

**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.

6; ЕРХПГ - у 5. За даними ендоскопії діагноз встановлений у 2 хворих. Аналіз результатів діагностики хірургічного лікування синдрому Міріззі показав, що з 34 хворих 14 - госпіталізовано з ознаками гострого холециститу, 5 - ускладненого формуванням підпечінкового або піддіафрагмального абсцесу, 1 - абсцесу печінки; 18 - з обтураційною жовтяницею, холедохолітіазом на тлі гострого холециститу; 2 - непрохідністю тонкої кишки. Застосування УЗД і КТ не дало змоги достовірно діагностувати синдром Міріззі, у хворих виявляли симптоми калькульозного холециститу або обструктивної жовтяниці. Аналіз інтраопераційних змін свідчить про те, що з переходом від першого типу синдрому Міріззі до п'ятого збільшується ступінь морфологічних змін в системі жовчний міхур - жовчні протоки - 12 палої кишки, що характеризуються облітерацією трикутника Кало, з порушенням цілісності 12 палої кишки з розвитком холецистобіліарної чи холецистодигестивної нориці. Хірургічна корекція патологічного процесу можлива шляхом видалення жовчного міхура або його субтотальної резекції з пластикою нориці, зовнішнім дренажем жовчних проток або накладенням гепатікоєюноанастомозу по Ру.

Завгородній А.С.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ПЛАСТИКА ПРИВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ (ПРОМ ТА ТАРР)

**Харківський національний медичний університет
кафедра хірургії №2**

Науковий керівник: к.мед.н. Антонова М.С.

Актуальність. Грижі передньої черевної стінки входять в число найбільш поширених захворювань людини. Вони зустрічаються у 6-7% всіх чоловіків і у 2,5% жінок. Причому 70-80% всіх гриж складають пахові, а більш ніж в 90-95% випадків ними страждають чоловіки. Грижосічення залишається найчастішим втручанням в структурі «планових» операцій на органах черевної порожнини.

Мета. Узагальнити переваги лапароскопічної пластики вентральних гриж (ПРОМ та ТАРР) і поліпшити результати лікування у хворих з ущемленими грижами передньої черевної стінки.

Матеріали і методи: Проаналізовані літературні джерела щодо застосування лапароскопічної пластики (ПРОМ та ТАРР) в лікуванні вентральної грижі. Виконання даного виду операції стало можливим завдяки розробці і впровадженню в медичну практику спеціальних сіток. Одна сторона такої сітки, яка звернена до внутрішніх органів, покрита спеціальною плівкою, яка перешкоджає зрощенню органів черевної порожнини з сіткою. Суть операції полягає в тому, що за допомогою відеокамери і інструментів через невеликі проколи на черевній стінці відбувається усунення грижового дефекту зсередини черевної порожнини за допомогою вищеописаної сітки. Попередньо перед установкою сітки усувають всі зрощення внутрішніх органів з очеревиною і ліквідують грижові ворота. Далі встановлюють сітку і

фіксують її за допомогою спеціальних швів, які проходять через прямі м'язи живота і фіксуються над апоневрозом прямих м'язів. Додатково сітку фіксують за допомогою спеціального інструменту - герніостеплера.

Результати роботи. На базі КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» за 2016 рік вивчені результати лікування 28 хворих, з них ТАРР – 19, ІРОМ- 9 пацієнтів. ІРОМ є найнадійнішим способом пластики, що дає найменшу кількість рецидивів, особливо при гігантських післяопераційних вентральних грижах. Даний факт видається цілком обґрунтованим з позицій анатомії і оперативної хірургії. Черевна стінка в ході виконання ІРОМ та ТАРР не піддається розшаруванню, взаємній отсепаровці компонентів. Травматичні маніпуляції знижують міцність черевної стінки в цілому, але сприяють грубому рубцово-спайковому процесу. Ефект зморщення сітки при інтраабдомінальній імплантації виражений менше, ніж при інших видах пластики.

Висновки: Післяопераційні ускладнення у 4 пацієнтів – сероми в області імпланта (видалені в післяопераційному періоді), гемостаз, в ході операції, досягнут прошиванням скорняжною голкою. При виконанні ТАРР у 2 хворих виявлені на першу добу гематоми в області імпланта, які ліквідовані шляхом пункції. Надалі з метою профілактики гематом в область імпланта встановлювався дренаж по Редону, який видалявся на 2 день після операції. Спосіб ІРОМ може бути з успіхом застосований для закриття дефекту в області внутрішнього пахового кільця- простіше і швидше, ніж ТАРР або ТЕР. Інтраперитонеальна пластика виглядає в цьому відношенні найбільш перспективно, тому що при її виконанні контактсідчастогоендопротеза з сім'яним канатиком вкрай обмежений по площі, а мобілізація останнього мінімальна. Переваги ІРОМ дозволили застосувати метод для превентивної пластики черевної стінки.

Завгородній А.С.

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КОМПРЕСІЙНИМИ
ПЕРЕЛОМАМИ ТІЛ ХРЕБЦІВ НА ФОНІ СИСТЕМОГО
ОСТЕОПОРОЗУ**

**Харківський національний медичний університет
кафедра травматології та ортопедії**

**ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України», Харків,
Україна**

**Наукові керівники: д. мед. н., проф. Голка Г.Г., к.мед.н. Попов А.І.,
асс. Істомін Д.А.**

Актуальність. Остеопороз є поширеним по всьому світу метаболічним захворюванням скелету, що характеризується зниженням маси кісткової тканини, порушенням її мікроархітекτονіки з подальшим зниженням міцності кістки і підвищенням ризику переломів. В даний час в Україні остеопорозом страждає 2,5 млн. жінок і 900 тис. чоловіків, 50% внаслідок захворювання стають інвалідами, 20% помирають від ускладнень цієї хвороби.

Мета роботи: Визначити варіанти лікування пацієнтів з остеопоротичними переломами хребта.