

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених

та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)
Харків, 2016. – 518 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

определенную сторону эпифиза с целью блокирования зоны роста до полной коррекции деформации, после чего их удаляли. Результаты метода были положительны, но из-за существующих осложнений в виде разрушения и миграции скоб, метод имеет ограниченные показания к применению в настоящее время. Р.М. Steavens в 2007 применил восьмиобразные пластины (8-plate) с двумя винтами. В ходе операции экстрапериостально устанавливается пластина с двумя винтами на необходимом уровне эпифиза определенного сегмента, а другая часть зоны роста, которая не заблокирована пластиной и винтами, продолжает расти. В части эпифиза к которому прилежит пластина, формируется зона избыточного давления, что приводит к снижению скорости роста в ней в отличие от противоположной стороны. Происходит ассиметричный рост сегмента ББК и постепенная коррекция деформации.

Выводы. Учитывая данные литературных источников считаем метод «временного гемиепифизодеза» имеет определенные преимущества перед другими существующими методиками: малоинвазивность и малотравматичность, период стационарного лечения составляет 3-4 дня, отсутствие необходимости в реабилитации, относительная дешевизна металлоконструкции, минимальное количество осложнений в ходе лечения.

Загоруйко В.О., Сикал М.О.
ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ЧЕРЕВНИХ
ГРИЖ.

Харківський національний медичний університет,
Кафедра хірургії №2

Рішення проблеми ефективного лікування черевних гриж в даний час актуально через поширеність цієї хвороби серед людей працездатного віку і досить високого відсотка ускладнень, рецидивів і смертності. Нові перспективи в хірургії гриж відкриває малоінвазивна лапароскопічна техніка. Використання лапароскопічної техніки може значно знизити післяопераційні ускладнення та інвалідність. Проте, дана методика не є досконалою і має ряд специфічних труднощів цієї технології.

Починаючи з 2011 року в Харківській обласній клінічній лікарні розпочато виконання лапароскопічних герніопластик. За період з 2011р. по 2015 р прооперовано 1546 хворих з використанням алотрансплантату, у віці від 19 до 84 років.

Для обстеження були використані ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Ми використовуємо кілька методів "першого (уколу) пострілу». У всіх випадках спайкового процесу в черевній порожнині, бажано використовувати або оптичний троакар або Hassantехніку. Вибір методу лапароскопічної пластики залежить від розташування та розміру грижових воріт.

У випадках пахових гриж виконана - трансабдомінальна преперітонеальна пластика (TAPP) - 86 пацієнтів. У випадках післяопераційних і пупкових гриж у 29 хворих справили інтраперітонеальним пластику (IPOM). Для імплантації сітчастих ендопротезів використовувалися UltraPro (Ethicon) і PARIETENLIGHT (COVIDIEN) з його фіксацією степлером "Protak", а також самофіксуючу PROGREEP (COVIDIEN), з відновлюючим очеревиною ендощвом. 20 пацієнтів, одночасно з проведенням герніопластики перенесли операції на органах черевної порожнини.

Використання лапароскопічної операції в хірургічному лікуванні черевних гриж є ефективною альтернативою відкритого способу операції. З інтраопераційних

ускладнень частіше зустрічалися кровотечі (з троакарної рани, пошкодження нижніх епігастральних судин), гематоми пахової області, невралгії і парестезії, плечолопатковий больовий синдром, підшкірна емфізема. Ми вважаємо, що необхідно проведення ретельного гемостазу, навіть при малій інтенсивності й тривалості кровотечі. Гемостаз досягається у всіх випадках лапароскопії - прошиванням або коагуляцією. У ранньому післяопераційному періоді спостерігалися сіроми, які були ліквідовані консервативними пункціями. Тривалість стаціонарного лікування становила від 12 годин до 4 діб, в середньому 2 доби.

Застосування мініінвазивних методик в лікуванні черевних гриж в хірургічній практиці є ефективною альтернативою традиційним операціям. Перевагами лапароскопічної герніопластики в порівнянні з традиційними методами - можливість оглянути черевну порожнину, одночасне закриття сітчастим протезом всіх слабких місць передньої черевної стінки, зменшення тривалості перебування пацієнта в стаціонарі.

Ивженко Л.И., Шеремета И.А.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра офтальмологии**

Актуальность: Дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ) — это чрезвычайно распространенное заболевание век, на которое, тем не менее, практические офтальмологи обращают внимание очень редко. Как следствие, эта категория пациентов остается без необходимой терапии. У 38,9 % пациентов моложе 30 лет и у 71,7 % пациентов 60 лет и старше диагностируют ДМЖ. Дисфункция мейбомиевых желез заключается в нарушении липидного состава слезной жидкости, приводящее к синдрому «сухого глаза». ДМЖ является хронической, диффузной патологией мейбомиевых желез (МЖ), в следствии закупорки протока и/или качественными/количественными изменениями в железистой секреции. Это может привести к нарушениям структуры слезной пленки, симптомам раздражения глаза, его воспаления, и заболеваниям глазной поверхности. Проведенные исследования подтверждают, что обструктивное заболевание МЖ происходит вследствие гиперкератоза их выводных протоков, который в свою очередь ведет к стазу секрета МЖ и в итоге — к увеличению испарения слезной пленки с последующими патологическими изменениями поверхности глаза. Липидный слой, который образуется благодаря секреции МЖ является средой, обеспечивающей правильную работу преломляющего аппарата глаза. Его изменения могут влиять как на рефракцию глаза, так и на конечную остроту зрения.

Цель работы: изучение характера зрительных функций у пациентов с дисфункцией мейбомиевых желез.

Материалы и методы: 41 больных с дисфункцией мейбомиевых желез в возрасте 27 – 70 лет (10 мужчин, 31 женщин). Контрольная группа - 22 человека без дисфункции мейбомиевых желез (10 мужчин, 11 женщин). Кроме стандартного офтальмологического исследования всем больным проводили тест Ширмера, пробу Норна, определяли глазной индекс защиты (ОП), IVAD тест, авторефрактометрию. Для оценки полученных данных использовалась классификация Международного Совета по ДМЖ 2011, согласно которой выделяют гипосекреторный, гиперсекреторный и обструктивный типы ДМЖ.