



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ  
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ  
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

***5 лютого 2021 року***

**Запоріжжя – 2021**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ**

Чорний М.О., І медичний факультет, 6 курс  
(наук. кер. проф. Губка В.О.)

Актуальність теми: Гостра артеріальна ішемія кінцівок є однією з найістотніших причин інвалідизації пацієнтів. Число випадків гострої ішемії кінцівок становить від 50 до 100 випадків на кожні 100 тис. населення розвинених країн. Від 5,5% до 14,6% випадків гострої ішемії кінцівок призводять до зниження якості життя пацієнта або ампутації кінцівки.

Мета дослідження: проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів з гострою артеріальною непрохідністю для зменшення ризику ампутації кінцівки.

Матеріали та методи: обстежено 54 пацієнта з гострою артеріальною непрохідністю, яких було прооперовано в клініці госпітальної хірургії ЗДМУ на базі відділення судинної та ендovasкулярної хірургії КНП ЗОКЛ ЗОР з січня по грудень 2020 року. Було взято такі показники - вік, стать, стадія гострої ішемії, локалізація ураження, причину тромбоемболії та вид виконаної операції.

Результати: При опрацювання даних було отримано такі результати: загальна кількість прооперованих осіб чоловічої статі – 18 (33,3%), осіб жіночої статі – 36 (66,7%). Проаналізувавши вікові групи було отримано такі результати: середній вік хворих склав  $66,8 \pm 4,2$  року. В діапазоні 31-60 років кількість хворих склала - 8 (14,8%), в діапазоні 61 рік і вище – 46 (85,2%), що вказує на те, що частіше хворіють люди старшого та похилого віку. Розподіл хворих по степені ішемії класифікувалася за В.С.Савельєву: хворих з I-а стадією становить – 14 (25,9%), I-б – 10 (18,5%), II-а – 6 (11,1%), II-б – 9 (16,6%), III-а – 3 (5,6%), III-б – 12 (22,2%). Було проведено такі види операцій, як: тромбектомія – 16 (29,6%), емболектомія – 26 (48,2%), тромбектомія з пластикою – 7 (12,9%), ампутація кінцівки – 5 (9,3%). За локалізацією уражень було отримано такі результати: ураження, що локалізовані вище пахової зв'язки – 5 (9,3%), нижче пахової зв'язки – 32 (59,3%), верхні кінцівки – 17 (31,4%). Проаналізувавши генез ГАН отримано результати: в наслідок атеросклеротичного ураження судин – 29 (53,7%), кардіогенні - 25 (46,3%). Для лікування основної паталогії було призначено патогенетичне лікування.

Висновок: серед 54 пацієнтів, що було прооперовано, п'ятьом з них виконано первинну ампутацію кінцівки, це 9,3% всіх пацієнтів. Гостра артеріальна непрохідність частіше зустрічається у віковій групі 61 і старше (85,2%) і це люди старшого і похилого віку. Найбільша кількість звернень 14 (25,9%) з I-а стадією з ГАН. Найчастіша причина – атеросклероз 29 (53,7%). Локалізація ураження – нижче пахової зв'язки – 32 (59,3%). Усім хворим призначено відповідне лікування.

## **ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АНОРЕКТАЛЬНИХ ВАД У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

Давидова А.Ж., II медичний факультет, 6 курс  
(наук. кер. доц. Макарова М.О.)

Актуальність: За даними статистики, кожен день в світі з 1000-1500 дітей народжується 1 дитина з вадами розвитку аноректальної області, і на сьогоднішній день частота випадків цієї паталогії не має тенденції до зниження. Не дивлячись на досягнення у сфері колопроктології, більшість оперативних модифікацій, навіть у поєднанні з подальшими методами реабілітації, не дають повноцінних задовільних результатів лікування (10-60%), особливо при поєднанні декількох паталогій.

Метою роботи було: Встановити результати оперативного лікування дітей з аноректальними вадами розвитку за останні 10 років та розробити алгоритм хірургічного лікування.

Матеріали і методи: Були досліджені історії хвороб та операційні журнали дітей з аноректальними вадами розвитку, яким проводили оперативне лікування на базі ЗГМДБ №5 та ЗОДКЛодноетапні за методиками Пена, передньої та задньої сагітальної проктопластики, а також багатоетапні корекції.

Результати дослідження: В період з 1999 по 2019 рік нараховано 50 дітей, що були прооперовані в м. Запоріжжя з аноректальними вадами. У 10-ти дітей були присутні супутні вади розвитку: у 4-х дітей було виявлено атрезією стравоходу (40%), 3- мали вади кишківника, які супроводжуються непрохідністю дванадцятипалої кишки (30%), 1 дитина-мегауретер (10%), 1 дитина-серцево-судинну патологію (10%) і 1 дитина мала гідронефроз (10%). За гендерною приналежністю визначено, що аноректальні вади частіше зустрічались у новонароджених чоловічої статі - з 50-ти дітей нараховано 39 хлопчиків, що складає 78%, та 11 дівчат, що складає 22%. Багатоетапне оперативне втручання було проведено 18 дітям, що становить 36%. Одноетапна корекція виконувалася трьома способами: передньою сагітальною проктопластикою було прооперовано 11 дітей (22%), задньою сагітальною проктопластикою – 10 дітей (20%), та сакральним доступом (доступом за Пена)– 11 дітей (22%). Після оперативного втручання задовільний результат лікування отриманий у 47-ми (94%) дітей, ускладнення були присутні лише у 3-х, що складало 6%. Серед ускладнень спостерігались нагноєння операційної рани (у однієї дитини) та тачасткованеспроможність післяопераційних швів (у 2-х випадках). Летальних випадків не відмічалось.

Висновок: вважаючи на досвід нашої клініки, ми надаємо перевагу одноетапній корекції аноректальних вад та одномоментній корекції супутніх вад. До 2009 року всі високі атрезії ануса оперувалися багатоетапно через накладання колостоми, з 2009 року колостома накладається лише при неможливості проведення радикальної операції через наявність супутніх захворювань: дихальних, серцево-судинних, тощо. При наявності видимої фістули ми застосовуємо передню або задню сагітальну проктопластику, при високих атрезіях надаємо перевагу пластиці за Пена. Це стало можливим лише при ранній корекції вади в перші дні життя. При необхідності відкласти операцію і при наявності фістули, проводиться її бужування, а корекція вади проводиться в три етапи, або одноетапно після 6 місяців.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ МЕТОДОМ ТОТАЛЬНОЇ АРТРОПЛАСТИКИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА**

Лісунов М. С. (I медичний факультет, 6 курс), Богданова В.Д. (III медичний факультет, 3 курс)  
(наук. кер. проф. Колеснік О.П.)

Актуальність: Чотирьохфрагментарний перелом проксимального метаепіфізу плечової кістки – ушкодження, що за відсутності якісної спеціалізованої допомоги загрожує інвалідизацією пацієнта. Один з варіантів лікувальної тактики - накістковий блокуючий остеосинтез пластиною з кутовою стабільністю. Нажаль, не всім пацієнтам вдається досягти задовільного функціонального результату. За даними ретроспективних досліджень, результатом 14-17% оперативних втручань був незадовільний функціональний результат за шкалою CS. Також високим залишається ризик післяопераційних ускладнень таких, як асептичний некроз голівки плечової кістки, міграція компонентів імплантату, тощо. Артропластика плечового