

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

МАТЕРІАЛИ
XI Міжнародної студентської
наукової конференції
«Перший крок в науку—2014»

3–4 квітня 2014 року

підтвердило зниження частоти прогресування пухлини за 5-річний період. Тому виникла потреба у проведенні експериментальних досліджень, які б дали можливість безпосередньо діяти на пухлину протягом тривалого часу та створювати в тканинах СМ депо хіміопрепаратів.

Мета дослідження. Провести аналіз лікування ПРСМ підслизовим введенням хіміопрепарату у тварин із змодельованим ПРСМ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено на 13 безпородних собаках яким змодельовали ПРСМ шляхом щоденного додавання до корму 600мг β -нафтіламіну протягом 6-8 місяців (модель І.С. Тьомкіна). У всіх тварин після даного терміну розвивалась поверхнева форма РСМ. Морфологічне дослідження стінки СМ проводилось в патологоанатомічному бюро ВОКОД. Фарбування препаратів проводилось гематоксилін-еозином та за методом Ван-Гізона.

З метою лікування ПРСМ у підслизову основу СМ тварини під час відкритої резекції вводили у вигляді папул на глибину 2-3 мм 0,0125% розчин доксорубіцину або мітоміцину-С (сумарний об'єм введеного розчин хіміопрепарату становив 15-20мл).

Результати дослідження та їх обговорення. З метою контролю отриманих результатів двома тваринами (після вживання β -нафтіламіну) у підслизову основу хіміопрепарат не вводили. У обох тварин звертало на себе увагу значне зменшення маси тіла та зміни у поведінці у вигляді загальної слабкості. Перша тварина загинула через 6 місяців, а друга - через 10 місяців після відміни вживання β -нафтіламіну. Проведене гістологічне дослідження тканин СМ у тварин, яким не було застосовано протипухлинне лікування підтвердило прогресування ракової пухлини та наявність перехідноклітинного раку слизової оболонки СМ.

Крім того, у тварин виведених із дослідження через один рік після одноразового підслизового введення розчинів доксорубіцину та мітоміцину-С у концентрації 0,0125%, як макроскопічно так і мікроскопічно розвитку пухлин СМ не виявлено.

Проведені мікроскопічні дослідження тканин СМ у тварин з одноразовим лікуванням пухлини, підтвердили відсутність розвитку пухлин у п'яти тварин та продовження хвороби у чотирьох, після одноразового підслизового введення розчинів доксорубіцину і мітоміцину-С. Таким чином, через 2 роки після проведеного протипухлинного лікування ПРСМ, самостійним методом, при мікроскопічному дослідженні стінки СМ наявність пухлин слизової оболонки виявили лише у 4х собак - 44,4%, тоді як у 5 собак - 55,6% пухлин не виявили ні макроскопічно, ні мікроскопічно.

О.Б. Каплюк

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ГРИЖЕПЛАСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІNKИ

Кафедра загальної хірургії

М.О. Хуторянський (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: лікування гриж черевної стінки залишається однією з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії, що обумовлено поширеністю даного захворювання. Крім того, виникнення гриж призводить до зниження якості життя хворих, фізичного, психологічного і соціального дисбалансу як в передопераційному, так і в післяопераційному періодах. Тож дотепер гостро стоїть питання про розробку найбільш оптимальних шляхів покращення стану життя хворих після герніопластики.

Мета: вивчити якість життя хворих з грижами передньої черевної стінки після традиційної аутопластики та пластики за допомогою алотрансплантатів за шкалою SF-36.

Матеріали та методи: за період 2012-2014рр. в хірургічному відділенні МКЛ №1 м. Вінниця проведено аналіз оперативного лікування 80 хворих з грижами передньої черевної стінки. Хворі були розділені на 2 групи, були репрезентативними за віком, статтю та структурою основної і супутньої патології. У групі порівняння було 37 хворих, яким проводили аутогерніопластику, у основній групі було 43 хворих, яким проводилась алогерніопластика за допомогою поліпропіленової сітки (НВПІ «Укртехмед», Україна). Якість життя хворих оцінювали за допомогою опитувальника SF-36 «Health Status Survey» (Evidence Based Medicine Working Group, USA) шляхом анкетування хворих до оперативного втручання та через півтора роки після оперативного лікування. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою інтегральної системи STATISTICA® 6.0.

Результати: до оперативного втручання показники якості життя в обох групах хворих були без достовірної різниці ($p>0,05$). Після оперативного втручання у хворих групи порівняння показники згідно анкетування згідно SF-36 були наступними: фізичне функціонування (ФФ) - $45,2\pm 1,5$; рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (РФ) - $55,3\pm 2,3$; інтенсивність болю (ІБ) - $53,1\pm 1,6$; загальний стан здоров'я (ЗСЗ) - $44,8\pm 2,6$; життєва активність (ЖА) - $40,8\pm 1,6$; соціальне функціонування (СФ) - $41,3\pm 2,3$; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (РЕ) - $39,7\pm 1,7$; психічне здоров'я (ПЗ) - $44,6\pm 2,1$; фізичний компонент здоров'я (ФКЗ) - $50,6\pm 2,1$ і психологічний компонент здоров'я (ПКЗ) - $43,2\pm 1,7$. Результати анкетування згідно SF-36 у хворих основної групи були достовірно ($p<0,05$) вищими і склали: ФФ - $66,8\pm 3,2$; РФ - $64,8\pm 2,4$; ІБ - $65,1\pm 1,2$; ЗСЗ - $63,5\pm 2,8$; ЖА - $64,2\pm 3,7$; СФ - $65,6\pm 2,4$; РЕ - $51,6\pm 2,5$; ПЗ - $60,7\pm 1,8$; ФКЗ - $65,4\pm 2,7$ і ПКЗ - $57,4\pm 2,6$. Порівняльний аналіз якості життя хворих групи порівняння і хворих основної групи показав, що використання ендопротезів для пластики черевної стінки дозволило на 29,3% підвищити ФКЗ і на 32,9% ПКЗ порівняно з аутопластичним закриттям дефекту.

Висновки: хірургічне лікування гриж черевної стінки з використанням додаткових алопластичних матеріалів забезпечує поліпшення якості життя в порівнянні з традиційними хірургічними методами лікування.

І.С.Кашперук-Карпюк, А.А.Заруднева, Д.В.Проняев АНАТОМІЯ МІХУРОВО-СЕЧВНИКОВОГО СЕГМЕНТА У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Кафедра анатомії, топографічної анатомії та оперативної хірургії

(науковий керівник: д.мед.н., проф. Ю.Т.Ахтемійчук)

Буковинський державний медичний університет

Актуальність. З 2007 року 189 країн світу (зокрема й Україна) керуються новими критеріями визначення перинатального періоду та життєздатності плода. Однією з причин перинатальної та ранньої неонатальної смертності є природжені вади. Вади органів сечовидільної системи в останні роки по виявленню в пренатальний період діагностуються найчастіше (їх частка складає 28-30%).

Метою роботи було визначення анатомічних особливостей будови міхурово-сечівникового сегмента у новонароджених.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проведено на 10 трупах (4 - жіночої статі, 6 - чоловічої) новонароджених на базі Чернівецького обласного патологоанатомічного бюро під час планових розтинів та 20 органокмішек за музею кафедри. Використовували комплекс методів морфологічного дослідження: антропометрію, ін'єкцію судин, макромікропрепарування, рентгенографію, гістологічний метод, морфометрію, 3D реконструювання.

Результат. До задньої стінки міхурово-сечівникового сегмента у новонароджених чоловічої статі приймає основа передміхурової залози, передміхуровозалозове венозне сплетення, сім'яні міхурці, передня стінка прямої кишки. У новонароджених жіночої статі позаду стінки міхурово-сечівникового сегмента визначається піхвове венозне сплетення. Довжина міхурово-сечівникового сегмента у новонароджених чоловічої статі становить $43,5\pm 3,2$ мм, у новонароджених жіночої статі - $25,2\pm 2,3$ мм.

У новонароджених при макроскопічному дослідженні внутрішньої поверхні сечового міхура відмічається велика кількість складок. Складки задньої стінки хвилясті з неглибокими впадинами. В верхніх відділах вони поздовжні, в нижніх - косопоперечні та поперечні. Між вічками сечоводів простежується потовщення слизової оболонки у вигляді валика, який є основою трикутника міхура, а також верхньою межею міхурово-сечівникового сегмента. Трикутник міхура знаходиться в фронтальній площині, сторона його рівнобічна. Основа трикутника стає більшою за бічні сторони у новонароджених.

За результатами 3D реконструювання створено об'ємну модель міхурово-сечівникового сегмента у новонароджених. Скелетотопічно міхурово-сечівниковий перехід визначається на рівні нижньої третини лобкового симфізу.

Висновок. Отже, міхурово-сечівниковий сегмент наприкінці 10-го місяця пренатального розвитку макроскопічно має майже дефінітивну форму, однак гістологічні процеси диференціювання в ньому ще не завершені.

Л.О. Килимнюк

ЗНАЧЕННЯ ПОЛІМОРБІДНОСТІ В ПРОГНОЗУВАННІ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

Кафедра ортопедії та травматології

Рубленко А.М. (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Враховуючи постійне зростання потреби в ендопротезуванні кульшових суглобів, актуальною стає проблема прогнозування ускладнень при даному виді оперативного втручання. Найбільшу небезпекую становлять венозні тромбоемболічні ускладнення (ВТЕУ) - тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок з наступною тромбоемболією легеневої артерії. Збільшення частки пацієнтів з високим ступенем поліморбідності являється однією з частих причин росту числа ВТЕУ.

Мета: оцінка частоти основних факторів ризику ВТЕУ у пацієнтів, яким показано ендопротезування кульшових суглобів та розрахунок ризику з урахування ступеня поліморбідності пацієнтів.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в травматологічному відділенні Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2013 року. Обстежено 53 пацієнтів (середній вік 64,2±12,9 років). Серед них 20 (37,7%) чоловіків та 33 (62,3%) жінок. В цілому середній вік жінок склав 68,4±10,9 років, що в 1,2 рази вище середнього віку чоловіків - 56,8±13,1 років.

Усі пацієнти були поділені на 2 групи за нозологічною характеристикою: перша група включала 30 (56,6%) пацієнтів з переломами шийки стегнової кістки (ІПШСК), друга - 23 (43,4%) з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями (ДДЗ) кульшових суглобів. Оцінка ризику ВТЕУ проводилася згідно рекомендацій American College of Chest Physicians (ACCP) 9-го перегляду.

Результати: фактори ризику зустрічалися у 50 (94,3%) пацієнтів. Пріоритетними були: захворювання серцево-судинної (73,6%) та легеневої систем (7,6%), вік > 41 років (94,3%), ожиріння (11,3%), варикоз вен (11,3%). Фактори ризику були відсутні у 3 (5,7%) пацієнтів, які належали до групи з ДДЗ. Наявність 1 фактору ризику виявлена у 6 (11,3%) пацієнтів, достовірної відмінності між групами не встановлено. В той час як у 27 (50,9%) пацієнтів спостерігалася комбінація 2 факторів ризику, даний показник переважав в групі з ДДЗ у 1,9 разів. Поєднання 3 і більше факторів діагностовано у 17 (32,1%) пацієнтів, даний показник переважав у 12,3 разів у групі з ІПШСК.

Згідно сумарної оцінки ризику розвитку ВТЕУ більшість - 29 (54,7%) пацієнтів склали групу дуже високого ризику. Установлено, що пацієнти з ІПШСК мають достовірною вище ризик ВТЕУ в ранньому післяопераційному періоді, порівняно з пацієнтами з ДДЗ (p<0,05).

У обстежуваних з високою достовірністю (p<0,05) встановлено прямий кореляційний зв'язок між ризиком розвитку ВТЕУ і ступенем поліморбідності як в групі з ІПШСК (r = 0,68), так і в групі з ДДЗ (r = 0,8).

Висновок: урахування наявності супутніх факторів ризику дозволить мінімізувати ризик розвитку ВТЕУ в інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах.

Г.В. Кирпач, Н.С. Марченко, В.М. Дудник

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кафедра хірургії медичного факультету №2

І.В. Павлик (к.мед.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Вінниця, Україна

Актуальність: Синдром механічної жовтяниці при гострому панкреатиті є одним з провідних і поступається за частотою проявів лише більшового і тому важливим є визначення найкращого методу корекції даного ускладнення у пацієнтів з різними формами панкреатиту.

Мета дослідження: оцінка ефективності оперативного лікування хворих на хронічний панкреатит ускладнений механічною жовтяницею.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів оперативного лікування 24 хворих на хронічний панкреатит ускладнений механічною жовтяницею. У передопераційному періоді всім хворим виконували КТ для встановлення форми ХП. Кальцифікуюча форма діагностовано у 2, обструктивна - 5, фіброз ПЗ - 5, ретенційні і псевдокісти ПЗ - 13 хворих. Також з діагностичною метою виконували лабораторні дослідження з визначенням маркерів Са 19-9, РЕА. Середній термін госпіталізації 16,4 ± 3,5 доби. Всім хворим проводили лікування, відповідно стандартам надання медичної допомоги. Післяопераційна летальність 4,1 %.

Результати. У 13 хворих з ретенційними і псевдокістами ПЗ середній рівень гіпербілірубінемії склав 124 ± 45,7 мкмоль/л. Інтраопераційно у всіх хворих визначали рівень амілази, РЕА та цитологічне дослідження вмісту кісти. У 6 хворих виконано внутрішнє дренирування кісти на відкритій по Ру петлі і шляхом формування цистодуоденоанастомоза. У 6 хворих з великими кістами ПЗ виконували зовнішню - внутрішнє дренирування кісти. У 1 пацієнта з ретропанкреатичною кістою ПЗ виконана поздовжня панкреато-єноностомія по Frey - Izbicki доповнена зовнішнім дренируванням кісти.

У 2 хворих з фіброзною формою ХП лікування проводилося у два етапи - перший стентування холедоха для корекції гіпербілірубінемії і накладення ГЕА на довгій петлі, другий - ПДР. У 3 хворих з фіброзом ПЖ виконаний антирефлюксий холедоходуоденоанастомоз з зовнішнім дренируванням холедоха по Еббу. Хворим з кальцифікуючою і обструктивною формою ХП проводили одноетапне лікування. Середній рівень гіпербілірубінемією склав 253,8 ± 52,1 мкмоль/л. У 3 хворих виконана операція Frey - Izbicki, у одного з них доповнена формуванням холедохопанкреатоанастомоза в порожнині ПЗ, у 2 - доповнена накладенням антирефлюксного ХДА. У 4 хворих виконана оригінальна операція Frey доповненою антирефлюксий ХДА і зовнішнім дренируванням холедоха по Еббу. Середній час нормалізації рівня білірубину в крові склав 16,9 ± 3,2 дні. Післяопераційна летальність складала 4,1 %, причиною смерті складала ТЕЛА.

Висновки. Таким чином, у хворих на хронічний панкреатит ускладнений механічною жовтяницею доцільно виконувати одноетапну корекцію біліарної і панкреатичної гіпертензії. У хворих з фіброзною формою ХП, коли в процес втягнута дванадцятипала кишка і холедох доцільно виконувати двоетапне хірургічне лікування, перше спрямоване на корекцію біліарної гіпертензії, друге - панкреатодуоденальна резекція.

О.П. Кічирук, С.А. Чуба

СТРУКТУРА І ПОШИРЕНІСТЬ ТРАВМ ЛОР-ОРГАНІВ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра ЛОР-хвороб

В.В. Кіщук (зав. каф.-д.мед.н., проф.), К.А. Лобко (доп., к.м.н.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: За даними ВООЗ у світі щорічно помирає близько 2 млн. людей від травм ЛОР-органів, 70% з них - від поєднаних травм, переважна кількість внаслідок ДТП. В Україні, за різними літературними джерелами, травми ЛОР-органів займають від 6 до 16% серед загальної кількості травм. Знання клініки, діагностики та принципів лікування і профілактики цих нозологій допоможе в практичній роботі