



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.

еритроцитів $-2,6 (1,05; 3,65) \times 10^{12}/л$, середній рівень заліза – $6,09 \pm 5,47$ мкмоль/л, середній рівень загальної залізовв'язуючої здатності сироватки – $64,09 \pm 15,35$ нмоль/л. За ступенем важкості залізодефіцитної анемії хворі на ХСН розподілились наступним чином: у 40,9% спостерігалась анемія легкого ступеня, у 34,55% – середньої важкості, важка анемія зафіксована у 24,55% хворих. Серед причин розвитку залізодефіциту 67,2% припадало на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, 20,4% – хронічну патологію нирок, значно меншу частку (12,4%) складала екзогенний дефіцит заліза та хронічні незначні кровотечі (геморой, кровоточивість ясен). Серед супутньої патології найчастіше зустрічалась гіпертонічна хвороба (42,27%), цукровий діабет 2 типу (15,46%), фібриляція передсердь (14,45%), ХОЗЛ (12,37%), ожиріння (9,29%), остеоартроз (6,19%). З числа госпіталізованих хворих 84% мали комбінацію 2-х та більше із зазначених захворювань.

За стадією та функціональним класом (ФК) ХСН хворі з залізодефіцитом розподілялись наступним чином: I стадія ХСН – 18,64%, ІА стадія – 54,24%, ІБ стадія – 22,03%, ІІІ стадія – 5,09%; I ФК – 3,4%, ІІ – 30,5%, ІІІ – 57,63%, ІІІІ – 8,47% відповідно. Відсоток хворих зі збереженою та проміжною ФВ лівого шлуночка був однаковим – по 24,2% відповідно, у 51,6% хворих – ФВ лівого шлуночка була зниженою. Отже, у хворих із залізодефіцитною анемією превалювала ІА стадія ХСН, ІІІ ФК зі зниженою ФВ лівого шлуночка.

Висновки. У хворих на ХСН ішемічного генезу спостерігається зростання розповсюдженості анемічного синдрому, при цьому у його структурі превалює залізодефіцитна анемія легкого та середнього ступеня важкості. Найпоширенішою причиною залізодефіциту у хворих на ХСН ішемічного генезу є супутня виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Серед хворих на ХСН ішемічного генезу із супутньою залізодефіцитною анемією превалює ІА стадія ХСН, ІІІ ФК зі зниженою ФВ лівого шлуночка. Перспективним є визначення впливу латентного залізодефіциту на прогноз хворих на ХСН ішемічного генезу.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ

Кононенко І.Є., Клименко А.В.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. Неспроможність колоректального анастомозу (КА) – найбільш значуще ускладнення, що має високу летальність, значно погіршує життя пацієнтів у післяопераційному періоді. Неспроможність може також підвищити ризик місцевого рецидиву пухлини. Ризик неспроможності після передньої резекції коливається від 1% до 30% та зростає при ургентних втручаннях. Рівень смертності при цьому складає 6-22%. До контрольованих хірургом модифікуємих місцевих факторів розвитку неспроможності відносять натяг на анастомозі, кровопостачання, використання степлера, накладання стоми і тест на витік повітря. На сьогоднішній день немає консенсусу щодо вибору методу, що знизив би ризик неспроможності колоректального анастомозу, а найбільш часто застосовуємих метод – накладання повної протективної ілеостоми. Таким чином, проблема неспроможності колоректального анастомозу у світовій літературі є досить актуальною, та вимагають подальшого дослідження питання та розробки методів профілактики неспроможності колоректального анастомозу, інтраопераційної візуальної оцінки його якісних характеристик.

Мета дослідження: Всебічно оцінити ефективність та безпечність розробленої модифікації способу формування лапароскопічного колоректального анастомозу при лапароскопічній резекції сигмоподібної та прямої кишки.

Матеріал і методи. В клініці на базі кафедри факультетської хірургії ЗДМУ був проведений аналіз хірургічного лікування 98 хворих раком верхньої та середньої третини прямої та сигмоподібної кишки у 2-3 стадії захворювання, неускладненої, без хіміорадіотерапії в анамнезі та з накладанням колоректального анастомозу у межах 4-10 см від анусу без протективної ілеостоми. Основну групу склали 36 (36,73%) хворих, яким була виконана лапароскопічна резекція прямої та сигмоподібної кишки в модифікації клініки, контрольну – 62 (63,27%) хворих, яким виконано класичну відкриту резекцію прямої та сигмоподібної кишки. Розроблена в клініці модифікація методу формування лапароскопічного колоректального анастомозу та його інтраопераційної оцінки полягає в тому, що лапароскопічно лінія степлерного шва додатково підкріплюється окремими вузловими серозно-м'язовими швами (вікріл 3/0) у кількості 5-8 на відстані 4-6 мм один від одного. Для оцінки анастомозу виконувалась візуалізація зі сторони просвіту кишки через анальний

отвір, використовуючи 10 мм лапароскоп з інсуфляцією CO² (6 мм вод.ст.) та одночасно виконувалась пневмогідропроба.

Отримані результати. Летальних випадків в досліджуваних групах не було. У 5 (8,06 %) хворих контрольної групи в інтраопераційному і ранньому післяопераційному періодах спостерігався ряд специфічних ускладнень, пов'язаних з самим оперативним втручанням. У одного пацієнта основної групи була виявлена мікронеспроможність, що була ліквідована шляхом додаткового підкріплення лінії шву. Іншим пацієнтам з неспроможністю була виведена кінцева десцендо- або сигмостома. Стома закривалась у термін від 1-го до 3-х місяців. У 1 пацієнта контрольної групи була підслизова гематома в області анастомозу великих розмірів, яка спричинила часткову кишкову непрохідність. Цього пацієнта було реоперовано зі зняттям анастомозу і виведенням кінцевої стоми, а після одужання на другому місяці було проведено відновлюючу операцію. У термін до одного року у 3 (4,84 %) пацієнтів контрольної групи спостерігався компенсований стеноз анастомозу, в основній групі такого ускладнення не відмічено.

Висновки:

1. Неспроможність колоректального анастомозу – одна з найбільш значущих проблем сучасної колоректальної хірургії.
2. Розроблена в клініці модифікація з інтракорпоральним лапароскопічним ручним підсиленням лінії швів і відеооглядом накладеного апаратного анастомозу доцільна у всіх пацієнтів і дозволила уникнути неспроможності анастомозу.
3. Способи попередження неспроможності колоректального анастомозу без накладання протективної ілеостоми потребують подальшого вивчення.

СТАНОВЛЕННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ СТАНДАРТІВ НАТО В УКРАЇНІ

Копотій О.С., Скоба В.С.

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Україна та її Збройні Сили поступово еволюціонують до тих взірців економіки, безпеки, демократії, суспільних відносин, які є нормою для західних держав. Віднедавна курс України на набуття членства в ЄС та НАТО набув конституційної гарантії незворотності. 18 грудня 2018 року Верховна Рада України ухвалила за основу законопроект «Про внесення змін до деяких законів України щодо військових стандартів».

Мета дослідження. Проаналізувати зміни, які відбулися в Україні, в співпраці з НАТО. Розвиток тактичної медицини за час проведення Антитерористичної операції 2014-2018 роки, та Операції Об'єднаних Сил з 2018 року і по теперішній час.

Матеріал і методи. Авторами був проведений огляд літератури, та нормативних документів таких як: “Воєнно-медична доктрина України” від 31 жовтня 2018 року, протоколи надання медичної допомоги в умовах бойових дій TCCC-AC, TCCC-MP, CASEVAC, взявши до уваги власний досвід надання медичної допомоги під час участі в АТО та ООС.

Отримані результати. Проведено аналіз комплектації індивідуальної аптечки, якості надання домедичної та першої медичної допомоги, згідно власного досвіду. За період війни на сході України відмічається позитивна динаміка у вигляді ухвалення нової “Воєнно-медичної доктрини”, створено військово-медичний департамент, військово-медичні підрозділи першої лінії оборони згідно зі стандартами НАТО, впровадження протоколів з надання медичної допомоги згідно зі стандартами НАТО.

Висновки. На теперішній час в ЗСУ є чітка тенденція розвитку тактичної медицини згідно зі стандартами НАТО. Необхідно акцентувати увагу на навчаннях особового складу, підрозділів ЗСУ, надання домедичної та медичної допомоги в умовах бойових дій, згідно стандартів НАТО. Необхідно збільшувати кількість інструкторів відповідно стандартів НАТО. Широке впровадження спільних навчань з країнами Альянсу, з надання медичної допомоги в умовах бойових дій. Поширення інформації щодо використання особовим складом ЗСУ аптечок типу IFAK.

ВПЛИВ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА МОРФОМЕТРИЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОКА ТА ПОКАЗНИКИ ВНУТРІШНЬООЧНОГО ТИСКУ	62
Кобзарь А., Завгородня Н., Саржевська Л.	
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВЕНОЗНИХ ТА АРТЕРІАЛЬНИХ МОЗКОВИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ	63
Коваленко В.А., Сікорська М.В., Козьолкін О.А.	
ВИЗНАЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ КЛІНІЧНОЇ ФОРМИ СИФІЛІСУ ВІД РІВНЯ 25(OH)D.....	63
Коваленко А.Ю., Ковальова Т.Д.	
ПРЕНАТАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ОНКОПАТОЛОГІЄЮ В АНАМНЕЗІ ...	64
Коваленко К.О.	
АНАЛІЗ ВИЖИВАНOSTІ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З РАКОМ ТОВСТОЇ КИШКИ ІІ-ІІІ СТАДІЙ	65
Колеснік О.П., Кечеджієв В.В., Колесник І.П.	
ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ АДИКЦІЇ	65
Колоколова В.В.	
АНАЛІЗ ТЕОРІЇ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ ШИЗОФРЕНІЇ.....	66
Кондратенко М.Ю.	
АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ (РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ).....	67
Коновалова М.О.	
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗУ	68
Кононенко І.Є., Клименко А.В.	
СТАНОВЛЕННЯ ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ СТАНДАРТІВ НАТО В УКРАЇНІ.....	69
Копотій О.С., Скоба В.С.	
МОНОАНАСТОМОЗНЕ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА МОРБІДНЕ ОЖИРІННЯ.....	70
Клименко А.В., Ніколаєв М.В.	
ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ГОРТАНІ.....	70
Кришталь В.М.	
THE EFFECT OF TREATMENT ON LIPID METABOLISM AND C – REACTIVE PROTEIN IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRISIS ASSOCIATED WITH HYPERTENSION IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR ...	71
Kuznecova L.P., Bondar M.V.	
ВПЛИВ ЯНТАРНОЇ КИСЛОТИ ТА ПРЕПАРАТІВ АРГІНІНУ НА ПОКАЗНИКИ ТЕСТУ ШЕСТИХВИЛИННОЇ ХОДЬБИ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНИЙ ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ	72
Левандовська Х.В.	
ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ВАГІТНОСТЕЙ.	73
Левінтанус В.В., Філіппова Н.В.	
ОДНОПОЛЮСНЕ ПРОТЕЗУВАННЯ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ЧОТИРЬОХ ФРАГМЕНТАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ	74
Лісунов М.С.	
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ МІОКАРДУ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ГОСТРИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ.....	75
Лямцева О.В., Крайня Г.В.	
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНОГО МОНОНУКЛЕОЗУ У ДІТЕЙ, ВИКЛИКАНОГО ВІРУСОМ ЕПШТЕЙНА-БАРР ТА ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ	76
Мазур О.С.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРОТКОСТРОКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ	77
Макоїд В.С.	
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ ТА АДІПОКІНОВИМ ДИСБАЛАНСОМ	77
Мануйлов С.М.	