

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.

По шкале Visick отличные и хорошие результаты были получены у 31 (73,8%), удовлетворительные (эрозивный гастрит, дуодениты) - 10 (23,8%), плохие (рецидив язвенной болезни) - 1 (2,4%).

Выводы:

1. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ является эффективным и безопасным способом лечения, который позволяет полноценно провести ревизию брюшной полости и адекватно её санировать.

2. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ с последующей современной противоязвенной терапией позволяет улучшить качество жизни пациента и приводит к выздоровлению в 97,6% случаев.

Трофимов М.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет,

Харьков, Украина

Научный руководитель: Свирипо П.В.

Бактериальные абсцессы печени (БАП) составляют 0,16% заболеваний хирургического профиля, которые нуждаются в хирургическом лечении (О.Д.Шаталов, 2006). Традиционные открытые методы лечения БАП приводят к послеоперационным осложнениям и высокой послеоперационной летальности от 17% до 55% (Д.М.Адамович, 2012).

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения БАП.

За период 2005-2015г. в клинике находилось на лечении 64 пациента БАП. Из них мужчин- 34(53%), женщин- 30(47%). Средний возраст составил $47,5 \pm 2$ года. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа- пациенты, оперированные общепринятым открытым хирургическим доступом с использованием метода Кохера и срединной лапаротомии- 25(39%). Вторая группа- 39(61%) пациентов, которым выполнялись малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ- 25(39%) и с применением лапароскопических методов – 14(21,8%).

Во всех группах проводился стандартный комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, УЗИ и СКТ методов исследования. Во всех случаях оценивали размеры абсцессов, локализацию по сегментам печени, их количество и взаиморасположение с трубчатыми структурами печени.

Этиологическими причинами БАП явились: последствия травмы печени (закрытая и открытая)- 11(17%), холангиогенные абсцессы в результате холедохолитиаза и опухоли желчных протоков и внепечёночных желчных протоков- 8(12,5%), постнекротические абсцессы после эндоваскулярной эмболизации гемангиомы печени-2(3%), пиогенные абсцессы- 43(67,5%). Одиночный абсцесс диагностирован у 23(36%), множественный- у 41(64%). Абсцессы располагались в 3(4,7%) случаях в обеих долях. В 61(95,3%)- абсцессы находили только в одной доле(95,3%). Размеры БАП от 1 до 5 см верифицированы у 21(33%) пациента, от 5 до 10см у 36(56,25%), от 10см и более у 7(10,75%).

В первой группе после лапаротомии производили ревизию брюшной полости, забрюшинного пространства, выполняли вскрытие и дренирование абсцесса двупросветным дренажом- 8(32%). Анатомическая и атипичная резекция печени была

выполнена у 7(28%) пациентов. Показаниями к резекции печени считали множественные БАП в пределах одной анатомической области и крупные абсцессы (более 10см) занимающие всю анатомическую область печени. Ранние послеоперационные осложнения в данной группе составили: нагноение послеоперационной раны- 4(16%), внутрибрюшное кровотечение- 1(4%) , желчеистечение- 1(4%), абсцессы брюшной полости- 2(8%), экссудативный плеврит- 3(12%), пневмония- 5(20%). Летальных исходов не отмечено. Средней срок пребывания в стационаре составил 18,5±2 койко-дня.

Во второй группе лечение заключалось в пункции и дренировании БАП под контролем УЗИ при размерах абсцессов от 1 до 10 см- 29 (74%). Независимо от количества и локализации БАП у оставшихся 10(26%) пациентов выполнялось лапароскопическое дренирование абсцессов. Размеры БАП составили 10см и более- 7(70%), у 3(30%) пациентов, имелась локализация двух и более абсцессов в пределах одной анатомической области. После операции всем пациентам ежедневно выполнялась санация полости абсцессов растворами декасана и диоксизоля. Критериями адекватной санации считали снижение температуры тела, прекращение выделения гнойного отделяемого по дренажам, уменьшение размеров полости по данным УЗИ и фистулографии. Сроки дренирования составили от 7 до 32 суток. Лечение осуществлялось под контролем бактериологического исследования отделяемого. Также все больные получали антибактериальную терапию препаратами широко спектра действия и гепатотропной направленности. Послеоперационные осложнения в данной группе составили: пневмония- 17 (43,5%), экссудативный плеврит- 21 (53,8%). Летальных исходов не отмечено. Средний срок пребывания в стационаре- 10,2±1,5 койко-дня. Отдалённые результаты прослежены в срок от 6 месяцев до трёх лет. Рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы.

1. Малоинвазивные методы лечения БАП являются эффективным и безопасным способом, который позволяют уменьшить количество послеоперационных осложнений и сократить время пребывания в стационаре.

2. Преимуществами пункционно- дренирующих вмешательств являются отсутствие необходимости общей анестезии, малая травматичность, высокая точность дренирования, возможность продолжения лечения амбулаторно.

Фадеев П.В., Матасов А.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №1

Проблема лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями давно вышла на первое место во всем мире, о чем свидетельствуют данные Всемирной организации здравоохранения. Ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 17 млн. человек. В структуре смертности главное место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), от нее каждый год погибает 7,3 млн. человек. В Украине от заболеваний сердечно-сосудистой системы страдает 26,2 млн. человек, из которых 12 млн. приходится на артериальную гипертензию, около 9 млн. приходится на ИБС, 50 тыс. на инфаркт миокарда (ИМ).