

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

**МАТЕРІАЛИ**  
**XVIII Наукова конференція студентів та молодих вчених**  
**«Перший крок в науку — 2021»**

**15-17 квітня 2021 року**  
**м. Вінниця**

УДК: 061.3:001:616-053.82+378.22

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.

**Заступники головного редактора** – проф. О. В. Власенко, проф. Н. І. Волощук.

**Відповідальні секретарі** – О. А. Філевич, Н. М. Назарчук.

**Члени редакційної колегії:** О. Г. Басінських, В. В. Ковальчук, К. О. Кошова, А. О. Кудало, Н. М. Назарчук, Д. О. Пермінов, А. О. Петренко, О. М. Плавков, О. І. Сушицька, С. С. Ткачук, Н. В. Толочко, О. А. Філевич

*У збірнику розміщені матеріали XVIII Наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку – 2021»*

*За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори*

Підписано до друку 25.03.2021  
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

голівці статевого члена, препуціуму. Шкіра члена та калитки гіперемована, набрякла, швидко наступає некроз шкіри. В аналізі крові різко виражений лейкоцитоз, токсична зернистість нейтрофілів, лімфопенія, анемія. Рентгенографія ураженої ділянки може виявити наявність газу в глибині м'яких тканин. УЗД використовується для пошуку газу і рідини в глибоких, недоступних для пальпації тканинах, оцінки кровотоку, стану ячок. Отримані дані дають підставу для екстреного хірургічного лікування в комбінації з дезінтоксикаційною і антибактеріальною терапією, ранньою гіпербаричною оксигенацією. Оперативне втручання проводиться під загальним знеболенням. Виконують розсічення тканин, проводять ревізію стану глибоких тканин для підтвердження діагнозу. Як тільки діагноз встановлений, всі некротичні тканини мають бути висічені, рани широко розкриті, проведена ревізія глибоких просторів. Зразок висічених тканин відправляють для бактеріологічних і гістологічних досліджень. Ряд авторів рекомендує виконувати радикальне висічення тканин з електрокоагуляцією для зменшення об'єму крововтрати. Висока вірогідність повторних операцій. При позитивному перебігу хвороби у майбутньому пацієнту не виключені оперативні втручання з відновлювальною метою. Середній ліжко-день для даної групи пацієнтів складає 73,6 дня. Летальність коливається від 4 до 54% в залежності від термінів початку лікування.

**Висновки:** Отже, лікування ГФ може виявитись непростим завданням, що вимагає залучення фахівців з гнійної, пластичної хірургії, реаніматологів, клінічних фармакологів, терапевтів. Лікування таких пацієнтів є багатоплановим, в залежності від стадії захворювання і важкості стану хворого, воно включає застосування різних хірургічних і терапевтичних методик. З результатів досліджень, позитивна динаміка спостерігається при правильному виборі заходів, що уточнюються в кожному конкретному випадку та залежать від обсягу та характеру ураження м'яких тканин, фази ранового процесу, наявності ускладнень та супутніх захворювань.

В.Л. Павленко, Б.Л. Павленко

## **СТОРОННІ ТІЛА СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ – ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ**

Кафедра дитячої хірургії

А.І. Сасюк (к.мед.н., асистент)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

**Актуальність.** Випадкове або навмисне потрапляння сторонніх тіл до стравоходу є актуальною проблемою на сьогоднішній день. За даними зарубіжних авторів середній вік пацієнтів із сторонніми тілами стравоходу складає 3,2 роки; сторонні тіла стравоходу найчастіше виявляються на рівні першого фізіологічного звуження – 68%, між першим і другим – 21%, на рівні другого – 3,5%, нижче другого – 7,5%. Всі предмети, які потрапляють до стравоходу можуть бути розділені на гострі або ріжучі предмети, які часто травмують слизову оболонку і можуть викликати запальний процес або такі предмети, які мають гладку поверхню і тільки закривають просвіт стравоходу.

**Мета.** Аналіз інформації щодо поширеності та ускладнень випадків сторонніх тіл стравоходу за останні дев'ять років у КНП ВОДКЛ ВОР.

**Матеріали та методи.** Для вивчення даної патології було проаналізовано медичні карти стаціонарних хворих, що перебували у КНП ВОДКЛ ВОР з діагнозом стороннє тіло стравоходу за період з 2012 до 2021 року. За цей період на стаціонарному лікуванні перебували 78 дітей. З них хлопчиків – 51 (65,3%), дівчаток – 27 (34,7%). Від 1 до 3 років було 50 (64,1%) дітей, від 4 до 7 років – 21 (26,9%), від 8 до 12 років – 4 (5,2%) дитини та від 13 до 18 років – 3 (3,8%) дитини.

Серед видалених сторонніх тіл стравоходу переважну більшість склали монети – 57,5%, фрагменти тваринних кісток – 17,8%, батарейки – 4,1%, решта (20,6%) сторонніх тіл це різні предмети побуту, до яких дитина могла мати вільний доступ. Усі сторонні тіла були

успішно видаленні під час езофагоскопії. Всього було діагностовано 37 ускладнень, з них найчастіше ускладнення це езофагіти різних морфологічних типів – 31 (83,8%), електрохімічні опіки внаслідок проковтування батарейки – 3 (8,1%), пролежні стравоходу – 2 (5,4%) та реактивний медіастиніт - 1 (2,7%).

**Результати.** Переважна кількість дітей з сторонніми тілами стравоходу потрапили в стаціонар внаслідок недостатнього нагляду з боку батьків та можливості вільного доступу до різноманітних мілких речей побуту. Клінічна картина дітей з сторонніми тілами залежала від типу стороннього тіла, його розмірів, а також терміну госпіталізації.

**Висновки.** Забезпечення умов при яких діти не будуть мати доступу мілких речей побуту та постійний нагляд за дітьми дозволяє запобігти або знизити до мінімального рівня ризик випадкового проковтування різних предметів. Швидка діагностика, госпіталізація та лікування пацієнтів дозволяє запобігти або знизити ризик появи різноманітних ускладнень, таких як езофагіти, пролежні, медіастиніти.

Б. Л. Павленко, В.Л. Павленко

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії

Якименко О. Г. (к.мед.наук, доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Гострий гематогенний остеомієліт (ГГО) - гнійно-запальне захворювання кісткового мозку, що поширюється на губчасту та компактну речовину кістки, окістя та м'які тканини з враженням росткової зони і епіфізу у дітей раннього віку. Незважаючи на те, що останніми роками спостерігається зменшення кількості випадків захворювання на дану патологію, особливості перебігу захворювання його клінічні форми залишаються актуальними через небезпеку пізньої діагностики і лікування та загрози інвалідизації.

**Мета:** Об'єктивізація динаміки клінічних форм ГГО у співвідношенні до захворюваності, серед дітей різних вікових груп, що проживали на території Вінницької області за останні 29 років.

**Матеріали та методи:** Ретроспективний аналіз 1062 медичних карт стаціонарних хворих з ГГО з 1992-го по 2020-й рік у КНП ВОДКЛ ВОР. Усіх хворі були поділені на групи: 1992 – 2005 роки та 2006 – 2020 роки; діти віком до вісімнадцяти років та діти віком до одного року. В дослідженні використовувалися дані інформаційно-аналітичного центру медичної статистики Вінницької області, а також результати нашого попереднього дослідження «Динаміка захворюваності на гострий гематогенний остеомієліт у дітей» (Перший крок в науку – 2020). В роботі застосовувалась класифікація клінічних форм ГГО Т.П. Краснобаєва. (1925): місцево-вогнищева (М), септикопіємічна (СП) і токсикосептична (ТС) форми.

**Результати:** Під час дослідження клінічних форм ГГО дітей до вісімнадцяти років в групі 1992 – 2005рр виявлено 668 хворих з наступними формами захворювання - М – 449 (67,3%), СП – 210 (31,4%), ТС – 9 (1,3%); серед хворих в період 2006 – 2020 - 394 хворих, з клінічними формами: М – 342 (86,8%), СП – 49 (12,4%), ТС – 3 (0,8%). Під час дослідження клінічних форм ГГО дітей віком до одного року в групі 1992 – 2005рр виявлено 74 хворих, клінічні форми: М – 27 (36,5%), СП – 44 (59,5%), ТС – 3 (4%); серед дітей в групі 2006 – 2020рр виявлено 66 хворих з такими клінічними формами: М – 53 (80,3%), СП – 12 (18,2%), ТС – 1 (1,5%).

**Висновки:** Аналіз зустрічаємості ГГО в групі дітей до вісімнадцяти років показав, що рівень захворюваності на ГГО має схильність до зниження ( $p < 0,001$ ), тоді як в другій групі дітей до одного року цей рівень захворюваності має імовірну схильність до зростання ( $p < 0,05$ ). Аналіз клінічних форм ГГО свідчить про те, що у дітей до

<b>Б.Л.Мельник АНАТОМО-МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИНИКНЕННЯ БОЛЬОВОГО ЕФЕКТУ ПРИ ПАТОЛОГІЧНИХ ВИКРИВЛЕННЯХ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА .....</b>	<b>401</b>
<b>А.В. Мисан СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ХВОРОБУ МЕНЬЄРА .....</b>	<b>402</b>
<b>Я.І. Міщенко, Є.К. Белік, А.В. Сівак КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ КЕРАТОКОН'ЮНКТИВІТІВ, СПРИЧИНЕНИХ ВІРУСОМ КОРУ .....</b>	<b>403</b>
<b>В.В. Мороз, Д.О.Кузнецова ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: КРИСТАЛІЧНІ АРТРОПАТІЇ-ПОДАГРА .....</b>	<b>404</b>
<b>О.П. Некрашук, Я.В. Стойка ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГЛАУКОМИ, ОБУМОВЛЕНОЇ ГЕНЕТИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ .....</b>	<b>405</b>
<b>А.В. Нецеля ПЛАСТИКА ВІДХІДНИКОВО-КУПРИКОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМІ КУПРИКА ЯК ОСНОВНИЙ ЧИННИК У БОРОТЬБІ З ПОРУШЕННЯ ДЕФЕКАЦІЇ.....</b>	<b>406</b>
<b>М. О. Ніколаєнко ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ІМПЛАНТАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ.....</b>	<b>407</b>
<b>А.К. Носаль СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....</b>	<b>408</b>
<b>Ю.Р. Оксененко, К.В. Братчук ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ПЕРИПАНКРЕАТИЧНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ .....</b>	<b>409</b>
<b>М.Г. Охріменко ПОРІВНЯННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ З ВИКОРИСТАННЯ АНТИКОАГУЛЯНТІВ ДЛЯ ТРОМБОПРОФІЛАКТИКИ У ПАЦІЄНТІВ З COVID-19 .....</b>	<b>409</b>
<b>П.В. Далекій, А.М. Дуник, А.М. Ошарова, Е.В. Товмасян, Т.В. Шевчук СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ І КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГАНГРЕНИ ФУРНЬЄ.....</b>	<b>410</b>
<b>В.Л. Павленко, Б.Л. Павленко СТОРОННІ ТІЛА СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ – ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ .....</b>	<b>411</b>
<b>Б. Л. Павленко, В.Л. Павленко ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ .....</b>	<b>412</b>
<b>Д. О. Пермінов РОЗВИТОК ОРГАННОЇ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ В УКРАЇНІ У 2021 РОЦІ.....</b>	<b>413</b>
<b>В.С. Петренко, І.А. Лозова ОЦІНКА ВПЛИВУ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА КАФЕДРИ ХІРУРГІЇ №1.....</b>	<b>414</b>
<b>М.О. Пісна, М.М. Гурбич ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ПУХЛИНИ КЛАЦКІНА В ХІРУРГІЧНОМУ ВІДДІЛЕННІ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ М.ВІННИЦІ .....</b>	<b>415</b>
<b>О. М. Плавков КРОВОЗАМІНИКИ, ЯКІ МАЮТЬ ГАЗОТРАНСПОРТНУ ФУНКЦІЮ .....</b>	<b>416</b>
<b>Р.І. Плюшко АБДОМІНАЛЬНИЙ КОМПАРТМЕНТ – СИНДРОМ.....</b>	<b>417</b>
<b>Р.С.Погорілий СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ТРОМБОЗОМ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНИХ СУДИН .....</b>	<b>417</b>
<b>Ю.В. Потапова СИСТЕМНА МУЛЬТИМОДАЛЬНА АНАЛГЕЗІЯ ЯК ВИБІР ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ.....</b>	<b>418</b>