



ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ І МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ



2012 (9) додаток

Матеріали конференції
«МЕДИЦИНА ТА ФАРМАЦІЯ
XXI СТОЛІТТЯ –
КРОК У МАЙБУТНЄ»

2

том, что лечение ГЭРБ в сочетании с грыжей ПОД должно быть хирургическим ввиду его более высокой эффективности по сравнению с медикаментозным. **Цель работы** - изучить результаты применения лапароскопической фундопликации в хирургическом лечении ГЭРБ в сочетании с грыжей ПОД. **Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 58 пациентов с ГЭРБ в сочетании с грыжей ПОД I-IV степени (по классификации Б.В. Петровского, 1966), у которых выполнены лапароскопическая фундопликация и круорофия. В анализируемой группе было 37 (63,8 %) женщин и 21 (36,2 %) мужчин. Возраст больных варьировал от 24 до 80 лет. Методика лапароскопической фундопликации ShotFloppyNissen была выполнена у — 26 (44,8%) больных, по Toupet — у 21 (36,2%), по Nissen-Rosetti — у 7 (12,1%) пациентов, по Dor — у 4 больных (6,9%). 8 пациентам (13,8%) симультанно была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Всем пациентам выполнялась задняя либо комбинированная круорофия и высокая интрамедиастинальная диссекция пищевода. До операции и в послеоперационный период обязательно проводили эндоскопию пищевода с биопсией, рентгеноскопию, рН-метрию. **Полученные результаты.** Все пациенты в раннем послеоперационном периоде отметили исчезновение симптомов ГЭРБ. В отдаленном периоде рецидивов ГЭРБ не диагностировано. У 1 (1,7 %) пациента с бронхиальной астмой через полгода после операции (ввиду частого повторного кашля) отмечен рентгенологический рецидив грыжи ПОД, проявляющийся учащением приступов астмы. Больная принимает ингибиторы протонной помпы и не требует повторного оперативного вмешательства. Конверсий и летальных исходов удалось избежать. Одно интраоперационное осложнение, представленное левосторонним карбокситораком, потребовало коррекции вентиляционных параметров. Острая дисфагия в раннем послеоперационном периоде развилась у 2 пациентов (3,4 %), у 1 (1,7 %) пациента острая послеоперационная дисфагия при употреблении плотной пищи сохранялась более 1 месяца. Во всех случаях была выполнена релапароскопия с переводом тотальной фундопликационной манжеты в парциальную (по методу Toupet). В 2 случаях (3,4 %) отмечались ранние неспецифические осложнения: госпитальная нижнедолевая пневмония (1) и двусторонний экссудативный плеврит (1).

Выводы.

1. Лапароскопическая фундопликация в сочетании с круорофией является методом выбора хирургического лечения ГЭРБ в сочетании с грыжей ПОД.
2. Необходим дальнейший анализ отдаленных результатов различных лапароскопических методик лечения ГЭРБ с целью выбора оптимального метода хирургической коррекции.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ

Кобченко Н.В.

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Соколова И.И.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра стоматологии

Негативная динамика показателей здоровья детей и подростков в последние годы является причиной активизации исследований по изучению факторов, влияющих на состояние пародонта (Инглик Т.Н., 2006, К. Milson et al., 2006). Заболеваемость гингивитом возрастает, начиная с 5 лет, достигает пика в период полового созревания и остается высокой на протяжении всей жизни (Артюшкевич А.С., 2006, Бекетова Е.Н., 2007). Высокая распространенность, склонность к прогрессированию и рецидивам, трудоемкость и недостаточная эффективность лечения и профилактики воспалительных заболеваний пародонта определяют значимость этой проблемы в современной стоматологии (Безрукова И.В., 2005; Грудянов А.И., 2008, Пурсанова А. Е., 2008, P. Berg, D. Coniglio, 2006). Проблема воспалительных заболеваний пародонта у детей школьного возраста связана с тем, что ткани

пародонта длительно находятся в состоянии физиологического напряжения, связанного с развитием, прорезыванием, формированием и рассасыванием корней молочных и формированием корней постоянных зубов. К местным факторам, провоцирующим развитие гингивита, относятся низкий уровень гигиены полости рта, аномалии прикрепления уздечек губ и языка, наличие дополнительных тяжёлой слизистой оболочки, мелкое преддверие полости рта, зубочелюстные аномалии и деформации зубов и челюстей, множественный пришеечный кариес, отсутствие пломб на контактных поверхностях, вредные привычки.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ α -SMA ТА КОЛАГЕНУ IV ТИПУ У ПІДШЛУНКОВІЙ ЗАЛОЗІ В НОРМІ ТА ПРИ ХРОНІЧНОМУ ФІБРОЗНО-ІНДУРАТИВНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Коваленко І.С.

Науковий керівник: проф. В.О. Туманський
Запорізький державний медичний університет,

Кафедра патологічної анатомії і судової медицини з основами права

Головною патологічною особливістю хронічного панкреатиту (ХП) є панкреатичний фіброз, морфогенез якого вивчено недостатньо. З метою визначення ролі панкреатичних зірчастих клітин (ПЗК) в розвитку панкреатичного фіброзу досліджено особливості експресії α -SMA та колагену IV типу з використанням моноклональних антитіл до α -ізоформи гладком'язового актину та до колагену IV типу і системи візуалізації DAKO En Vision+ (Данія) у ПЗ в нормі (5 хворих) та у ПЗ при ХП (15 хворих). Наявність панкреатичного фіброзу визначалась при забарвленні гістологічних зрізів за Ван-Гізон та Масон-триколом. В результаті проведених досліджень встановлено, що в тканині ПЗ без панкреатофіброзу експресія α -SMA спостерігається лише у гладком'язових клітинах стінок судин та у поодиноких зірчастих клітинах перидуктальних просторів, експресія колагену IV типу визначається в поодиноких міофібробластах сполучнотканинних міждолькових перетинках ПЗ. У хворих на хронічний фіброзно-індуративний панкреатит за патоморфологічними ознаками виявлено перидуктальний, інтра- та інтерлобулярний фіброз ПЗ. У зонах панкреатичного фіброзу цих хворих виявлено значне збільшення кількості α -SMA позитивних зірчастих клітин в перидуктальних, периацинарних, периваскулярних просторах та збільшення в цих зонах експресії колагену IV типу. Таким чином встановлено, що головними клітинами-продуцентами фібрлярного колагену IV типу (основного компоненту фіброзу) при ХП є α -SMA позитивні ПЗК.

ДЕКОМПРЕССИОННАЯ КРАНИОТОМИЯ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ПОЛУШАРНЫХ И МОЗЖЕЧКОВЫХ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

Ковальчук О.Д., Бонзюк Л.И.

Научный руководитель: к.мед.н. Михалева А.С.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии с курсом ФПК и ППС

Цель исследования: Оценить результаты хирургического лечения больных с объемными полушарными и мозжечковыми геморрагическими инсультами. **Материалы и методы.** Проанализированы 54 истории болезни пациентов с диагнозом геморрагический инсульт, проходивших лечение в НХО–2 ККБ № 1 в 2010 году. **Результаты и обсуждения.** Почти 50% пациентов были доставлены в лечебное учреждение спустя более 24 часов после развития первых симптомов инсульта, в состоянии прогрессирующего неврологического дефицита: при поступлении 62% пациентов находились в состоянии сопора, 17% – в коме 1. В 29% случаев гематома локализовалась в лобной области, в 27% – в височной, в 10% – в затылочной, в 7% – в лобно-височной, в 8% – в височно-теменной, в 4% – в мозжечке, в остальных случаях регистрировался прорыв гематомы в желудочковую систему. В 75%