

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



Рада молодих вчених

МАТЕРІАЛИ
IV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ



17-18 травня 2013 року
м. Вінниця

3. The algorithm differential diagnosis of infiltrative ductal and medullary breast cancer makes it highly likely qualified to do histology conclusion;
4. The evaluation of the significance of the expression of estrogen receptor, progesterone, HER-2/neu, p53 and Ki- helps to differentiate infiltrative ductal and medullary breast cancer.

Рубленко А.М., Сенів О.В.

МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ

*Кафедра травматології та ортопедії
Науковий керівник – проф. В.О. Фіщенко
Вінницький національний медичний*

університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця, Україна

Останнім часом все більше уваги приділяється дослідженню використання ЗТП, що містить ряд ростових факторів, для оптимізації репаративних та регенеративних процесів при ряді патологічних процесів.

Мета роботи: Вивчити ефективність використання ЗТП для стимуляції репаративної регенерації кісткової тканини.

Матеріали та методи: Експеримент виконано на 18 дорослих кролях, масою 3,5 – 4,0 кг., які були розподілені на дві дослідні групи (контроль №1 і дослідницька № 2) по 9 тварин у кожній. Всім тваринам у проксимальній третині променевої кістки формувалась однотипова травма – дірчастий дефект (d = 2 мм). У тварин контрольної групи обмежувались тільки проведенням каналу, а в групі № 2 виконувалось додатково введення ЗТП в місце дефекту, після чого рана зашивалась. ЗТП отримували в стерильних умовах шляхом центрифугування взятої із вушної вени 10 мл. крові. Вибір параметрів центрифугування крові здійснювався на основі рекомендаціям AABB (American Association of Blood Banks) та FDA (U.S. Food and Drug Administration).

Гістологічне дослідження проводилось на 14, 28 та 42 доба після хірургічно втручання. На кожний термін спостереження було взято по 3 тварини з кожної групи. Гістологічні зрізи отримували у горизонтальній площині через центр дірчастого дефекту, після чого фарбували барвником гематоксиліном та еозинном, а також пікрофуксином.

При гістологічному дослідженні відмічалось швидше заповнення та перебудова тканин в зоні дефекту в дослідній групі. В структурі регенерату в дослідній групі на 14, 28, 42 добу відмічалось переважання кісткових балок нової кісткової тканини. В той же час в контрольній групі в цей час переважали хрящові елементи в тканинному регенераті.

Висновки: Аналіз існуючих протоколів та публікації дозволили розробити оптимальний алгоритм для отримання ЗТП. На підставі отриманих гістологічних результатів встановлено що ЗТП сприяє збільшенню площі кісткового регенерату та прискорює диференціювання остеогенних клітин у порівнянні з контролем. Отримані результати дослідження потребують подальшого більш глибокого вивчення з метою використання ЗТП в лікуванні хворих з

переломами та розладами репаративної регенерації кісток.

Сасюк А.І.

СПОСІБ НЕРЕЗЕКЦІЙНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ КІЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ

Кафедра хірургії дитячого віку

Науковий керівник – к.мед.н., доцент Є.С.Лойко

Вінницький національний медичний

університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця, Україна

Актуальність роботи визначається зростаючою частотою (8-22% усіх деформацій грудної клітки у дітей), функціональними змінами і супутніми захворюваннями на рівні основних систем зростаючого організму, а також косметичними та соціально-психологічними проблемами не лише підліткового віку, але і у дорослих.

Збірний аналіз (В.О. Тимошенко, 1995) застосування класичних оперативних втручань за 30 років, їх чисельних модифікацій та удосконалень за останні 20 років (А.Ю. Разумовський зі співавт., 2008; 2011) засвідчив високу травматичність резекційних методів оперативного лікування вродженої кілеподібної деформації грудної клітки (ВКДГК) у дітей, важкість післяопераційного періоду, його ускладнень (12,8%-31% випадків) та рецидивів (7,05%-15% дітей). Останні в 3%-10% випадків потребували повторних операцій в дитячому віці.

Метою наукової роботи було покращення результатів хірургічного лікування дітей з вродженою кілеподібною деформацією грудної клітки, шляхом застосування нерезекційного малоінвазивного способу передньої пластики грудної клітки.

Матеріали і методи. Нами обстежені 54 пацієнти з ВКДГК віком від 1 до 18 років. Перший ступінь діагностовано у 6 дітей, другий у 20 дітей, третій ступінь у 28 хворих. Дітям було проведено традиційне комплексне лабораторно-інструментальне обстеження з консультаціями суміжних спеціалістів, за показами – комп'ютерна томографія. Хворі з I та II ступенем деформації лікувались консервативно.

Обговорення результатів. В 2010-2012 нами проведено 20 операцій хворим з ВКДГК II-III ступенів. Контрольна група з використанням резекційних методик (4 випадки). У половини дітей отримані задовільні результати, повторна операція не проводилася. Малоінвазивний спосіб передньої пластики виконувався за косметичними, функціональними, естетичними та психологічними показами, шляхом біаксілярного (середньоаксілярного) надгрудинно-реберного проведення індивідуально підбраної двокомпонентної металеві пластини власної конструкції, краї якої фіксувалися металевими лігатурами до двох ребер з кожної сторони. У 12 хворих деформація усунена за даною методикою однією пластиною (у двох дітей – двома пластинами). У 4 дітей застосована комбінована методика з постановкою металеві пластини. У 16 хворих основної групи деформація повністю усунена, результат відмінний у 15 дітей, у однієї дитини – хороший. На даний момент металеві пластини видалені у 8-ми дітей з катамнезом від 2 до 24 місяців.

Висновки:

1. Малоінвазивний спосіб передньої пластики оперативної корекції ВКДГК у дітей несе в собі ряд суттєвих переваг у порівнянні з резекційними методиками: не передбачає мобілізації за грудинного простору, резекції частин грудинно-реберного комплексу та грудинно-діафрагмальної зв'язки, не потребує переливання препаратів крові, зменшує травматичність операції, загальну тривалість інтубаційного наркозу, вираженість больового синдрому, інтенсивність післяопераційного лікування.
2. Головною умовою виконання не резекційного малоінвазивного способу передньої пластики у дітей при ВКДГК II-III ступенів є мобільність грудинно-хрящового комплексу передньої грудної стінки.
3. Ранній післяопераційний масаж ділянки пластини та парапластинного простору в комбінації з субаксілярним дренажуванням м'яких тканин є запорукою швидкої організації фіброзної капсули навколо пластини, профілактики передніх надгрудинно-реберних сером і нагноєнь ран.
4. Застосування даної операції передбачає виписку дітей зі стаціонару на 4-7 добу, заняття плаванням, ранню соціальну реабілітацію на 3-8-му тижні, а також заняття спортом з 4-6 місяця, профілактику прогресування диспластичного сколіозу або зменшення кута його деформації.

Семененко Н.В.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

*Кафедра ендокринології з курсом ПО
Науковий керівник – к.м.н. Чернوبرова О.І.
Вінницький національний медичний
університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця, Україна*

Клімактеричний синдром – симптомокомплекс, що розвивається в період вікового згасання функції репродуктивної системи жінки та характеризується нейровегетативними, обмінно-ендокринними, психоемоційними порушеннями. Виділяють три основних періоди – пременопаузу, менопаузу та постменопаузу. Пременопауза – період від моменту початку порушення менструального циклу до повного припинення менструацій. Менопауза – починається від часу останньої менструації і триває протягом року. Постменопауза поділяється на ранню – від 1 року до 5 після закінчення менструацій, та пізню – починається після більш як 5 років.

Мета дослідження – дослідити вираженість нейровегетативних, обмінних та дистрофічних проявів клімактеричного синдрому в різних періодах у жінок, хворих на цукровий діабет 2 типу.

Зміст дослідження: Опитано 78 жінок, хворих на цукровий діабет 2 типу, віком від 42 до 59 років (середній вік $53 \pm 2,56$), які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичних відділеннях №1 та №2 ВОКЕД в період з листопада 2012 по березень 2013 року. Реєстрували наявність клінічних симптомів у відсотках. Легким ступенем нейровегетативного синдрому вважали кількість приливів до 10 на добу, середнім ступенем – від 10 до 20 на добу, важким ступенем – від 20 на добу.

Нейровегетативний синдром оцінювали за індексом Купермана.

В пременопаузальному періоді знаходилось 14 жінок (18%), в менопаузі – 26 жінок (33,3%), в ранньому постменопаузальному періоді – 24 жінки (30,7%), в пізньому постменопаузальному – 14 (18%). Штучний клімакс наявний у 20 опитуваних (25,6%), фізіологічний – у 58 (74,3%). В пременопаузальному періоді максимальну вираженість мали нейровегетативні розлади (100% опитаних), а саме – припливи у 100%, переважно легкого та середнього ступеня; нічна пітливість у 78,6%, головний біль у 57,1%, серцебиття у 35,7%, підвищена втомлюваність у 85,7%, зниження лібідо у 71,4%. Індекс Купермана склав $10,00 \pm 1,75$ балів, та був достовірно вищим ($p < 0,05$), ніж в менопаузі та ранній постменопаузі. З порушень менструального циклу виявлено гіперполіменорею у 57,1%; опсоолігоменорею – у 42,9%. В менопаузі вираженість вазомоторних симптомів знижувалась (61,5%), але вони ще стійкі (індекс Купермана склав $7,65 \pm 2,27$ балів), припливи переважно середнього ступеня. У 42,3% опитаних наявні коливання артеріального тиску по типу гіпертензивних кризів. З'являються ознаки урогенітальної атрофії (38,4%), а саме – сухість (38,4%) та свербіж в зоні статевих органів (34,6%).

В ранній постменопаузі регресують вазомоторні прояви (29%, переважно легкого ступеня, індекс Купермана – $6,50 \pm 0,76$ балів), а до урогенітальних (62,5%) додаються ознаки сухості шкіри (62,5%), зниження її еластичності (70%), зморшки (66%). У 58,3% виявлено переломи від мінімального травмування внаслідок остеопорозу. В пізній постменопаузі у 85,7 % наявна ішемічна хвороба серця, у 64,2 % – остеопороз, в.т.ч. патологічні переломи – 57,1%; дементний синдром по типу енцефалопатії – у 71,4%. З 78 опитаних жінок лише 37,1 % застосовували препарати для корекції клімактеричних проявів.

Висновки: В пременопаузальному періоді у жінок, хворих на цукровий діабет 2 типу, переважали нейровегетативні прояви (спостерігались у 100% опитаних, індекс Купермана був достовірно найвищим ($10 \pm 1,75$ балів)). В менопаузі вираженість нейровегетативних ознак зменшується (61,5%, індекс Купермана – $7,65 \pm 2,27$ балів), з'являються ознаки урогенітальної атрофії (38,4 %). В ранній постменопаузі нейровегетативні прояви регресують (50%, індекс Купермана – $6,52 \pm 0,76$), з'являються атрофічні зміни шкіри (70%), урогенітальна атрофія прогресує (66,6%). У пізній постменопаузі виявлено ішемічну хворобу серця у 85,7% жінок; ознаки деменції у 71,4%, остеопороз – у 64,2%.

Сивокоровська А.С., Навчук Д.І.

ВИПАДОК АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СУДИН ПУПОВИНИ

У ДЕСЯТИМІСЯЧНОГО ПЛОДА

Кафедра патоморфології

Науковий керівник – д. мед. н. І.Ю. Олійник

*Буковинський державний медичний університет
м. Чернівці, Україна*

Із наукових джерел літератури відомо, що однією з головних проблем сучасної медицини є зниження

	ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ	91
79	Ремінна І.І. ВНУТРІШНЬОЛІКАРНЯНЕ ІНФІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ВІДПЛЕННІ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ	92
80	Римарчук О.М. ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МОЖЛИВИХ ЗАГАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ МІСЦЕВОЇ АНЕСТЕЗІЇ	93
80	Римша О.В., Гончар О.О. ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УРЕТРАЛЬНИХ КАТЕТЕРІВ З ПРОТИМІКРОБНИМ ПОКРИТТЯМ	93
81	Романенко В.Р. КОНЦЕНТРАЦІЯ АНТИТЕЛ К ТИРЕОПЕРОКСИДАЗЕ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ І ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАННЯХ ЩИТОВИДНОЇ ЖЕЛЕЗИ	94
82	Романчук В.Д. ВИРАЗКОВО-ЕРОЗИВНІ УРАЖЕННЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ УСКЛАДНЕННІ ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВЖИВАННЯ УЛЬЦЕРОГЕННИХ ПРЕПАРАТІВ	95
82	Романчук К.Ю. ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ТА ЇЇ ПРОГНОЗУВАННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	95
83	Romanjuk Sofia, Yurchenko Oleksandr MORPHOLOGICAL SIGNS OF THE DUCTAL INFILTRATIVE CANCER AND MEDULLARY BREAST CANCER	96
84	Рубленко А.М., Сенів О.В. МЕТОДИКА ВИКОРИСТАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦІЇ РЕПАРАТИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ	97
84	Сасюк А.І. СПОСІБ НЕРЕЗЕКЦІЙНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОЇ КІЛЕПОДІБНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ У ДІТЕЙ	97
85	Семененко Н.В. КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИЙ АНАЛІЗ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	98
85	Сивокоровська А.С., Навчук Д.І. ВИПАДОК АНОМАЛІЇ РОЗВИТКУ СУДИН ПУПОВИНИ У ДЕСЯТИМІСЯЧНОГО ПЛОДА	98
85	Сідлецька О.В. ОПТИМІЗАЦІЯ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	99
85	Скорук А.Г. НЕТИПОВА ФОРМА ЗАГРУДНИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЛОДА СЕМИ МІСЯЦІВ	100
87	Слепнева Е. М. РЕГИСТР ПАЦІЕНТОВ С САХАРНИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПА І ХСН: ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ І НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕННІ	100
87	Слівінська-Курчак Х.Б. РІВНІ ІЛ 6, ІЛ 8, ІЛ 10 У НОВОНАРОДЖЕНИХ НА ШТУЧНІЙ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ	101
88	Слободянюк Д.П. ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ, ЩО ВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЬНІ НАПОЇ	102
89	Слободянюк Л.В., Родінкова В.В., Мотрук І.І., Мазур О.І., Кременська Л.В. ОСОБЛИВОСТІ СЕЗОННОГО ТА ДОБОВОГО РОЗПОДЛУ ПИЛКУ CORYLUS У ПОВІТРІ М.ВІННИЦЬ	102
89	Смігоха О.А. МОРФОЛОГІЯ ЯЄЧКА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ З ПРИВОДУ ВАРИКОЦЕЛЕ	103
89	Стахов В.В. МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНВАГНАЦІЇ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ	103
89	Стоян Н.В. ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНОСТІ СТУДЕНТІВ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ	104
89	Сухонос Н.К. ЗНАЧЕННЯ ФНП-α ТА ІЛ-6 У ХВОРИХ НА ВІБРАЦІЙНУ ХВОРОБУ; ПОЄДНАНУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ	105