

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Студентське наукове товариство

МАТЕРІАЛИ
VIII Міжнародної студентської
наукової конференції
«Перший крок в науку—2011»

17–18 березня 2011 року

м. Вінниця

препаратами, здатними створювати високі та стійкі бактерицидні концентрації в жовчі.

О.О. Лукіянець, Р.В. Шавлюк
**Значення форми ободової кишки в розвитку
хронічних колостазів у дітей**

*Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник – к.м.н., ас. В.С. Коноплицький)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Актуальність. Згідно з сучасними даними, колостазми страждають до 50% дорослого населення розвинутих країн та до 20% дітей в загальній популяції. Колостазми як основна скарга зустрічається у 3-5% амбулаторних пацієнтів на прийомі у педіатра та у 25% на прийомі у дитячого гастроентеролога. При цьому у 35% дівчат і 55% хлопчиків колостазми ускладнюються енкопрезом. На сьогоднішній день не існує чітких морфологічних чинників виникнення хронічних колостазів (ХК) у дітей, як вроджених так і набутих. Одним з таких чинників є форма ободової кишки (ОК).

Мета – визначення морфологічних чинників розвитку колостазів.

Об'єкт і методи дослідження. Форми ОК в різні вікові періоди були досліджені нами на основі іригограм 214 дітей з ХК, які знаходились на лікуванні в клініці дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова, 28 з них, з декомпенсованим перебігом захворювання, були прооперовані.

Висновки. 1. Факт домінування «М» форми ободової кишки може розглядатись в якості певного прогностичного критерію виникнення хронічних колостазів у дітей. 2. Визначення показів до методів лікування повинно проводитись з урахуванням форми ободової кишки в динаміці перебігу захворювання та віку дитини.

Д.Ю. Макончук
**Етапне лікування крипторхізму у дітей
з використанням силіконових імплантів яєчок**

*Кафедра дитячої хірургії
(науковий керівник — к.м.н. О.Г. Якименко)
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Актуальність. Крипторхізм зустрічається 1 випадку на 100 хлопчиків. Різноманітність способів оперативних втручань, пов'язаних з подовженням елементів сім'яного канатика, удосконалення методів орхіофіксації, не зменшує кількість незадовільних результатів які складають 8-10% від оперованих хворих.

Мета роботи: Розробка етапного способу хірургічного лікування крипторхізму у дітей з застосуванням силіконових імплантів.

Матеріали і методи. На основі позитивних результатів експериментальних та гістологічних досліджень по вживленню силіконового імпланту в м'які тканини самцям-щуркам, був розроблений спосіб етапного хірургічного втручання крипторхізму. Перший етап втручання включав вживлення яєчкового імпланту в крипторховану мошонку. Використовували пахвинний доступ. Післяопераційний період вівся за звичайною схемою, без призначення антибіотиків. Шви знімали на 7 добу, хворий виписувався до дому, з призначенням контрольного огляду через місяць. Виходячи з експериментальних даних, оптимальним строком для проведення другого етапу оперативного втручання є період від 2 до 3 місяців з моменту імплантації. За цей період утворюється повноцінна сполучнотканинна капсула навколо імпланту. Під час другого етапу оперативного втручання використовувався той ж доступ, видалявся імплант, яєчко низводилось та фіксувалось у створене ложе. Перший етап оперативного втручання виконано у 32 хворих. Другий етап – 17 хворим. 14-ти хворим планується виконання другого етапу. Було одне ускладнення викликане застосуванням мошонкового доступу.

Висновок.

Вживлення силіконового імпланту сприяє збільшенню об'єму крипторхованої мошонки. Формування додаткової оболонки у вигляді сполучнотканинної капсули сприяє більш надійній фіксації яєчка під час орхіопексії без порушень локальної гемодинаміки шарів мошонки. Запропонований спосіб оперативного втручання з приводу крипторхізму є перспективним оскільки

	післяопераційному періоді	160
212.	О.Г. Головатюк, Г.В. Морозова Недостатнє знеболення - як фактор розвитку компартмент синдрому та змін механічних властивостей легень у новонароджених	160
213.	П.В. Гончаренко Використання методів направленої транспорту лікарських препаратів для лікування гострого панкреатиту	161
214.	Ю.В. Грищенко Показники больової чутливості у людей різних вікових груп	162
215.	А.І. Дзьоба, Ю.А. Павицька Роль дивертикулів папілярної ділянки в розвитку холедохолітіазу	162
216.	М.М. Дубравський, В.І. Мойсюк, Р.Х. Фіцев, О.В. Шуляченко, С.С. Захаров, Л.І. Козак Спосіб паліативної біліарної декомпресії при пухлинах воріт печінки	163
217.	А.Ф. Жалба, А.Ф. Столяр Анатомическая вариабельность пузырной артерии	164
218.	А.А. Жернов Методы имплантации экспандеров для растяжения тканей в восстановительной хирургии ожогов	164
219.	А.И. Заин, В.А. Чатковская Применение чрескостного остеосинтеза в лечении переломов костей нижней конечности и их последствий	165
220.	С.С. Захаров, В.І. Мойсюк, М.М. Дубравський, О.В. Шуляченко, Р.Х. Фіцев, Л.І. Козак Спосіб моделювання вторинного біліарного цирозу печінки	166
221.	В.О. Іванова, Д.Г. Гавриченко Стан системи гемостазу у хворих на рак ендометрію в залежності від методів комплексної корекції тромбоеморагічних ускладнень	166
222.	Д.О. Клименко, О.О. Лукіянець Лапароскопічний тренажер	167
223.	А.С. Клімас Аспекти хірургічного лікування хворих з травмою дванадцятипалої кишки	167
224.	Ю.Ю. Королишина Методи лікування тромбозів глибоких вен системи нижньої порожнистої вени	168
225.	А.Ю. Кравчук Лікування періартриту колінного суглобу у пацієнтів старших вікових груп	169
226.	О.О. Ларін Клініка і діагностика хвороби Пертеса у дітей	170
227.	А.С. Леванчук Застосування цитохрому-С в профілактиці прогресування некротичних змін в підшлунковій залозі при гострому деструктивному панкреатиті	170
228.	К.Є. Лохманова Значення бактеріобілії у хворих	171
229.	О.О. Лукіянець, Р.В. Шавлюк Значення форми ободової кишки в розвитку хронічних колостазів у дітей	172
230.	Д.Ю. Макончук Етапне лікування крипторхізму у дітей з використанням силіконових імплантів яєчок	172
231.	О.А. Мельник, І.О. Герін Фармакоеконімічні аспекти лікування гострого панкреатиту	173
232.	Ю.С. Можаровський, Л.В. Зінов'єв, М.Ю. Момонт Рівень емоційного вигорання у лікарів дитячих хірургів	173
233.	В.І. Мойсюк, Р.Х. Фіцев, М.М. Дубравський, О.В. Шуляченко, С.С. Захаров, Л.І. Козак Розробка органозберігаючих втручань в хірургії колото-різаних травм селезінки	174
234.	В.В. Мосьондз Профілактика інфікування вогнищ запальної деструкції при гострому некротичному панкреатиті	174
235.	В.М. Назарян, М.П. Первак, В.Г. Шевченко, П.Т. Мурав'їов Тактика хірургічного лікування кіст підшлункової залози	175
236.	А.А. Неголюк, О.С. Рябоха, Н.М. Гомон, К.О. Паращенко, І.О. Капшук, Д.П. Гончаренко, О.Д. Трилевич, Л.О. Хлоп'юк Стан психоемоційного стресу пацієнтів перед анестезіологічним забезпеченням операцій на матці	176
237.	І.П. Палій Аналіз причин гострого перитоніту	177
238.	П.П. Пан Хірургічна тактика при торако-абдомінальній травмі	177
239.	П.А. Паньова Современная проблема колото-резаных ран туловища и конечностей	178
240.	К.О. Паращенко, В.А. Озимий Порівняльна характеристика деяких підходів забезпечення керованої гіпотонії підчас оперативних втручань в ринохірургії	179
241.	М.П. Первак, В.М. Назарян, П.Т. Мурав'їов Функціональна недостатність підшлункової залози як наслідок хірургічних втручань	179
242.	А.О. Попкова Відеоторакоскопічні хірургічні втручання у лікуванні травм грудної клітки	180
243.	А.О. Попкова Відеоторакоскопічні хірургічні втручання у лікуванні травм грудної клітки	180
244.	О.В. Сенів, К.В. Бердецька Септичний шок у хворих на гнійний пієлонефрит за матеріалами урологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні	181
245.	Б.В. Сидорук Оптимізація програми передопераційної підготовки при лікуванні хворих з розповсюдженням	