

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

28

МАТЕРІАЛИ
XIII
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ
„НАУКОВИЙ ПОТЕНЦІАЛ МОЛОДІ –
ПРОГРЕС МЕДИЦИНИ
МАЙБУТНЬОГО”
22 – 25 КВІТНЯ 2015 р.

УЖГОРОД 2015
УКРАЇНА

11. ЧАСТОТА І ПРИЧИНИ ІНТРАДІАЛІЗНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ГЕМОДІАЛІЗІ
INCIDENCE RATE AND CAUSES OF INTRADIALYSIS ARTERIAL HYPOTENSION IN PATIENTS UNDER HAEMODIALYSIS

Максименко О.С.

*Науковий керівник: к.мед.н. Могильник Антон Ігорович
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"
Курс анестезіології та інтенсивної терапії
м. Полтава, Україна*

12. ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТЯЖКОГО СЕПСИСУ ЗА РІВНЕМ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ
PROGNOSIS OF SEVERE SEPSIS BY LEVEL OF MEAN MASS MOLECULAS

Максимчук Н.О.

*Науковий керівник: д.м.н., проф. Коновчук В.М.
Буковинський державний медичний університет
Кафедра анестезіології та реанімації
м. Чернівці, Україна*

13. ЗНАЧЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕТРОГРАДНОЇ ХОЛАНГІОНАНКРЕАТОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО БІЛЯРНОГО ПАНКРЕАТИТУ
ROLE OF MAGNETIC RESONANCE TOMOGRAPHY AND ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN DIAGNOSTICS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Малиборська С.В.

*Науковий керівник: д.м.н. проф. Василюк С.М.
Медичний факультет ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра загальної хірургії №1
м. Івано-Франківськ, Україна*

14. ВИКОРИСТАННЯ ЕЛЕКТРИЧНОГО ПОЛЯ ПОСТІЙНОГО СТРУМУ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГІГІЄНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ВИСІЧЕННЯ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КУПРИКОВИХ ХОДІВ
USE OF ELECTRIC FIELD DIRECT CURRENT FOR PROPHYLAXIS OF PURULENT COMPLICATIONS AFTER RADICAL EXCISION OF EPITHELIAL COCCYGEAL PASSAGES

Марічук М.С.

*Науковий керівник: к.мед.н. Русак О.Б.
Буковинський державний медичний університет
Кафедра хірургії та урології
м. Чернівці, Україна*

15. НЕЙРОФІБРОМАТОЗ І ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО КІСТКОВИХ ПРОЯВІВ
NEUROFIBROMATOSIS I. FEATURES OF BONE'S MANIFESTATIONS

Мисліборська Я.В.

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Сулима В.С.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
Кафедра травматології та ортопедії
м. Івано-Франківськ, Україна*

16. ІНТРАТЕКАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ КЛОНІДІНУ ПРИ СПІНАЛЬНІЙ АНЕСТЕЗІЇ
INTRATHECAL USE CLONIDINE IN SPINAL ANESTHESIA

Могильник А.І.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Курс анестезіології та інтенсивної терапії
м. Полтава*

15. НЕЙРОФІБРОМАТОЗ І. ОСОБЛИВОСТІ ЙОГО КІСТКОВИХ ПРОЯВІВ NEUROFIBROMATOSIS I. FEATURES OF BONE'S MANIFESTATIONS

Мислиборська Л.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Судьма В.С.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра травматології та ортопедії

м.Івано-Франківськ, Україна

Вступ. Виділяють Нейрофіброматоз I (NF-1) та Нейрофіброматоз II (NF-2) типів. Їх відмінність полягає у розбіжності генів, відповідальних за виникнення різних типів захворювання. Ген NF-1, відповідальний за виникнення класичної хвороби Реклінгхаузена, локалізований у 17, а ген NF-2 – у 22 хромосомі.

Більшість лікарів протягом своєї професійної діяльності спостерігають тільки одного чи двох хворих на нейрофіброматоз, що суттєво ускладнює діагностику та лікування. Недостатня поінформованість лікарів з питань особливостей перебігу та тактики лікування хворих на нейрофіброматоз часто призводить до вибору невірної лікувальної тактики, виникнення функціональних розладів, зайвих економічних витрат, неадекватної соціальної адаптації та додаткових психо-емоційних розладів.

Мета: покращення лікування хворих на NF-1 з псевдоартрозами кісток гомілки шляхом вибору етапного хірургічного лікування.

Матеріали і методи: клінічне спостереження виконали за трьома хворими на NF-1 з псевдоартрозами кісток гомілки. Поглиблене вивчення літератури дало можливість застосувати сучасні класифікації для встановлення типу псевдоартрозу. Різні типи псевдоартрозів потребують індивідуального вибору хірургічної тактики лікування: заміщення дефекту, подовження функціональних розладів, резекції ділянки порушення регенерації, остеосинтезу. Усім хворим вибраний індивідуальний план хірургічного усунення псевдоартрозу.

Висновки: Хворі на NF-1 з псевдоартрозами кісток гомілки потребують тривалого спостереження різними спеціалістами у відповідності до виявленої патології. Приклад адекватного дотримання тактики хірургічного лікування, яка складалась з 6 послідовних етапів, дозволила досягти надійного відновлення цілісності кісток гомілки.

16. ІНТРАТЕКАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ КЛОНІДІНУ ПРИ СПІНАЛЬНІЙ АНЕСТЕЗІЇ INTRATHECAL USE CLONIDINE IN SPINAL ANESTHESIA

Могильник А.І.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Курс анестезіології та інтенсивної терапії

м.Полтава

Вступ: Цікавість анестезіологів все частіше викликає центральний агоніст постсинаптичних α_2 -адренорецепторів – клонідин, завдяки своїм седативним, анальгетичним, гемодинамічно стабілізуючим властивостям, здатністю потенціювати дію гіпнотиків, наркотичних анальгетиків та місцевих анестетиків. Саме анальгетичний ефект найбільш виражений при його введенні в субарахноїдальний та епідуральний простір, що робить клофелін компонентом спінальної анестезії.

Мета: Покращення надання анестезіологічної допомоги шляхом виключення ад'ювантів при виконанні спінальної анестезії.

Матеріали та методи: Дана методика була застосована нами у 50 хворих у віці від 20 до 76 років, яким проводились операції на нижніх кінцівках, абдомінальній та уrogenітальній ділянках. Після попередньої преінфузії кристалοїдами 10-15 мл/кг проводилась пункція субдурального простору голкою 25G на рівні від L3 – L4. Першій групі пацієнтів з метою анестезії субарахноїдально вводили р-п лідокаїну у дозі 1,5 мг/кг + 0,1мл 0,18% розчину адреналіну. У другій групі до розчину адреналіну та лідокаїну в тих же дозах додавали розчин клонідіну дозою 1мкг/кг.

Результати дослідження: Аналіз отриманих результатів показав, що використання клонідину, як ад'юванту під час спінальної анестезії, призводить до скорочення часу досягнення необхідної глибини чутливого блоку $7,1 \pm 1,2$ хв. в порівнянні з $8,4 \pm 1,2$ хв. в групі порівняння. Крім того спостерігається збільшення тривалості анестезії до $124 \pm 12,2$ хв. порівняно із $94 \pm 8,6$ хв. в групі порівняння. Звернула на себе увагу відстрочена необхідність першого післяопераційного знеболення до $98 \pm 7,8$ хв., порівняно із $65 \pm 7,1$ хв. в групі порівняння.

Висновок: Отже, застосування клонідину, як компонента субарахноїдальної анестезії, викликає більш швидкий початок спінального блоку, вираженішу пролонгацію анестезії, збільшує тривалість післяопераційного знеболення, в результаті чого зменшує потребу використання анальгетиків у післяопераційному періоді.

17. ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА І МІНІІНВАЗИВНЕ ЛІКУВАННЯ НЕБЕНІГНЕЦАЛЬНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА І КИШЕЧНИКА ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF NON-BENIGN EPITHELIAL TUMORS OF THE STOMACH AND INTESTINES

Нагорна Д.М., Яковенко В.О., Губар О.С.

Науковий керівник: д.м.н. Курик С.Г.

Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця

Кафедра патологічної анатомії

м.Київ, Україна

Вступ. При використанні сучасних діагностичних методів, таких як відеоезофагогастроудоденоскопія (ВЕГДС) із збільшенням, відеоскопозноскопія (ВКС), ендосонотраузукове дослідження є можливість діагностувати неепітеліальні пухлини у шлунку і кишечнику на ранній стадії розвитку з подальшим ендоскопічним мініінвазивним видаленням пухлини. У більшості неепітеліальні пухлини діагностуються як підслизові утворення, часто із виразами у вигляді.

Мета – проаналізувати ефективність ендоскопічної і морфологічної діагностики, мініінвазивного лікування неепітеліальних пухлин шлунка і кишечника.

Матеріали та методи дослідження. Проведений аналіз випадків ендоскопічної діагностики при ВЕГДС і ВКС і мініінвазивного лікування на базі Медичного Центру «Універсальна клініка «Оберіг» за 2009-2014 роки.

Результати та їх обговорення. Ендоскопічно було діагностовано 28 випадків неепітеліальних пухлин шлунка і кишечника, з них 13 (46%) нейроендокринних пухлин, 8 (29%) гастроінтестинальних стромальних пухлин (ГІСП), 2 (7%) лейоміоми і 5 (18%) ліпом. З 13 випадків нейроендокринних пухлин 6 (33%) локалізувались у шлунку і дванадцятипалій кишці, 5 (28%) – у дистальній частині здухвинної і проксимальній частині ободової кишки; 7 (39%) – у дистальній частині товстої кишки. ГІСП локалізувались: 4 (50%) в шлунку, 2 (12,5%) – в тонкій кишці, 1 (12,5%) – в висхідній ободовій кишці, 2 (25%) – в прямій кишці. Лейоміоми були знайдені в стравоході, ліпомі – в товстій кишці. Всім було проведено ендоскопічне зондове ультразвукове дослідження для визначення розмірів пухлини і виключення інвазивного росту. Утворення були видалені шляхом ендоскопічної відлизової дисекції і ендоскопічної хірургічної резекції. Всі пухлини були видалені в межах здорових тканин, що підтверджено морфологічно.

Висновки. ВЕГДС і ВКС з біопсією і морфологічним підтвердженням діагнозу є ефективним способом діагностики неепітеліальних пухлин шлунка і кишечника. Ендоскопічна відлизова дисекція і ендоскопічна хірургічна резекція є адекватними методами видалення неепітеліальних пухлин, а у разі нерадикальності операції може розцінюватись як розширена біопсія.