



**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.

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

формули Haigis  $0,353 \pm 0,243$  Дптр, Barret Universal II -  $0,376 \pm 0,195$  Дптр, Holladay II -  $0,379 \pm 0,249$  Дптр та SRK/T -  $0,348 \pm 0,248$  Дптр. Отже, найбільш точною у наших випадках залишалась формула SRK/T, хоча данні відрізнялися варіабельністю значень. У всіх пацієнтів помилка рефракції не була більшою за 1,0 Дптр, що відповідає даним літератури. У відокремлених чотирьох випадках, де ПЗР склав до 22,0 мм, помилка рефракції склала  $0,190 \pm 0,186$  Дптр для SRK/T та  $0,293 \pm 0,079$  Дптр для Barret Universal II, за іншими формулами цей показник був вищий.

При оцінюванні кореляційних залежностей за Спірменом було виявлено достовірну зворотню залежність тільки між горизонтальним діаметром рогівки та помилкою рефракції при використанні формули Haigis, таким чином чим менший горизонтальний діаметр рогівки, тим більша помилка рефракції за цією формулою. Отже використання формули Haigis на очах з меншим горизонтальним розміром рогівки буде недостовірним. Досить високим, проте недостовірним виявився зв'язок між помилкою рефракції за формулою SRK/T та горизонтальним розміром рогівки. При оцінці окремих випадків, за наявності невеликих розмірів рогівки ( $w-t-w < 11,8$  мм) та при осьовій довжині ока більше за 22.1 мм, помилка рефракції за всіма формулами склала більше за 0,5 Дптр.

**Висновки.** Таким чином при осьовій довжині ока від 21,4 мм до 23,5 мм (гіперметропічна рефракція) найбільш точною для розрахунків ІОЛ виявилася формула SRK/T, яка враховує із біометричних даних лише осьову довжину ока та заломлюючу силу рогівки, а також уточнену емпіричну А-константу та інші емпіричні коефіцієнти. Навіть при довжині ока менше за 22,0 мм найточнішою була формула SRK/T. При малих горизонтальних розмірах рогівки, що не відповідають осьовій довжині ока усі формули мали тенденцію до міопічної помилки у розрахунках.

## ВПЛИВ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА МОРФОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКА ТА ПОКАЗНИКИ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ

Кобзарь А., Завгородня Н., Саржевська Л.  
Запорізький державний медичний університет

**Вступ.** Ріст кришталика протягом життя призводить до зрушення іридокришталикової діафрагми вперед, збільшення ризику блокади кута передньої камери прикорневою складкою райдужки з можливим підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ), розвитку незворотних структурних і функціональних змін.

**Мета дослідження** – вивчити ефективність впливу неускладненої факоемульсифікації катаракти (ФЕК) з імплантацією інтраокулярної лінзи (ІОЛ) на морфометричні параметри ока, показники ВОТ.

**Матеріал і методи.** Під спостереженням знаходились 27 пацієнтів (29 очей) у віці від 49 до 85 років. Чоловіків було 41% (11 осіб), жінок – 59% (16 осіб). Усім пацієнтам була виконана факоемульсифікація катаракти з імплантацією ІОЛ за стандартною схемою, проведено офтальмологічне обстеження до операції, а також на 7 день після ФЕК. Для визначення параметрів ока проводили УЗ-сканування.

**Отримані результати.** Післяопераційний період проходив без ускладнень. Гострота зору до операції складала  $0,13 \pm 0,06$ , при виписці –  $0,61 \pm 0,13$ , ( $p < 0,05$ ). Глибина передньої камери зросла з  $2,18 \pm 0,04$  мм до  $3,29 \pm 0,03$ , ( $p < 0,05$ ). Середній рівень  $\tan$  значень кута передньої камери до операції склав  $12,8 \pm 1,4$ , після операції –  $24,9 \pm 2,4$ , ( $p < 0,05$ ). ТонOMETричні дослідження показали, що в післяопераційному періоді ВОТ знизився на 15% (з  $24,8 \pm 1,2$  до  $21,1 \pm 0,9$  мм рт. ст., ( $p < 0,05$ ), причому тільки в 1 випадку додатково застосовували гіпотензивні препарати.

**Висновки:** ФЕК з імплантацією ІОЛ призводить до зниження рівня офтальмотонуса на 15%, підвищення середнього рівня  $\tan$  значень кута передньої камери на 48,59 %, збільшення глибини передньої камери на 33,7%.

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.	