

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"
ОБЛАСНА АСОЦІАЦІЯ МОЛОДИХ МЕДИКІВ ТЕРНОПІЛЛЯ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE
SHEI "I. Ya. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE MEDICAL UNIVERSITY
OF MPH OF UKRAINE"
ASSOCIATION OF YOUNG MEDICAL PROFESSIONALS
OF TERNOPIL REGION

XXII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 22d INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



23 - 25 квітня 2018
April 23 - 25, 2018

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

Відповідальний редактор:

Ректор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

Заступники відповідального редактора:

- проф. І.М. Кліщ
- доц. Л. П. Мазур

Редакційна колегія:

Канд. мед. наук, доц. Л.П. Мазур

Асистент С.В. Кучер

Студенти:

- К. Галей*
- О. Косман*
- М. Сас*
- О. Мартиняк*
- М. Бандрівський*
- Ю. Яриш*
- В. Палига*
- О. Пастушина*
- М. Муцяк*
- Р. Клос*
- Р. Боймиструк*
- А. Мацько*
- Ю. Вітковський*
- Г. Прокопишин*
- О. Ющак*
- І. Креденсар*
- І Калька*
- І. Ястремська*
- Б. Кушнір*
- В. Прохорчк*

Тернопільський Державний Медичний Університет
ім. І. Я. Горбачевського

Урядовою постановою від 12 квітня 1957 року було організовано Тернопільський державний медичний інститут з лікувальним факультетом, у якому 1 вересня 1957 року розпочалося навчання. Це був перший вищий навчальний заклад у місті, яке майже повністю було знищене Другою світовою війною і лише почало підніматися з руїн. Уже через три дні після урядової постанови в Тернопіль прибув призначений директором (ректором) медичного інституту к.м.н., хірург П.О.Огій (пізніше - доктор медичних наук, професор).

Постановою Кабінету Міністрів України від 1 липня 1992 р. інституту присвоєно ім'я видатного вченого, дійсного члена Наукового товариства імені Т.Г.Шевченка, Всеукраїнської академії наук, уродженця Тернопільщини Івана Яковича Горбачевського. У 1994 р. інститут акредитований за IV (найвищим) рівнем. У квітні 1997 року інститут отримав статус медичної академії.

Зростання інституту пов'язане з іменами його ректорів: доц. І.І.Гетьмана (працював на цій посаді в 1972-1981 рр.), проф. і.С.Сміяна (очолював ВУЗ у 1981-1997 рр.); проф. Л.Я. Ковальчука (очолював університет у 1997-2014 рр.), проф. М. М. Корди (з 2014р.)

У 1995 р. відкрито медсестринський факультет за спеціальностями Сестринська справа (підготовка медсестер і медсестер-бакалаврів) і Лабораторна справа (підготовка лаборантів-бакалаврів). Створено навчальний комплекс - медичний інститут-ліцей (нині Галицький коледж) м. Тернополя.

Тепер у складі університету 4 факультети – медичний, стоматологічний, фармацевтичний, іноземних студентів, які об'єднують 59 кафедр. На базі теоретичних кафедр функціонують 4 навчально-наукових інститутів – морфології; медико-біологічних проблем; фармакології, гігієни та медичної біохімії імені М.П. Скакуна; моделювання та аналізу патологічних процесів; клінічних кафедр. Навчально-науковий інститут медсестринства функціонує на базі теоретичних і клінічних кафедр, а також навчально-науковий інститут післядипломної освіти. Всього за роки існування університету випущено близько 27 тисяч спеціалістів, на факультеті післядипломної освіти пройшли підвищення кваліфікації близько 40 тисяч спеціалістів, які працюють в усіх регіонах України і за кордоном. Понад 600 випускників університету стали кандидатами медичних наук, понад 100 – докторами медичних наук, професорами, а 4 – член-кореспондентами Національної академії медичних наук України.

Базою університету є 10 навчальних корпусів, клінічні кафедри на базі університетської лікарні, університетського медичного центру з стоматологічною поліклінікою, 15 лікувально-профілактичних закладів м. Тернополя, 5 навчально-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги у селах області.

За останні 15 років кардинально зміцнена матеріально-технічна база університету. Комп'ютеризовано всі кафедри, бібліотеку з 4 читальними залами і філіалами на всіх клінічних кафедрах та в навчально-наукових інститутах, організовано комп'ютерний центр, 39 комп'ютерних класів з виходом до мережі "Інтернет".

Видавництво "Укрмедкнига", створене у 1999 році, з власним поліграфічним комплексом, є базовим для ЦМК з ВМО МОЗ України і найбільшим нині спеціалізованим медичним видавництвом в Україні та єдиним, яке друкує продукцію лише українською мовою або в перекладі з української. Видавництво забезпечило україномовними підручниками та посібниками вищі медичні навчальні заклади України III-IV рівнів акредитації на 60 %, а I-II рівнів акредитації – на 80%.

Створено лікувально-діагностичний центр із стоматологічною поліклінікою, який оснащено сучасним обладнанням. 5 квітня 2017 року на базі центру відбулося відкриття стоматологічного відділу університетської клініки. У цьому відділенні жителям нашого міста та області безкоштовно надаються послуги діагностики ротової порожнини, консультації професорів, доцентів на інші фахівці ТДМУ з терапевтичної, дитячої, ортопедичної та хірургічної стоматології.

27 вересня 2016 року відбулося урочисте відкриття центру симуляційного навчання. Тематично-орієнтовані зали центру симуляційного навчання в повній мірі забезпечені обладнанням відповідно до вимог до підготовки спеціалістів з різних дисциплін навчального плану. На його базі студенти мають змогу опанувати практичні навички з переліку освітньо-професійних програм та освітньо-кваліфікаційних характеристик спеціальностей.

В 2010-2011 роках реконструйовано, оснащено і відкрито п'ять університетських навчаль-

но-практичних центрів первинної медико-санітарної допомоги в селах області. Мета створення навчально-практичних центрів: надання медичної допомоги населенню села; проходження практики студентами старших курсів медичного факультету та лікарів-інтернів стоматологічного факультету; орієнтація випускників для роботи в сільських медичних закладах.

У 2003 році відкрито навчально-оздоровчий комплекс «Червона калина» з конгрес-центром, готелем, комплексом харчування, спортивно-фізкультурною базою та студентським профілакторієм, у якому щорічно оздоровлюються 20% студентів. На базі НОК «Червона калина» функціонує навчальний центр з підготовки офіцерів запасу кафедри медицини катастроф та військової медицини, де щорічно відбуваються всеукраїнські тренінги і навчання. Крім цього, в навчально-оздоровчому комплексі розташовано ботанічний сад лікарських рослин фармацевтичного факультету, а також підсобне господарство, яке забезпечує віварій піддослідними тваринами та продуктами.

Налагоджена співпраця з 14 іноземними вищими медичними навчальними закладами країн Європи та Америки.

В інституті відкрито навчальні музеї: кафедри біології, кафедри анатомії людини. Останній вважається одним із кращих анатомічних музеїв в Україні.

Оргкомітет

- **Хірургія**
- **Малоінвазивна
хірургія**
- **Дитяча хірургія**

тивно реагує на геохімічний стан довкілля з подальшим виникненням тих чи інших її захворювань. За кількістю захворювань, особливостями етіології, патогенезу та підходами до лікування заслуговує на увагу така патологія ЩЗ, як вузловий зоб. Поширеність цієї патології серед населення України суттєво зростає з кожним роком(щорічно майже на 10%).

Метароботи:

Вивчити вплив лазероіндукованої інтерстиціальної термотерапії (ЛІТТ) на навколівузлову тканину і функціональну здатність щитоподібної залози, визначити фактори, які впливають на терміни заміщення вузла сполучною тканиною і її об'єм, розробити показання до повторного застосування термотерапії.

Завдання:

1. Визначити ефективність ЛІТТ в лікуванні вузлової патології ЩЗ.

2. Вивчити вплив ЛІТТ на навколівузлову тканину і функціональну здатність щитоподібної залози.

3. Визначити фактори, які впливають на терміни заміщення вузла сполучною тканиною і її об'єм.

4. Визначити показання до повторного застосування термотерапії.

Матеріали і методи:

З використанням ЛІТТ проліковано 272 хворих на вузловий зоб без ознак кістозної дегенерації. Усі пацієнти – жінки віком від 22 до 68 років. Об'єм вузлів був у межах від 0,8 до 5,0 см³. За ультразвуковими характеристиками – солідні вузли, за ехогенністю, вузли були такими: 46 – гіпоехогенні, 189 – ізоехогенні та 37 – гіперехогенні. За даними ТАПБ – доброякісні вузли. Рівень Т4-вільного, ТТГ та АТТ-ПО знаходились у межах референтних значень. Компресія від'ємна. ЛІТТ проводили за таких параметрів: довжина хвилі 1060 нм, безперервний режим, потужність випромінювання у межах від 2,8 до 3,2 Вт. Період ЛІТТ контролювали сонографічно. Зміни у вузлі, навколівузловій тканині після ЛІТТ визначали на другу добу, через 2 тижні, через 1, 3, 6, 9 та 12 місяців після маніпуляції. На другу добу після лазерної термотерапії у вузлах розвивається асептичне запалення, а розміри їх збільшуються на 25–30 %. У подальшому, у визначені терміни обстеження, розміри вузлів зменшувались, показники гормональної функції не змінювались. Через 6 місяців після ЛІТТ при розмірах вузлів до 2 см повне заміщення їх сполучною тканиною мало місце у всіх випадках гіпо- та ізоехогенних вузлів і у 71 % – гіперехогенних, а при розмірах від 2 до 5 см – у 75 % гіпоехогенної структури, 18 % ізоехогенної і не було позитивного ефекту у разі гіперехогенних вузлів. Випадки сповільненого регресу вузла, наявність епітелію вузла в залишковій тканині об'ємного утвору за даними ТАПБ потребували проведення повторної ЛІТТ, після якої у всіх пацієнтів наступила повна редукція вузла. Контроль ТТГ та АТТ-ПО визначали через 1,5, 6 та 12 місяців після ЛІТТ.

Обговорення результатів:

Тривалість регресу і заміщення вузла сполучною тканиною визначають його ехогенність і об'єм. Так, гіпоехогенні вузли інтенсивніше реагували збільшенням об'єму на 2-гу добу після маніпуляції, ре-

гресували швидше та заміщення на рубець спостерігалось в проміжку 3–6 місяців ($p < 0,01$). Повторної ЛІТТ в основному потребували вузли об'ємом від 2 до 5 см³ та частин гіперехогенних вузлів об'ємом до 2 см³. Реактивний набряк ізоехогенних вузлів був менш вираженим, і заміщення їх сполучною тканиною спостерігалось в проміжку 3–15 місяців після ЛІТТ, а залишковий об'єм, тобто об'єм рубця, становив у межах від 9 до 28 % від початкового. Гіперехогенні вузли найменшою мірою реагували на ЛІТТ реактивним набряком і збільшенням об'єму, а кінцевий об'єм тканини на місці вузла був у межах від 15 до 36 % від показників до лікування. Регрес вузла та об'єм рубцевої тканини не залежали від віку пацієнтів та відсотку незміненої тканини щитоподібної залози до лікування. Показаннями до повторного застосування ЛІТТ вважаємо сповільнений регрес вузла, особливо в проміжку 6–9 місяців після лікування, зменшення його об'єму у межах до 58 %, при наявності епітелію вузла в залишковій тканині об'ємного утвору за даними ТАПБ.

ВИСНОВКИ:

1. ЛІТТ є ефективним методом лікування вузлової патології щитоподібної залози.

2. У розроблених режимах ЛІТТ не викликає деструктивних змін у навколівузловій тканині і розладів гормональної функції залози.

3. Швидкість і повнота заміщення вузла сполучною тканиною після ЛІТТ залежать від об'єму та ехогенності вузла.

4. Повторної термотерапії потребують пацієнти з залишковою тканиною вузлового утвору. Абсолютними показаннями до її проведення є сповільнена редукція вузла, при наявності вузлової паренхіми серед сполучнотканинних елементів.

Русанов Олег

РЕКОНСТРУКЦІЯ ЧЕРЕПА ПРИ ЛОБНІЙ СИНСТОЗНІЙ ПЛАГІОЦЕФАЛІЇ

Кафедра клінічної анатомії та оперативної хірургії

Науковий керівник : асист. В.В. Пискун

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Лобна синостозна плагіоцефалія (ЛСП) на сьогоднішній день є однією з найбільш розповсюджених вроджених аномалій черепа і зустрічається з частотою 0,3-0,5 на 1000 новонароджених. ЛСП має ряд характерних зовнішніх проявів, таких як плоскість враженої лобової кістки, зміщення кінчика носа у відповідну сторону і компенсаторне збільшення об'єму і деформація рельєфу з іншої сторони. Таким чином при виконанні операції, хірург має корегувати не лише вражену сторону, а й увесь мозковий і частково лицьовий череп. До операції пацієнту роблять КТ для максимального розуміння патологічної анатомії черепа. На томограмах можна побачити раннє синостозування половини коронарного шва і, як наслідок, єдину кісткову пластину тім'яних та лобової кісток. Має місце раннє зрощення лобно-кіноподібного та лобно-решітчастого швів. Лобна кістка

патологічно тонка, майже або зовсім відсутні лобна пазуха та діплове враженої сторони. Вилісна кістка та верхня щелепа гіпопластичні. Скроневі кістки з іпсилатеральної сторони розміщені не правильно у передньо-задній конфігурації. Коронарний розтин виконується підокістно у лобно-скроневої області та між листками глибокої скроневої фасції. Скелетуються тім'яні, вилісні кістки, луската частина лобової кістки, відокремлюються скроневі м'язи і скелетуються зовнішній край очниць. Із надочних каналів звільнюються судинно-нервові пучки. Формують 3 кісткових лоскути: верхньоочний, лобний та місток. Створюються клиноподібні запили на містку зі сторони синосто-зу та насічки з іншої сторони. Використовуючи щипці, містку надається нормальна анатомічна форма. Аналогічним способом ремоделюється і надочний лоскут. Еластична лобна кістка ремоделюється за допомогою лише щипців крізь радіальні та клиноподібні запили, що йдуть перпендикулярно одне одному. Таким чином, доцільно піддавати реконструкції черепа при ЛСП пацієнтів віком від 3 до 10 місяців. При занадто пізньому втручанні спостерігаються різної важкості порушення ВНД та численні косметичні дефекти.

Гюнеш Олег-Беркутай, Данилюк Любомир

НЕСПЕЦИФІЧНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, ЯК ПРЕДИКТОР ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРОМБОЗУ

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. І.К. Венгер

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет

ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України"

м. Тернопіль, Україна

Актуальність. На даний час, при підготовці пацієнта до оперативного втручання, враховуються фактори ризику виникнення післяопераційного тромбозу за шкалою Caprini, згідно якої проводиться тромбопрофілактика. В той же час, частота розвитку післяопераційного тромбозу залишається на високому рівні. В зв'язку із вказаним, виникла зацікавленість неспецифічною дисплазією сполучної тканини (НДСТ), оскільки вона виступає фактором що впливає на тромботичний процес.

Мета дослідження. Вивчити вплив неспецифічної дисплазії сполучної тканини на стан ендотеліальної та згортальної системи крові у прооперованих пацієнтів.

Матеріали і методи дослідження: В хірургічному відділенні ТУЛ протягом 2015-2017 років спостерігалось 95 оперованих хворих. У всіх пацієнтів проводилась тромбопрофілактика згідно галузевих протоколів. А стан гемокоагуляційної системи та рівень ендотеліальної дисфункції оцінювались на перед-, інтра-, та післяопераційному етапах лікування. Визначались такі показники загортальної системи крові: фібриноген, фібрин стабілізуючий фактор, тромбопластична активність та час рекальцифікації плазми. А також показники які відображають ендотеліальну функцію: Ендотелін-1, фактор Віллебранда та D-димер. Післяопераційний тромбоз в системі

НПВ було діагностовано в 21(22,1%) пацієнта. З них у 11(52,38%) виявлено НДСТ (дослідна група) і 10(47,62%) дисплазія не була діагностована (контрольна група). Похибка визначалась за допомогою t-критерія Стьюдента.

Результати дослідження. При аналізі показників ендотеліальної дисфункції встановлено що вона вища в пацієнтів з НДСП на 18,13%(ЕТ-1), 9,44%(D-димер), 7,2%(ВФ). Наростання спостерігалось на інтраопераційному етапі, а їх максимальний рівень було зафіксовано на 3 год. після операції. Хірургічне втручання призводило до ендотеліальної дисфункції, що в свою чергу ініціює формування гіперкоагуляційного синдрому в оперованих пацієнтів. Так в пацієнтів, з ознаками НДСТ в передопераційному періоді, рівень показників згортальної системи був на порядок вищим ніж у хворих без дисплазії. Так, вміст ФГ в сироватці крові перевищував показники хворих без НДСТ на 37,1% (p<0,001), ФСФ- на 22,1% (p<0,05), ТПА- на 17,8% (p<0,05), а ЧРП- на 26,6% (p<0,001). Максимального значення показники досягли на 3 годину післяопераційного періоду, і вони перевищували передопераційні значення в: ФГ-1,8 (p<0,001), ФСФ- 1,5 (p<0,001), ТПА- 1,3(p<0,001), ЧРП-1,2 (p<0,05) рази.

Висновок. Неспецифічна дисплазія сполучної тканини є вагомим фактором впливу на ендотеліальну і коагуляційні системи, що в свою чергу підвищує ризик виникнення післяопераційного тромбозу в системі нижньої порожнистої вени.

Зварич Роман

УЛЬТРАЗВУКОВА ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЯ МЕТОДОМ ЗСУВНОЇ ХВИЛІ У ВИЗНАЧЕННІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ

Кафедра хірургії №2 факультету іноземних студентів

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. С.Я.Костів

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.

Горбачевського МОЗ України»

м. Тернопіль, Україна

Вступ. Венозні тромбози системи НПВ - захворювання, що ускладнюється розвитком ТЕЛА з високим рівнем летальності - 30 %. В сучасній літературі дискутуються питання ультразвукових критеріїв ембологенного та неембологенного венозного тромбозу, але чіткі діагностичні критерії які б вказували на загрозу розвитку ТЕЛА не представлені.

Мета. Попередити розвиток ТЕЛА шляхом визначення ступеня ембологенності тромба.

Матеріали і методи дослідження. В дослідження увійшли 482 пацієнти із плановою хірургічною патологією, що підлягали проведенню оперативному втручання. При клінічному та інструментальному обстеженні післяопераційний тромбоз в глибоких вен системи НПВ діагностовано у 80 (86,96 %), в поверхневій системі - у 12 (13,04 %) спостереженнях. Для визначення загрози ембологенності тромба та визначення послідувочої лікувальної тактики проводили визначення щільності тромботичних мас соноеластографічним методом із використанням апарату

ЗМІСТ

•Кардіологія •Ревматологія •Нефрологія

Бобр Анна

ЕМБОЛІЧНИЙ ІНФАРКТ ПРАВОЇ КОРОНАРНОЇ АРТЕРІЇ У ПАЦІЄНТА З ПРОТЕЗОВАНИМ МІТРАЛЬНИМ КЛАПАНОМ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК 7

Василенко Михайло, Ястремська Ірина, Лаба Ілона

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОЇ ПОТРІЙНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПОЄДНАННІ З СТАТИНОТЕРАПІЄЮ ТА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЮ КИСЛОТОЮ У ХВОРИХ З ЛІПІТЕНЗІЄЮ 7

Галабіцька Ірина

АКТИВАЦІЯ ЗАГАЛЬНОГО ПРОТЕОЛІЗУ ТА ОСЛАБЛЕННЯ АНТИПРОТЕОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТРОЗ 7

Глюк Оксана, Телекі Яна, Оліник Оксана

СТАН ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІЙЗАЛЕЖНОЇ ВАЗОДИЛАТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ УШКОДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ 8

Гладка Ірина, Щербина Дарія

ВИПАДОК ГОСТРОГО ТУБУЛОІНТЕРСТИЦІАЛЬНОГО НЕФРИТУ 8

Гураль Юлія

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ ДІУРЕТИКІВ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ 9

Дмитерко Уляна, Ястремська Ірина, Кушнір Богдан, Антін Шувар, Ерік Свіржевський

ГЕНДЕРНІ ТА РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ СЕРЕД ЖИТЕЛІВ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ 9

Донецька Юлія Віталіївна, Марцинковська Інна Русланівна

ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 10

Дяченко Світлана, Шоєтова Вікторія, Мамотюк Іванна

ОЖИРІННЯ – НАЙПОШИРЕНІШИЙ ФАКТОР РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ – НАШЕ СТАВЛЕННЯ 10

Зайцева Маріанна

АНАЛІЗ ДИСТРИБУЦІЇ АЛЕЛЕЙ І ГЕНОТИПІВ ПОЛІМОРФНОГО ЛОКУСУ A1166C ГЕНА РЕЦЕПТОРА АНГІОТЕНЗИНА ІІ ПЕРШОГО ТИПА СЕРЕД ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ 11

Захарчук Катерина, Стельмах Ольга

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ L-КАРНІТИНУ У ХВОРИХ З ТЕРМІНАЛЬНОЮ СТАДІЄЮ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ 11

Капшитар Наталія

ЗМІНИ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ Q ІНФАРКТА МІОКАРДА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ТЛІ ГІПЕРГЛІКЕМІЇ У ХВОРИХ БЕЗ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ. 11

Карамян Артур Ашотович

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНИХ І ГЕМОДИНАМІЧНИХ ЗМІН НА ПОРУШЕННЯ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТА МІОКАРДУ 12

Шемелько Тарас

ОЦІНКА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕНДОМЕТРІОЗУ У ЖІНОК, ВКЛЮЧЕНИХ У ПРОГРАМУ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 109

Якимчук Ю.Б., Якимчук О.М.

ОСОБЛИВОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ 109

Ярмолюк Марина, Вербицька Єлизавета

РИЗИКИ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З КОЛЬПІТАМИ. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ 109

Khrystyna Mokra

ADDITIONAL REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES - A CHANCE FOR THE DREAM 110

Pravallika Saikam, Anna Rabos

COMPARISON OF THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS IN INDIA AND ISRAEL 110

Шандаровська Н., Петренко Н.

КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК: ФАКТОРІВ РИЗИКУ, МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ОБІЗНАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ 111

Мігай О., Петренко Н.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ТА МЕДИЧНИЙ СУРОВІД ВАГІТНИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ 111

Існюк Наталя

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ ОБСТЕЖЕНОЇ ГРУПИ ЖІНОК З ФІБРОМІОМОЮ МАТКИ ТА ЕНДОКРИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ 112

•Хірургія •Малоінвазивна хірургія •Дитяча хірургія

Сочнева Анастасія Львівна, Карамян Артур Ашотович

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗУВАННЯ ВИБОРУ СПОСОБУ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХУ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ 115

Банадига Андрій

КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ 115

Бабій Ігор, Гурницький Артем, Варчак Галина, Юрчик Дмитро

ДО МЕТОДИКИ ЗАШИВАННЯ АПОНЕВРОЗУ ЗОВНІШНЬОГО КОСОГО М'ЯЗА ЖИВОТА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ 115

Буката Володимир

ЗВ'ЯЗОК СТАНУ МІКРОЦИРКУЛЯЦІЇ І ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА ВПРОДОВЖ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ 116

Буратинський Вадим

НОВІ ПІДХОДИ ДО ВИБОРУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГЕМОРОЙ. 116

Прескуре Віктор, Козловська Ірина

ВПЛИВ ЕЛЕКТРИЧНОГО ПОЛЯ НА БІОПЛІВКОВІ БАКТЕРІЇ, ЩО ВИДІЛЕНІ З ХРОНІЧНИХ РАН 117

Романчук Віктор, Фліківчук Анна

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЯТКОВОЇ КІСТКИ 117

ОПІКОВИХ РАН УСКЛАДНЕНИХ ГНІЙНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ 124

Савчук Н.М.

ЛАЗЕРОІНДУКОВАНА ІНТЕРСТИЦІАЛЬНА ТЕРМОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ВУЗЛОВОГО ЗОБА 124

Русанов Олег

РЕКОНСТРУКЦІЯ ЧЕРЕПА ПРИ ЛОБНІЙ СИНСТОЗНІЙ ПЛАГІОЦЕФАЛІЇ 125

Гюнеш Олег-Беркутай, Данилюк Любомир

НЕСПЕЦИФІЧНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, ЯК ПРЕДИКТОР ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ТРОМБОЗУ 126

Зварич Роман

УЛЬТРАЗВУКОВА ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЯ МЕТОДОМ ЗСУВНОЇ ХВИЛІ У ВИЗНАЧЕННІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ 126

Шкірко Святослав

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАТИВНОСТІ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИХ ІНДЕКСІВ ВАЖКОСТІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ЗА VALTHAZAR ТА MORTELE 127

Марійченко Сергій

РЕЗУЛЬТАТИ ДИСТАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ ЗА КРИТЕРІЯМИ МІЖНАРОДНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ 127

Васючка Тарас

ЛАПАРОСКОПІЧНА ТЕХНОЛОГІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ, ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ТА ПОМИЛКОВОГО ВИКОНАННЯ ВІДКРИТОГО ДОСТУПУ. 128

Бабич Тетяна

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ БІЛІАРНОМУ ПАНКРЕАТИТІ 128

Петрунько Тетяна

АНТИТІЛА ДО РЕЦЕПТОРІВ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРОМОНУ, ТИРЕОПЕРОКСИДАЗИ ТА ГОРМОНАЛЬНА ФУНКЦІЯ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ТИРЕОТОКСИКОЗ 129

Рибалка Ярослав Володимирович

РЕЗУЛЬТАТИ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ В КОМПЛЕКСІ З PRP-ТЕРАПІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ РАН. 129

Бариліук Ольга

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ У ЧОРТ-КІВСЬКІЙ ЦКРЛ ЗА 2014-2017 РІК. 130

•Ортопедія •Травматологія

Zoriana Vivchar, Rostyslav Smorshchok, Volodymyr Smorshchok

ALGORITHM OF PROVIDING MEDICAL AID TO PATIENTS WITH OPEN TIBIA-FIBULA FRACTURES 133

Зоряна Вівчар

АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ІЗ ВІДКРИТИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК ГОМІЛКИ 133

Білоус О.В., Галій З.І.

ВІДКРИТЕ АРТРОДЕЗУВАННЯ ГОМІЛКОВО-СТУПНЕВОГО СУГЛОБА ВІДП'ЯТКОВИМ ЦВЯХОМ

*Матеріали XXI Міжнародного медичного конгресу студентів та молодих вчених –
Тернопіль: Укрмедкнига, 2018, - 370с.*

Комп'ютерний набір та верстка: С.В. Кучер

*К. Галей
О. Косман
М. Сас
О. Мартиняк
М. Бандрівський
Ю. Яриш
В. Палига
О. Пастушина
М. Муцяк
Р. Клос
Р. Боймиструк
А. Мацько
Ю. Вітковський
Г. Прокопишин
О. Ющак
І. Креденсар
І Калька
І. Ястремська
Б. Кушнір
В. Прохорчк*

Підписано до друку 11.04.2018

Формат видання 60x84/8

Папір офсетний № 1. Гарнітура PT Sans. Друк офсетний.

УМ. др. арк. 37,28

Обл.-вид.арк. 38,0

Наклад 60