

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

МАТЕРІАЛИ
XIV Міжнародної наукової конференції
студентів та молодих вчених
«Перший крок в науку—2017»

26–28 квітня 2017 року
м. Вінниця, Україна

УДК: 005.745:001"2017"

Друкується відповідно до рішення Вченої Ради Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Головний редактор – академік Національної академії медичних наук України,
проф. В.М. Мороз

Заступник головного редактора – проф. О.В. Власенко
проф. Н.І. Волощук

Відповідальні секретарі – Т.В. Секрет,
Н.А. Верба

Члени редакційної колегії: Т.Ю. Повshedна, О.О. Токарчук, О.О. Білик,
В.Ю. Дорожинська, Ю.О. Василець, Ю.В. Гуцуляк
К.С. Волков, О.С. Лемешов, А.М. Паньків, Л.А. Тереховська Т.М. Шандро, А.В. Ваколюк,
М.М. Гурін, В.О. Пашинський, А.П. Гунько, Т.Л. Домбровська

У збірнику розміщені матеріали XIII Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку – 2017»

За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори

Підписано до друку 18.04.2017
Формат 64x90/8. Папір офсетний.
Друк різнографічний. Гарнітура Times New Roman.
Умов. друк. арк. 73,0. Обл.-вид. арк. 67,89.
Наклад 170 прим. Зам. № 2327/1.

Віддруковано з оригіналів замовника.
ФОП Корзун Д.Ю.
21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.
Тел.: (0432) 603-000, 69-67-69.

препаратами кальцію. Пацієнти контрольної групи (5 чол) отримували препарати кальцію. Для оцінки мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) застосовувалася двофотонна рентгенівська денситометрія (DEXA) до прийому золедронові кислоти, через 3 та 6 місяців після застосування препарату.

Результати: Після одноразового введення золедронові кислоти в дозі 4 мг у 3 пацієнтів вже через 3 місяці спостерігалось збільшення МЩКТ на 4,2%, у 5 пацієнтів зростання МЩКТ на 4,7% спостерігалось через 6 міс після прийому препарату. У 2 пацієнтів основної групи МЩКТ впродовж 6 міс залишилася незмінною. Впродовж терміну спостереження в основній групі нових переломів тіл хребців не спостерігалось. Що стосується контрольної групи, то у всіх пацієнтів спостерігалось вірогідне зниження МЩКТ (4,8%). В групі контролю за 6 міс у 3 пацієнтів виникли нові переломи тіл хребців. Серед пацієнтів основної групи у 4 осіб спостерігалися побічні ефекти препарату у вигляді помірних грипоподібних явищ.

Висновки: золедроніва кислота розглядається сьогодні як ефективний метод лікування остеопорозу хребта різного генезу як у жінок, так і у чоловіків. Зниження ризику повторних переломів при застосуванні золедронові кислоти досягається шляхом стабілізації МЩКТ в хребті і трабекулярних ділянках інших кісток. Виражена кісткопротективна здатність препарату в поєднанні з його хорошою переносимістю, висока прихильність до терапії висуває золедронову кислоту в ряд найбільш ефективних препаратів, що застосовуються в лікуванні остеопоротичних переломів тіл хребців.

О.О. Лукіянець, В.В. Мартюк

СТАН ТА ФУНКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ КУПРИКА

Кафедра дитячої хірургії

В.С. Коноплицький (д. мед. н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: провідним симптомом при травмі куприка є стійкий больовий синдром, а також порушення акту дефекації, так як до куприка прикріплюються м'язи та зв'язки, які приймають участь в функціонуванні дистальних відділів товстої кишки. М'язи діафрагми тазу формують м'яз підйімач відхідника, а відхідниково-куприкова зв'язка (ВКЗ) влітається в волокна сфінктера прямої кишки (ПК).

Мета: визначення функціональних порушень ВКЗ при травматичних пошкодженнях куприка та після його видалення.

Матеріали і методи дослідження: аналізу підлягали 30 МКСХ, які знаходились на обстеженні та лікуванні в клініці дитячої хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова в період з 2008 по 2016 р.р. Всім хворим проведено зовнішній огляд, пальпація крижово-куприкової ділянки, пальцьове дослідження ПК, ректороманоскопія, консультації невролога, гінеколога, уролога, рентгенологічне дослідження куприка в боковій проекції, при необхідності СКТ.

Результати: Серед пацієнтів переважали дівчата – 46 (92,0%). Середній вік пацієнтів – 14.0±1.0 р. При рентгенологічному дослідженні дистальних відділів хребта ануляція куприка у хворих була меншою норми і складала 116,1±3,1° проти 150,6±3,7° в нормі, що в свою чергу свідчило про ослаблення пружності ВКЗ та зміну аноректального кута (АРК). Провідною скаргою була кокцигодинія, яка посилювалась в сидячому положенні, у 20 (40.0%) мала іррадіацію в попереково-крижовий відділ та у 8 (16.0%) в нижні кінцівки, порушення акту дефекації у 12 (24.0%) пацієнтів в термін спостереження до 2-х років після отримання травми. Видалення куприка, було проведено у 15 (30,0%) дітей. В післяопераційному періоді 9 (60.0%) дітей скаржились на утруднений та тривалий акт дефекації, що не приносив відчуття повного спорожнення ПК, а у 4 (26.66%), в термін від 6 місяців до 1 року після оперативного втручання, відмічались явища енкопрезу I - II ст. Для корекції запропоновано спосіб відновлення функціональної здатності ВКЗ : після ретроградного видалення куприка з оточуючими тканинами, виділений куприковий кінець ВКЗ шляхом накладання двох "П" - подібних швів фіксували до латеральних відділів V крижового хребця в проекції крижово-куприкового з'єднання для корекції АРК.

Пластика ВКЗ за запропонованим способом виконана у 15 хворих. На оглядах в термін до 3-х місяців після операції скарги на порушення акту дефекації, енкопорез – відсутні.

Висновки: 1. У дітей з травматичним ушкодженням куприка в більшості випадків (90.0%), за рахунок зменшення його ануляції та збільшення величини АРК формуються стійкі порушення функції ВКЗ. 2. Відновлення фіксації з'єднання ВКЗ з куприком після її інтраопераційної руйнації дозволяє створити умови для її фізіологічного функціонування, що в свою чергу сприяє профілактиці порушень акту дефекації.