59 очей) з катарактою та міопією високого ступеня у віці від 32 до 78 років (середній вік $58\pm 2,1$), яким була виконана ФЕК та імплантована монофокальна ІОЛ. Серед них 18 жінок (51,4%) та 16 (48,6%) чоловіків. Пацієнтам з першої групи імплантовано 35 мультифокальних лінз, з яких переважали такі лінзи як: AT Lisa tri 839 (Carl Zeiss, Німеччина), MP Lisa 809M (Carl Zeiss, Німеччина) та MULTIDIFF 605 (Appasamy Associates, Індія). Пацієнтам з другої групи було імплантовано 59 монофокальних інтраокулярних лінз, серед яких більше було імплантовано таких ІОЛ як: СТ LUCIA 601P (Carl Zeiss, Німеччина), СТ ASPHINA 409MV (Carl Zeiss, Німеччина) та NASPRO VBY (Appasamy Associates, Індія). Випадків інтра- та післяопераційних ускладнень не було. Термін спостереження в післяопераційному періоді: 1 та 6 місяців.

Результати: Аналіз результатів дослідження показав, що перша і друга група були статистично співставленні за характеристиками міопії ($P > 0,05$). Середнє значення сферичного еквіваленту, циліндричного еквіваленту, передньо-заднього розміру ока та розмір кришталика не відрізнялися в обох групах. По вихідній гостроті зору групи хворих були також співставленні між собою.

Через місяць після операції підвищення гостроти зору відмічалось в обох групах. У першій групі вона підвищилась до $0,8\pm 0,03$ (покращення 76%) без корекції та до $0,9\pm 0,02$ (покращення на 86%) з середньою корекцією: Sph= $-0,06\pm 0,08$, Cyl= $-0,59\pm 0,15$. В другій групі середня гострота зору після операції підвищилась до $0,55\pm 0,02$ (покращення 46%) без корекції та до $0,84\pm 0,02$ (покращення на 78%) з середньою корекцією: Sph= $-0,85\pm 0,11$, Cyl= $-0,94\pm 0,12$ ($P < 0,05$). Через 6 місяців значних змін в показниках не відмічалось. Сферичний компонент після ФЕК + ІОЛ по даним авторефрактометра склав $-0,22\pm 0,11$ (зменшився на $12,88\pm 0,2$) в першій групі, в той час як циліндричний еквівалент зменшився на $1,0\pm 0,1$ і склав $-0,8\pm 0,1$. В другій групі також були значні зміни Sph – вона зменшилась на $12,63\pm 0,12$ і остаточний показник є $-0,84\pm 0,02$, а Cyl не потерпів статистично значимих змін. Важливим фактором є те, що при виборі сили монофокальної ІОЛ у пацієнтів з високою міопією орієнтувалися на незначну залишкову міопію для кращої адаптації в післяопераційному періоді. Всі пацієнти не використовували в післяопераційному періоді окуляри для роботи поблизу, але пацієнти з другої групи, яким були імплантовані монофокальні інтраокулярні лінзи були змушені користуватися окулярами для далнини, що викликало в них деякий дискомфорт. Гострота зору поблизу у пацієнтів з мультифокальною ІОЛ становить $0,9\pm 0,1$, а у пацієнтів з монофокальною ІОЛ – $0,6\pm 0,1$.

Висновки: Імплантація мультифокальної інтраокулярної лінзи при факоемулсифікації катаракти на очах з високою міопією дозволяє досягти високої гостроти зору вдалину та на близькій відстані, тому пацієнти краще адаптуються до нових умов зору, ніж при імплантації монофокальних ІОЛ, що значно поліпшує якість їх життя.