

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)
Харків, 2017. – 600 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

pathogenetically justified in recurrent inguinal hernias and ventral hernias of medium size, whereas the large and giant hernias indicated for open technique.

Арутюнян А. Ю.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО БИЛИАРНОГО
СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ПЛАСТИКОВЫХ И
САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
хирургии №2, Харьков, Украина**

Научный руководитель: к. м. н. Свирепо П. В.

Актуальность. В настоящее время вопросы своевременной диагностики и рациональной тактики лечения механической желтухи (МЖ) являются наиболее сложными в абдоминальной онкологии. МЖ приводит к быстрому нарастанию печёночной недостаточности и возникновению других тяжелых осложнений, в том числе инфекционных. Ликвидация МЖ, особенно при развитии на её фоне интоксикации и печёночной недостаточности, является первоочередной задачей в тактике лечения данной категории пациентов (Гальперин Э. И., 2011 г.).

Цель исследования. Определение возможности эндоскопического ретроградного билиарного стентирования (ЭРБС) при опухолевой МЖ и сравнение результатов стентирования при помощи пластиковых и саморасширяющихся металлических стентов (СМС).

Материалы и методы. В период с 2013 по 2015 гг. в клинике выполнено ЭРБС как окончательное лечение у 64 неоперабельных пациентов с 3-4 стадией злокачественных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнённых МЖ. Все пациенты были разделены на 2 группы по 32 человека. В первой группе пациентам устанавливали пластиковый стент диаметром 8,5-10 Fr. Во второй группе были использованы покрытые СМС диаметром 10 Fr. Средний возраст пациентов составил $67,3 \pm 8,1$ лет. Женщин – 47 (73,4%), а мужчин – 17 (26,6%). Комплексное обследование позволило выявить, что причиной механической желтухи была опухоль головки поджелудочной железы у 29 (45,4 %) пациентов, опухоль большого дуоденального сосочка у 9 (14%), опухоль жёлчного протока у 9 (14%), опухоль жёлчного пузыря - 7 (11%), метастатическое поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки со сдавлением жёлчного протока - у 10 (15,6%). При определении стадии опухолевого процесса руководствовались классификацией ТМN в редакции 2009 г. Диагностика характера желтухи, уровня и причины окклюзии желчевыводящих путей выполненная в течение первых двух суток от поступления. Оценка печёночной недостаточности проводилась по классификации Чайлд-Пью (1972 г.). 57 (89%) пациентов имели субкомпенсированную и компенсированную степень печёночной недостаточности.

В первой группе пациентов устанавливали пластиковые стенты диаметром 8,5-10 Fr фирм Wilson-Cook, Boston Scientific; во второй группе использовали СМС диаметром 10 Fr Hanarostent, Walstent.

Результаты. Во всех случаях установка билиарных стентов осуществлена после предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Осложнения в 1 группе составили: острый панкреатит - 2 (3,1%), кровотечение из области ЭПСТ - 2 (3,1%), миграция стента - 3 (4,7%). Всего - 7 (10,9%). Осложнения во 2 группе составили: острый панкреатит - 3 (4,7%), острый холецистит - 1 (1,5%), миграция стента - 1 (1,5%). Всего - 5 (7,7%). Послеоперационной летальности не было в обеих группах. После билиарного стентирования у всех пациентов желтуха исчезла или существенно разрешилась, средний уровень билирубинемии до операции составил в 1 группе - $212,2 \pm 76,2$ мкмоль/л, во 2 группе - $206,1 \pm 75,2$ мкмоль/л. Продолжительность желтушного периода до первичного дренирования в 1 группе - 11 ± 5 суток, во 2 группе - $13,5 \pm 7,3$ суток. Все пациенты были выписаны из клиники, учитывая их неоперабельный статус. В связи с окклюзией эндопротеза и рецидивирования механической желтухи повторно госпитализированы 16 пациентов из 1 группы и 7 пациентов из 2 группы. Средний срок функции пластиковых билиарных стентов составил $109,9 \pm 101,2$ дня (3,5 месяца); срок функции СМС составил $256,5 \pm 90,5$ суток (8,5 месяцев).

Выводы. 1. ЭРБС желчных протоков при злокачественных опухолях панкреатобилиарной области является эффективным методом ликвидации механической желтухи. 2. Применение СМС явилось полноценной альтернативой паллиативных хирургических операций с наложением билиодигестивного анастомоза при лечении опухолевой МЖ.

Бабаева А. Р.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ НА ФОНЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра медицины неотложных состояний, анестезиологии и
интенсивной терапии, г. Харьков, Украина**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Соколов А.С.

Актуальность: Течение сахарного диабета (СД) в особенности II типа, в следствии поражения сосудов сопровождается развитием ряда осложнений. Одним из наиболее угрожающих жизни является диабетическая нефропатия с нефротическим синдромом (НС).

Тромбозы и эмболии, являются самыми частыми осложнениями нефротического синдрома. Наиболее часто НС осложняют венозные тромбозы. Тромбозы вен нижних конечностей нередко служат источником ТЭЛА, которая развивается в 19-26% случаев у взрослых пациентов и в 35% у детей.