

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»



Scientific and Practical
Conference of Students
and Young Scientists
with International Participation
«INNOVATIONS IN MEDICINE»

86

науково-практична
конференція студентів
та молодих вчених
із міжнародною участю
«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ»

23-24 березня 2017р.
м. Івано-Франківськ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

86-ої науково-практичної конференції
студентів і молодих вчених із міжнародною участю
«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ»

ABSTRACTS

of the 86th Scientific Conference
of Students and Young Scientists with International Participation
"INNOVATIONS IN MEDICINE"

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

86-й научно-практической конференции
студентов и молодых ученых с международным участием
«ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ»

23-24 березня 2017 року
м. Івано-Франківськ

Головний редактор – Ректор ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор, Лауреат Державної премії України у галузі науки і техніки **М.М. Рожко**

Редакційна колегія:

Перший проректор, д.б.н. професор **Г.М. Ерстенюк**
Проректор з наукової роботи, д.мед.н., професор **І.П. Вакалюк**
Науковий керівник Студентського наукового товариства та Товариства молодих вчених, д.мед.н., професор **Н.М. Воронич-Семченко**
Голова Товариства молодих вчених, к.мед.н., доцент **З.Я. Гурик**
Заступник Голови Товариства молодих вчених, асистент **Ю.І. Соłodжук**
Голова Ради Студентського наукового товариства **С.В. Варунків**
Заступник Голови Ради СНТ **Р.Р. Бігун, Т.С. Рангулова**
Секретар Ради СНТ **Р.Д. Соловій**

Організаційний комітет:

**Сілецька О.В., Юркевич Б.Є., Скрипко Ю.В., Семченка В.А.,
Хорощак Ю.М., Воронич В.О., Дехтяр Д.Г., Паращук Ю.Л.,
Бугерчук О.О., Сов'як Н.М., Островська К.М., Кобрин О.Т.,
Сачко А.М., Остафійчук А.Р., Багрій Р.В., Панчишин М.В.,
Клипич О.О., Грицик Р.А., Петраш А.В., Шелефонтьок І.М.,
Лазуркевич Т.О., Грицьків Ю.С., Горелін В.І., Гавенко Б.В.**

Дизайн палітурки: **Юркевич Б.Є.**
Кольорові вкладки: **Хорощак Ю.М.**

лімфатичні вузли в діаметрі від 1 до 15 см, які чергуються з ділянками обширних звирозкувань, вкритих фібрином і некротичними тканинами, також наявні отвори, по типу норичних ходів з яких періодично виділяється гній. При дуплексному скануванні ураженої кінцівки встановлено що глибокі вени прохідні, не тромбовані; артеріальний кровотік задовільний; виражений лімфостаз тканин кінцівки. Проведено операцію : біопсія лімфатичного вузла. При патогістологічному дослідженні № 12623-5 встановлено заключення : саркома лімфатичних вузлів.

Висновок: після проведених лабораторних і інструментальних методів обстеження, біопсії збільшеного лімфовузла хворій встановлено діагноз: лімфосаркома правої нижньої кінцівки T4, N1, M0, ст.IV , кл.гр. IV. Слоновість правої нижньої кінцівки. Фіброматоз тіла матки. Пацієнтка спрямована для лікування в обласний онкологічний диспансер.

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРОЮ АРТЕРІОМЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ У СТАДІЇ ГАНГРЕНИ КИШКИ

Юнаішев Д.А., Бортник К.Ю., Семенюк М.О.
Наукові керівники: д.мед.н., проф. В. І. Лупальцов,
д.мед.н., проф. К.О. Вандер
Харківський Національний медичний університет
Кафедра хірургії № 3

Метою роботи є аналіз результатів і можливостей їх поліпшення при лікуванні хворих з гострою артеріомезентеріальною непрохідністю.

Матеріали і методи: проаналізовані результати хірургічного лікування 27 хворих з гострим мезентеріальним тромбозом у стадії гангрені кишки, які були оперовані в хірургічному відділенні міської клінічної лікарні в 2011-2016 рр. Середній вік хворих склав 72,3 року.

Результати дослідження. Причинами гострої артеріальної непрохідності були атеросклероз аорти і її черевних гілок, ускладнений тромбозом (74%) або тромбоемболія верхньої брижової артерії (26%).

У 26 випадках гостра оклюзія мала місце у басейні верхньої брижової артерії; у одному випадку повна оклюзія у басейні верхньої брижової артерії поєднувалася з оклюзією у басейні нижньої брижової артерії.

Усім хворим оперативне лікування було виконане в терміни понад 6 годин, тобто поза "терапевтичним вікном" для гострої артеріальної ішемії і що, відповідно, стало причиною гангрені кишки на момент операції в усіх аналізованих випадках.

Застосування флоуметрії для визначення меж резекції кишки і ентерального зондового годування для корекції метаболізму в ранньому післяопераційному періоді дозволило виписати з відділення, причому без хірургічних ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, навіть хворих після резекції 70-80% тонкої кишки (3 спостереження) і резекції 60-70% тонкої кишки у поєднанні з правосторонньою геміколектомією (2 випадки) або резекцією сигмоподібної кишки (1 випадок).

Загальна післяопераційна летальність склала 22%: в контрольній групі - 50%, а в аналізованій групі - 11%.

Віддалені результати операції оцінені у 4 хворих з субтотальною резекцією тонкої кишки - усі оцінили свою якість життя як задовільну.

Висновок: результати оперативного лікування

хворих з гострим мезентеріальним тромбозом у стадії гангрені кишки значною мірою залежать від точності визначення прогнозованої життєздатності відділів кишки, що залишаються після резекції; виконання у цієї категорії хворих великих резекцій тонкої кишки є вимушеним заходом, але сучасний рівень анестезіологічного забезпечення і інтенсивної терапії після операції робить спектр протипоказань до них досить вузьким і його розширення не є обґрунтованим.

РЕПРОДУКТИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Ясинецький М.О., Ясинецька К.О.
Науковий керівник - кмед.н., доц. О.Д. Нікітін
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
Кафедра урології

Вступ. При виборі тактики лікування чоловічого безпліддя, зумовленого варикоцеле, хірургічну корекцію цього захворювання, згідно сучасним уявленням, слід застосовувати при наявності чотирьох передумов:

1. Дружина пацієнта повинна бути фертильною, або в разі порушення її фертильності, повинна бути можлива і досяжна корекція цього порушення.

2. Факт безплідного шлюбу повинен бути підтверджений (відсутність запліднення протягом 1 року регулярного статевого життя без застосування методів контрацепції).

3. Наявність клінічних ознак варикоцеле.

4. Наявність порушень у параметрах спермограми або функціональних спермальних тестах.

Абсолютним показанням для виконання оперативної корекції варикоцеле у безплідних чоловіків слід вважати супутнє порушення у них параметрів спермограми. (EAU, 2011, ступінь А). При виборі методу оперативного посібники хірург повинен керуватися не тільки власними уподобаннями і технічними можливостями операційної, але і даними прогностичної репродуктивної ефективності тієї чи іншої операції.

Метою дослідження стала оцінка репродуктивної ефективності та основних видів оперативних втручань, які застосовуються для лікування варикоцеле.

Матеріали і методи. Було проведено обстеження 206 хворих з варикоцеле і безпліддям у віці від 25 до 45 років (30,2 +3,5 років). Лівосторонній варикоцеле зазначено у 170 (82,5%) хворих, двобічне - у 27 (13,1%) правостороннє - у 4,4% випадків (9 пацієнтів). У 33 (15,9%) пацієнтів діагностовано субклінічний варикоцеле, у 54 (26,2%) - варикоцеле 1 ступеня, у 88 (42,7%) - 2 ступеня і у 31 (15,0%) - захворювання 3 ступеня. З представлених даних видно, що астенозооспермія відзначалася у 101 (49%) пацієнта, а олігозооспермія - 83 пацієнтів (40,3%). Слід зазначити, що найбільш суттєві зміни спермограм спостерігалися у пацієнтів з II та III ступенем захворювання. При цьому азооспермія відзначалася в 4,4% випадків, а тератозооспермія - у 6,5%.

Результати дослідження. Підводячи підсумки лікування 48 подружніх пар після лапароскопічної корекції варикоцеле слід зазначити, що частота досягнення вагітності становила 29,2% (14 випадків). Відновлення репродуктивної функції за даними спермограм через 12 місяців спостереження відзначалося у 29 (60,4%) пацієнтів.

Після операції Іваніссевича поліпшення показників термограм зазначено у 58% пацієнтів, настання вагітності було досягнуто у 31,9% випадків. Поліпшення