

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE  
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE  
MEDICAL UNIVERSITY

# XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL  
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2019  
APRIL 15-17, 2019

ТЕРНОПІЛЬ  
УКРМЕДКНИГА

**Відповідальний редактор:**

Ректор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»,  
д-р мед. наук, проф. М.М. Корда

**Заступники відповідального редактора:** проф. І.М. Кліщ

**Редакційна колегія:**

*Асистент: А.І. Дуб, С.В. Кучер*

*Студенти: М. Рябокони, О. Косман, Л. Стасишин, І. Стецюк, В. Стецька, А. Брик, П. Левчук,  
Ю. Бандрівська, Б. Довгий, О. Болюх, У. Сатурська, Т. Попович, В. Косовська, О. Сопель,  
Н. Савчук, Т. Швець, Л. Мазур, О. Пастушина, С. Бандрівська, Ю. Ковальчук*

є дуже актуальним.

Відновлюваний курс після операції по заміні суглоба покликаний звести нанівець больові відчуття, запобігти ускладненням, поліпшити самопочуття та підготувати організм пацієнта до навантажень та нових змін. Медсестринський процес в післяопераційний період включає в себе комплекс різноманітних вправ і процедур розроблених для кожного пацієнта індивідуально. Сучасний підхід реалізує нове розуміння ролі медичної сестри вимагаючи від неї не тільки високої технічної підготовки, але і творчого підходу, вміння працювати з хворим, як з особою, а не як нозологічною одиницею чи об'єктом для маніпуляцій. У результаті постійної присутності й контакту з хворим медична сестра стає основною ланкою між ним і навколишнім світом, допомагає пацієнту не тільки виконувати план реабілітації, а й надає моральну підтримку, що є дуже важливим для психо-емоційного стану пацієнта.

Отже, медсестринський процес реабілітаційного періоду є важливою складовою процесу ендопротезування, а від особистісного підходу медсестри до пацієнта залежить швидкість та успішність реабілітації.

*Лимар Євген*

**ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОТИЧНИХ  
УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ  
ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ  
ГОМІЛКОВИХ КІСТОК**

Кафедра травматології та ортопедії з  
військово-польовою хірургією

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.І. Цвях  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»  
ТОР ТОКПЦ «Мати і дитина»  
м. Тернопіль, Україна

Підвищення рівня травмонебезпечності, яке зумовлене науково-технічним прогресом та посиленням активності людей спричиняє зростання кількості травм, які потребують складних оперативних втручань. Внаслідок цього підвищуються ризики тромботичних ускладнень, які потребують пошуку нових методів їх профілактики. Особливо серйозні ризики венозної тромбоемболії (ВТЕ) після оперативного лікування переломів гомілкових кісток, які виникають на тлі коморбідної патології, що може бути причиною летальних наслідків. Тому актуальність проблеми очевидна. Метою нашого дослідження було визначення ефективності ривароксабану у профілактиці венозної тромбоемболії (ВТЕ) у хворих, оперованих з приводу перелому гомілки. Нами обстежено 48 пацієнтів з переломами кісток гомілки. З них у 14 (29,2 %) чоловік діагностовано закритий перелом середньої третини великогомілкової кістки, яким проведено закриту репозицію МОС інтрамедулярним блокуючим стержнем. У 11 (22,9 %) постраждалих виявлено закритий перелом нижньої третини великогомілкової кістки зі зміщенням, оперованих закритою репозицією МОС пластиною

ЛСР. У 18 (37,5 %) пацієнтів виявлений закритий перелом латерального щиколотка гомілки зі зміщенням, їм проведено відкриту репозицію МОС ДСР- пластиною. У 5 (10,4 %) пацієнтів діагностовано закритий перелом проксимального метаепіфізу зі зміщенням, їм проведена відкрита репозиція МОС перелому опорною ЛСР- пластиною. У всіх оперованих пацієнтів спостерігався високий ризик ВТЕ, їм проводилась профілактика ВТЕ препаратом ксарелто (ривароксабан) по 15 мг на добу перорально, незалежно від прийому їжі. Першу дозу призначали через 6 - 10 годин після операції, за умови ефективного гемостазу. Тривалість лікування 1 місяць. У досліджуваних пацієнтів тромботичних ускладнень не було. Ривароксабан - високоселективний прямий інгібітор фактора Ха, що має достатньо високу біодоступність при пероральному застосуванні. Отже, ефективність превентивного лікування 100,0 %.

Таким чином, застосування ривароксабану у пацієнтів, яким здійснюється планове оперативне лікування переломів гомілки, забезпечує адекватну профілактику ВТЕ.

*Лісунов Михайло, Кожем'яка Максим, Богдан Ольга*  
**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ  
ДЕФОРМАЦІЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ  
СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

Кафедра травматології та ортопедії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. М.Л. Головаха  
Запорізький державний медичний університет  
м. Запоріжжя, Україна

**Актуальність:** Посттравматичні деформації кісток можуть призводити до грубих порушень функції кінцівки, що значно знижує якість життя, працездатність і соціалізацію пацієнтів. Одним з методів вибору лікування є коригуюча остеотомія за різними методиками.

**Мета дослідження:** Провести аналіз результатів хірургічного лікування посттравматичних деформацій проксимального відділу стегнової кістки із використанням черезшкірної міжвертлюгової остеотомії з фіксацією PFNA.

**Матеріали і методи:** Проведено аналіз хірургічного лікування пацієнтів із посттравматичними деформаціями проксимального відділу стегнової кістки. Пацієнти були поділені на дві групи: в першій використовували відкриту кутову коригуючу остеотомію із фіксацією 120° клинковою пластиною (n=4), в другій – виконувалась черезшкірна міжвертлюгова остеотомія з фіксацією PFNA (n=3). Проводилась оцінка за допомогою шкал LEFS та SF-36 в 1, 6 і 12 місяців після оперативного втручання.

**Результати:** Середня оцінка за шкалою LEFS в першій та другій групі склала 19.31±2.30 та 29.1±1.56 на першому місяці, 32.13±1.23 і 40.33±1.66 на 6 місяці та 57.60±1.30 і 62.33±1.96 в 12 місяців відповідно. Середня сума балів за системою оцінки якості життя SF-36 у хворих першої групи в 1, 6 та 12 місяців становила: PHS – 35,41; 47,39; 53,91. За MHS – 41,60; 47,63; 49,59 відповідно. У хворих другої групи середня

сума балів в 1,6 та 12 місяців становила: PHS – 46,81; 53,13; 54,05. За MHS – 44,97; 50,15; 50,35 відповідно. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі в першій групі склала 12 днів, в другій 5,33 доби.

**Висновки:** аналіз результатів хірургічного лікування посттравматичних деформацій проксимального відділу стегнової кістки із використанням черезшкірної міжвертлюгової остеотомії з фіксацією PFNA продемонстрував суттєві переваги в порівнянні з відкритою коригуючою остеотомією, дозволяє знизити травматичність операції, ризик сповільненої консолидації, інфекційних ускладнень, зменшити тривалість лікування та отримати кращі функціональні результати.

*Петрук Ольга*

### **ТРИВАЛІСТЬ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ**

Кафедра медико-профілактичних дисциплін  
Науковий керівник: канд. мед. наук Л.Р. Коробко  
КЗВО «Рівненська медична академія» РОР  
м. Рівне, Україна

**Актуальність** З урахуванням кількості населення України, щорічно в нашій державі потребує ендопротезування 45-60 тисяч хворих та травмованих.

**Мета досліджень:** провести порівняльний аналіз тривалості відновного періоду після ендопротезування при остеоартрозі кульшового суглоба та переломах шийки стегнової кістки.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилися на базі обласного центру артрології та відновного лікування м. Рівне. Протягом 2018р. було проведено 464 операції ендопротезування кульшового суглобу, із них 96-з приводу переломів шийки стегна (основна група-ОГ) та 368- з приводу остеоартрозу кульшового суглобу (контрольна група-КГ). Середній вік склав 66,2±1,1.

Первинний огляд проводився на 3-4 день післяопераційного періоду, вторинний через 8місяці з повторним через 4 місяці. З метою оцінки якості життя хворих та результатів ендопротезування кульшового суглоба використовували: оціночну систему Johanson та шкалу W.H. Harrisa.

**Результати дослідження:** Динаміка показників якості життя хворих:

Система	I огляд*	II огляд *	III огляд *
ОГ(n=96)			
Система Johanson	43,26±0,58	75,24±0,78	86,28 ±0,91
Шкала Harrisa	46,28±0,69	80,00±0,91	91,9±0,78
КГ(n=368)			
Система Johanson	40,01±0,51	63,62±1,24	79,81±0,52
Шкала Harrisa	44,49±0,7	70,51±1,6	81,32±0,31

\*достовірність (p < 0,05) при порівнянні даних при повторних оглядах

**Висновок:** Тривалість відновного періоду після ендопротезування при переломах шийки стегнової кістки становила близько 8 міс, а при остеоартрозі-14 міс, що пов'язано з вихідними артрогенними контрактурами. Результати дослідження довели ефективність впливу ранніх реабілітаційних заходів на якість життя пацієнтів.

### **Пилипко Власій, Rogozinський Валентин ЛІКУВАННЯ ОСТЕОЇД-ОСТЕОМИ ХРЕБТА МЕТОДОМ ТЕРМОАБЛЯЦІЇ**

Кафедра дитячої хірургії  
Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. А.Ф. Левицький  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»  
м. Київ, Україна

**Актуальність.** Локалізація в складних анатомічних ділянках вогнища остеοїд-остеоми, особливо це стосується локалізації в хребцях, де застосування резекційного методу може потребувати стабілізації хребта та заповнення пострезекційного дефекту, альтернативою може бути застосування такого малоінвазивного методу лікування як термоабляція.

**Мета роботи.** Покращення результатів лікування остеοїд-остеоми хребців.

**Матеріали та методи.** Оцінено результати лікування 11 пацієнтів, яких прооперовано з приводу остеοїд-остеоми. До групи спостереження включено 6 пацієнтів, при лікуванні яких було застосовано термоабляцію. До групи контролю увійшли 5 пацієнтів, при лікуванні яких застосовувалась лише резекція гнізда остеοїд-остеоми. Термін спостереження становив від 2 до 5 років.

**Результати та їх обговорення:** Післяопераційний період у всіх пацієнтів групи спостереження перебігав без ускладнень. В групі контролю післяопераційний період був ускладнений у 2 пацієнтів. Визначались наступні ускладнення: больовий синдром – 1 пацієнт, рецидив остеοїд-остеоми – 1 пацієнт. Середній час від появи больового синдрому до постановки діагнозу становив 17,2 тижня.

**Висновок.** Термоабляція є ефективним методом лікування пацієнтів з остеοїд-остеомою. Метод термоабляції дозволяє суттєво зменшити обсяг резекційного дефекту та уникнути необхідності його остеопластичного заміщення. При локалізації «гнізда» остеοїд-остеоми в хребті застосування термоабляції є методом вибору. При нечіткій клініко-рентгенологічній верифікації діагнозу застосування методу термоабляції доцільно лише при гістологічному підтвердженні діагнозу остеοїд-остеоми, що повинно передувати лікуванню.

*Світлична Каріна, Петренко Катерина,  
Денисенко Денис*

### **АКТУАЛЬНІСТЬ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Кафедра травматології та ортопедії  
Науковий керівник: асист. Д.А. Істомін  
Харківський національний медичний університет  
м Харків, Україна

**Актуальність.** Дисплазія кульшового суглоба - патологія, для якої характерна вроджена неповноцінність суглоба, викликана його

<i>Яворівська Мар'яна, Зубок Ірина</i> <b>ПЕРВИННИЙ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗ. ОПТИМАЛЬНІ ТЕРМІНИ ОПЕРАЦІЇ З УРАХУВАННЯМ ВІДДАЛЕНОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ.</b>	<b>152</b>
<i>Яніюгло Олеся</i> <b>ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ТАКТИКИ ПРИ УРАЖЕННІ ПОВЕРХНЕВИХ СТЕГНОВИХ АРТЕРІЇ</b>	<b>152</b>
<i>Ametepee Dzampah Nicole Jolie And Odonkor A. Naa</i> <b>DEEP VEIN THROMBOSIS (DVT)</b>	<b>153</b>
<i>Опи Chioma Oluebube, Ilunga Kasakula Debora</i> <b>CLINICAL COMPARISON BETWEEN ROSS PROCEDURE (ROSS) AND MECHANICAL VALVE REPLACEMENT IN PATIENTS (AVR) AGE LESS THAN 60</b>	<b>153</b>
<b>•Ортопедія •Травматологія</b>	
<i>Васильчук Віта</i> <b>ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ</b>	<b>156</b>
<i>Дідичук Вадим, Ющенко Олена</i> <b>ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМАЛЬНИХ ТА СОЛІТАРНИХ КІСТ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ МЕТОДОМ ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ТЕН</b>	<b>156</b>
<i>Левченко Людмила</i> <b>МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС В ПЕРІОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ</b>	<b>156</b>
<i>Лимар Євген</i> <b>ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКОВИХ КІСТОК</b>	<b>157</b>
<i>Лісунов Михайло, Кожем'яка Максим, Богдан Ольга</i> <b>ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ</b>	<b>157</b>
<i>Петрук Ольга</i> <b>ТРІВАЛІСТЬ ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ</b>	<b>158</b>
<i>Пилипко Власій, Rogozinський Валентин</i> <b>ЛІКУВАННЯ ОСТЕОЇД-ОСТЕОМИ ХРЕБТА МЕТОДОМ ТЕРМОАБЛЯЦІЇ</b>	<b>158</b>
<i>Світлична Каріна, Петренкова Катерина, Денисенко Денис</i> <b>АКУТАЛЬНІСТЬ СВОЄЧАСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ</b>	<b>158</b>
<i>Табака Христина</i> <b>СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ</b>	<b>159</b>
<i>Телиця Євген</i> <b>ВАЖЛИВІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ДІАГНОЗУ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКОЛІОЗОМ</b>	<b>159</b>
<b>•Педіатрія</b>	
<i>Багрій А.В., Пилип'як М.В.</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У СЕМИРІЧНОЇ ДИТИНИ</b>	<b>162</b>