



Тернопільський національний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського
Міністерства охорони здоров'я України



Наукове товариство студентів ТНМУ
Рада молодих вчених ТНМУ

XXVI

МІЖНАРОДНИЙ
МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
СТУДЕНТІВ І МОЛОДИХ
ВЧЕНИХ

МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ



13 – 15
КВІТНЯ

2022
Тернопіль
Україна

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY**

**XXVI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

**THE XXVI INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS**



**13-15 КВІТНЯ 2022
APRIL 13-15, 2022**

**УКРМЕДКНИГА
ТЕРНОПІЛЬ, 2022**

Відповідальний редактор:

Ректор закладу вищої освіти Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, член-кореспондент НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Михайло КОРДА**

Заступник відповідального редактора:

проректор закладу вищої освіти з наукової роботи Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, заслужений діяч науки і техніки України, доктор біологічних наук, професор **Іван КЛІЦ**

Редакційна колегія:

- куратор Наукового товариства студентів, член Ради молодих вчених, кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри пропедевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії **Світлана КУЧЕР**;
- голова Ради молодих вчених, кандидат фармацевтичних наук, асистент кафедри управління та економіки фармації з технологією ліків **Анастасія ДУБ**;
- голова ради Наукового товариства студентів, студентка 6-го курсу медичного факультету **Тетяна ПЕТРУНЬКО**.

Студенти:

- студентка 2-го курсу медичного факультету **Вікторія МІРОШНИК**;
- студентка 6-го курсу медичного факультету **Яна АНДРЕЙЧЕНКО**;
- студент 6-го курсу медичного факультету **Артем МАЛАНЧУК**;
- студент 5-го курсу медичного факультету **Олександр ТЕРЕНДА**;
- студентка 4-го курсу медичного факультету **Тетяна ПОДІЛЬСЬКА**;
- студентка 5-го курсу медичного факультету **Дарина ШАНДРУК**.

90 хвилин двічі на день протягом 5 днів. Було проведено лабораторні та фізикальні методи дослідження.

Результати. Хворого госпіталізували в лікувальний заклад з сильним болем у епігастрії, нудотою та блюванням, що не приносило полегшення, лихоманкою, підвищеним тонусом черевної стінки, біллю в епігастральній ділянці під час пальпації, тахікардією, гіпотензією. Після обстеження у пацієнта діагностували гострий панкреатит. Хворий проходив лікування відповідно до стандартизованого протоколу МОЗ України. Пацієнту також було призначено додатковий вид терапії ГБО. У результаті застосування ГБО значно підвищилися показники PaO₂ і SaO₂. Крім того, знижувався рівень амілази та ліпази, також знижувалися сироваткові концентрації IL-2, IFN-γ та TNF - α. На другий день дослідження, результати частково відповідали показникам першого дня, тоді як на третій день явної різниці не було.

Висновки. Застосування ГБО може відігравати важливу терапевтичну роль у послабленні тяжкості ранньої стадії гострого панкреатиту. Повторне введення ГБО або використання в поєднанні з іншими методами може ще більше пригнічувати запальну відповідь.

Ковальчук Наталія, Шевчук Владислав
**ВПЛИВ АННУЛОПЛАСТИКИ
АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНИХ КЛАПАНІВ
СЕРЦЯ ПРИ ОРТОТОПІЧНІЙ
ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НА
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ**

Кафедра загальної хірургії
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. А.П. Превар
Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова
м. Вінниця, Україна

Актуальність. Після нововведень у законодавстві у нашій країні почала бурхливо розвиватися галузь трансплантології: за останній рік в Україні було здійснено 306 операцій із пересадки органів, серед яких близько 30 припали на трансплантацію серця. Проте ряд проблем у цій галузі все ще лишається актуальним. Однією з них є дефіцит донорів, що піднімає питання лібералізації критеріїв їхнього відбору, зокрема можливості вилучення сердець у пацієнтів, яким незадовго до констатації смерті мозку було проведено відновлення функції ураженого атріовентрикулярного клапана за допомогою аннулопластики або ж допустимості проведення подібної операції вже після пересадки реципієнту для профілактики гемодинамічних ускладнень. Разом із тим існує потреба у систематизації наявних даних із цієї теми з урахуванням технічних можливостей в українських центрах трансплантології.

Мета дослідження. Дослідити матеріали про проведення аннулопластики на атріовентрикулярних клапанах донорських

сердець до та після пересадки серця реципієнту, визначити кореляцію з появою післяопераційних ускладнень

Матеріали та методи дослідження. Ретроспективний аналіз публікацій PubMed, Web of Science, Google Scholar та наукових журналів з використанням статистичних методів обробки інформації

Результати дослідження. За спеціально розробленими критеріями (серед яких було враховано матеріально-технічне забезпечення українських траєсрантологічних центрів) було відібрано 76 публікацій 2000-2021 роки, у яких нараховувалося 115 випадків перед- та післятрансплантаційних втручань на трикуспідальному та мітральному клапанах у пацієнтів із серцевою недостатністю III-IV функціонального класу. Отримані дані були розділені на чотири групи. Було визначено, що найбільш частою причиною виникнення СН були патології ішемічного генезу (близько 76,3% у середньому). Найчастішими ускладненнями в усіх групах були мітральна та тристулкова регургітація I-II ступенів, що виникали у перший рік: при дотрансплантаційній аннулопластиці двостулкового та тристулкового клапанів це ускладнення спостерігалось у 12,5% і 21,05%, при післятрансплантаційній – у 22,8% та 13,5%. Кореляції між смертністю та проведенням аннулопластики у комбінації з пересадкою серця була виявлена тільки у другій групі.

Висновок. Показники післяопераційних ускладнень та смертності при до- та післятрансплантаційних втручаннях на атріовентрикулярних клапанах пересаджених сердець не перевищують аналогічні показники при звичайних трансплантаціях цього органу, що дає поштовх до розширення критеріїв відбору донорських матеріалів у разі необхідності ортотопічної пересадки. Крім того, спеціальні критерії вказують на можливість проведення подібних втручань в українських центрах трансплантології, що сприятиме зменшенню смертності людей в листах очікування в умовах дефіциту донорського матеріалу.

Кравець Костянтин
**АЛЬТЕРНАТИВИ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
ДЕСТРУКТИВНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЩО
УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ**

Кафедра хірургії № 2
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. Б.С. Запорожченко
Одеський національний медичний університет
МОЗ України
м. Одеса, Україна

Актуальність. Гострий деструктивний холецистит, що ускладнений перитонітом (ГДХУП) є одним з найбільш важких патологічних процесів. Прогресуванню процесу деструкції стінки жовчного міхура, та розвитку перитоніту сприяє також атонія жовчного міхура в результаті значної атрофії м'язового шару.

Мета дослідження. Оцінка ефективності застосування лапароскопічних лапароліфтингових втручань в лікуванні хворих на ГДХУП.

Матеріали та методи дослідження. Представлені результати хірургічного лікування 128 пацієнтів всіх вікових груп від 20 до 82 років з гострим холециститом, що ускладнений перитонітом, яким виконана традиційна холецистектомія, лапароскопічна холецистектомія та лапароліфтингова холецистектомія в клініці кафедри хірургії № 2 Одеського національного медичного університету (ОНМедУ) на базі Кошарного підприємства «Одеський обласний клінічний медичний центр» у період із 2017 по 2021 рр. Контрольна група – хворі, яким виконана традиційна холецистектомія (ТХЕ) із дренажуванням черевної порожнини – 42 хворих, з них жінок – 32 (73,8 %), чоловіків – 10 (26,2 %). Група порівняння – хворі, яким виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) із дренажуванням черевної порожнини – 65 хворих, з них жінок – 48 (76,2 %), чоловіків – 17 (23,8 %). Досліджувана група – хворі, яким виконана лапароліфтингова холецистектомія (ЛЛХЕ) із дренажуванням черевної порожнини – 21 хворих, з них жінок – 15 (71,4 %), чоловіків – 6 (28,6 %).

Результати дослідження. Показано, що лапароскопічні методи сприяють зниженню больових відчуттів, особливо при використанні ЛЛХЕ, більш швидкому поверненню біохімічних та загальноклінічних результатів аналізів до рівня умовної норми. Вивчення безпосередніх результатів відкритих та лапароскопічних методів хірургічного лікування хворих на ГДХУП, виявило достовірне покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

Висновок. Впровадження ЛЛХЕ у практику хірургів дає можливість застосування у більшій кількості хворих мініінвазивних втручань замість відкритих втручань із усіма перевагами лапароскопічного втручання, та виключаючи всі негативні фактори відкритого та лапароскопічного втручання, що має не аби які перспективи, особливо для хворих похилого віку із серцево-судинною або дихальною недостатністю.

Кульбаба Ігор, Мельничук Оксана

**МЕТОД ШВИДКОЇ ДІАГНОСТИКИ
РІЗНИХ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФОРМ СДС
У ВИБОРІ ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ**

Кафедра хірургії № 1 з урологією та малоінвазивною хірургією імені Л.Я. Ковальчука
Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Ю.М. Футуйма
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
м. Тернопіль, Україна

Актуальність проблеми. В лікуванні гнійно-некротичних ускладнень цукрового

діабету, а саме синдрому діабетичної стопи величезне значення має діагностика для визначення патогенетичного механізму їх розвитку, - чи невропатична це форма, чи невроішемічна, чи ішемічно-гангренозна. Методик визначення є багато, однак всі вони або рутинні, або дорогі (ультрасонографія судин, рентгенконтрастна ангіографія, МРТ з контрастуванням, радіонуклідна ангіографія та ін.).

Мета роботи. Вивчити особливості значень перфузійного індексу у пацієнтів з різними формами СДС за допомогою пульсоксиметра з метою застосування в практиці лікаря.

Матеріал і методи дослідження. Виконано дослідження у 89 осіб. Всім хворим виконано загальноприйняті обстеження (неврологічного статусу, УЗД судин нижніх кінцівок, рентгенологічне обстеження стопи та дослідження КПП) та проведено розподіл на 3 групи: 1-ша – з невропатичною формою (38 хворих (51,4 %)); 2-га – невроішемічною (30 (40,5 %)); 3-тя – ішемічною – (6 (8,1 %)), 15 осіб – контрольна група. З даних груп виключені пацієнти, в яких були явні ознаки гангрен у всіх пальців чи дистального відділу культі, що автоматично унеможливило проведення дослідження через відсутність кровообігу по капілярній сітці. Неінвазивну оцінку статусу артеріальної крові на нижніх кінцівках визначали за допомогою пульсоксиметрії фотоплезматичним методом за допомогою приладу RocSea, який дозволяє одночасно визначати 4 показники: %SpO₂ – насичення артеріальної крові киснем (сатурацію); bpmPR – частоту пульсу; PI% – індекс перфузії, RR – частоту дихання.

Результати і обговорення. Так в контрольній групі сатурація на нижній кінцівці складає (97,67 ± 0,31), PI% – (2,25 ± 0,33), при КПП – (0,96 ± 0,03). У пацієнтів 1-ї групи рівень SpO₂ на периферії пальців ніг становить (97,00 ± 0,68), а показник PI% – (2,78 ± 0,61), що на 19,1 % (P>0,05) вище показника норми та в першому і другому випадках достовірно не відрізняється від даних здорових осіб (P>0,05). КПП в цій групі становить (0,91 ± 0,03). В 2-й групі, де разом з порушеннями неврологічного характеру на перше місце виступають ураження судин у вигляді медіокальцинозу чи атеросклеротичних уражень периферичних судин нижніх кінцівок, що характеризується їхнім звуженням і, відповідно, сповільненням кровообігу та кисневим дефіцитом, - показник SpO₂ складає в середньому (78,6 ± 8,94) з достовірною різницею в порівнянні з показниками як контрольної, так і 1-ї груп (P<0,05). Відповідно, середні дані PI% дорівнювали (0,57 ± 0,28), що на 74,7 % менше контрольної групи (P<0,001) та на 79,5 % менше показника 1-ї (P<0,01). КПП – (0,44 ± 0,04). В 3-й групі КПП складає (0,28 ± 0,02), а жоден з показників пульсоксиметрії не визначався, що

<i>Бурак Андрій</i> ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ТРАНСЛОКАЦІЇ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ДЕКОМПЕНСОВАНУ СПАЙКОВУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ	88
<i>Волошин Іван</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕМОРОЮ ІІІ СТУПЕНЯ МАЛОІНВАЗИВНОЮ МЕТОДИКОЮ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВАЖКОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	89
<i>Коваль Дмитро, Галан Роман</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	89
<i>Ковальчук Наталія, Шевчук Владислав</i> ВПЛИВ АННУЛОПЛАСТИКИ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНИХ КЛАПАНІВ СЕРЦЯ ПРИ ОРТОТОПІЧНІЙ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ	90
<i>Кравець Костянтин</i> АЛЬТЕРНАТИВИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ	90
<i>Кульбаба Ігор, Мельничук Оксана</i> МЕТОД ШВИДКОЇ ДІАГНОСТИКИ РІЗНИХ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ФОРМ СДС У ВИБОРІ ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ	91
<i>Мігенько Олександр, Свистун Юлія</i> ТРОФІЧНІ ЗМІНИ ШКІРИ ПРИ ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ.	92
<i>Процик Михайло, Теренда Олександр</i> ПЕРЕВАГИ ПРАВОБІЧНОЇ МІНІТОРАКОТОМІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ВАД МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	93
<i>Сельський Борислав</i> ГІБРИДНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНІЙ ОКЛЮЗІЇ СТЕГНО-ДИСТАЛЬНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ В УМОВАХ ОКЛЮЗИВНО-СТЕНОТИЧНОГО ПРОЦЕСУ ГОМІЛКОВИХ АРТЕРІЙ	93
<i>Станович Ольга</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ СТАРЕЧОГО ВІКУ	94
<i>Теренда Олександр, Процик Михайло</i> ОСОБЛИВОСТІ ПАРАМЕТРІВ ТКАНИННОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНУ ПЕРИТОНІТОМ	94
<i>Титов Владислав, Кульбаба Ігор</i> ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ БАЛОНОАНГІОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ З КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ЗА ДАНИМИ ТРАНСКУТАННОЇ ОКСИМЕТРІЇ	95
<i>Тузюк Наталія</i> ВИКОРИСТАННЯ КСЕНОТРАНСПЛАНТАНТІВ НАСИЧЕНИХ НАНОКРИСТАЛАМИ СРІБЛА У ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ РАН	96
<i>Cholach Sofia</i> FEATURES OF PREVENTION OF POSTOPERATIVE THROMBOTIC COMPLICATIONS IN PATIENTS OPERATED ON LARGE AND GIANT VENTRAL HERNIAS	97
<i>Seyed Pouriya Hosseini Mehr, Dzekunova Yuliia</i> MANAGEMENT OF DEEP STERNAL WOUND INFECTION	97