

**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.

адреноблокатори) і локального впливу (термодеструкція, склерозування, лазеротерапія, рентгенотерапія, емболізація живлячих судин, компресія, оперативне видалення).

Вірно встановлений діагноз з оцінкою фази розвитку визначає реальний прогноз і складання адекватного плану спостереження і лікування кожного пацієнта.

За період з 2014 р. по 2016 р. в стаціонарі обласної дитячої клінічної лікарні №1 м. Харкова лікувалось 211 дітей з приводу гемангіом різних локалізацій. У віці до 1 року госпіталізовано 179 дітей, у віці старше 1 року 32 дитини. Основну кількість хворих склали дівчата (63%).

Було використано наступні методи лікування: динамічне спостереження, пероральний прийом пропранололу або преднізолону, компресійна терапія, кріотерапія, термокоагуляція, місцева стероїдна терапія і хірургічне видалення з застосуванням високочастотного коагулятора ЕК-300 МІ.

Основними критеріями для призначення оперативного втручання була можливість повного або циторедуктивного видалення пухлини з хорошим косметичним ефектом. Втручання проведені з використанням високочастотного електрокоагулятора ЕК-300МІ в режимі «перекриття» (перемінна напруга частотою на виході 66 кГц, модуляція відсутня, амплітуда вихідної напруги до 100 В, максимальна вихідна напруга 350 В). Робота у даному режимі найбільш ефективна в умовах підвищеної вологості тканин, що спостерігається при характерній для гемангіом кровоточивості. Створюються умови для безкровної абляції пухлини, що дозволяє чітко диференціювати уражені здорові тканини та видалити пухлину єдиним блоком, виключаючи ймовірність імплантаційного росту.

Повне вилікування з хорошим косметичним ефектом досягнуто у абсолютної більшості дітей. Запропоновано програму лікування з урахуванням стадії розвитку, локалізації і розповсюженості ураження, що дозволяє з одного боку індивідуалізувати підхід до лікування, а з іншого стандартизувати його для досягнення бажаного косметичного і функціонального результатів.

Висновки: Підвищення ефективності лікування гемангіом у дітей базується на індивідуальному підході, з урахуванням фази розвитку пухлини і її морфології та використанні сучасних хірургічних технологій видалення.

**Куликова К.С., Пидкова А.И.**

## **ЭХОЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Кафедра хирургии №2, г.Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.м.н. М.С.Антонова**

Актуальность: на данный момент наблюдаются тенденции к увеличению количества больных с кистозными поражениями поджелудочной

железы. Наблюдается развитие ложной кисты в 10% случаев лечения больных с воспалительными процессами поджелудочной железы. Псевдокиста головки поджелудочной железы возникает в большей мере при хроническом воспалении поджелудочной железы, но также может возникнуть после сильной атаки острого панкреатита, либо при прогрессировании обструкции протока железы. Для лечения применяют: консервативный метод, чрескожное или эндоскопическое дренирование.

Цель исследования: изучить наиболее практичные и приемлемые способы малоинвазивных методов лечения такого осложнения панкреатита, как псевдокиста (при условии, что капсула кисты является одновременно и стенкой желудка). Определить эффективность их использования, как альтернативного способа лечения.

Материалы и методы: Мы изучили данные 16 пациентов, которым была проведена эндоскопическая цистогастростомия (ЭЦГ) по поводу псевдокист поджелудочной железы. Возраст пациентов составлял от 20 до 77 лет. 13 пациентов (81%) жаловались на боли в животе, 9 пациентов (56 %) жаловались на потерю аппетита и снижение веса. При этом эндоскопическое дренирование проводилось по одному из показаний: размере больше 5 см, болевой синдром, лихорадка, наличие желтухи.

Результаты эндоскопической цистогастростомии: у 14 человек (87,5 %) отмечалась полная регрессия кисты (из них у 1 пациента (6,25%) отмечалась окклюзия дренажной трубки и кровотечение в полость кисты, которое удалось ликвидировать в ходе лечения); у 1 пациентов (6,25%) неполная регрессия кисты; у 1 пациентов (6,25%) произошел рецидив.

Вывод: По результатам исследования можно прийти к мнению, что эхоцистогастростомия, как метод лечения псевдокист головки и тела поджелудочной железы, является более предпочтительным и усовершенствованным видом хирургической операции. При этом наблюдается быстрое купирование воспалительного процесса, низкий уровень осложнений - 6,25 %, отсутствие риска общей анестезии и больших травматических разрезов, неинвазивность операции обуславливает короткие сроки пребывания больных в стационаре, послеоперационный период без особенностей, оптимально быстрое восстановления трудоспособности, при правильном учете анатомических особенностей строения поджелудочной железы и подборе наиболее приемлемой тактики операции. Если сравнивать эхоцистогастростомию с чрескожным дренированием, то второй способ более часто применяется в Украине, не смотря на высокий риск осложнений из-за длительного нахождения катетера, и как следствие - возможное формирование наружного свища.

Эхоцистогастростомия является перспективным методом лечения и должна стать методом выбора лечения псевдокист головки и тела поджелудочной железы (особенно зрелых, стенка которых стабильна на протяжении 6 недель, что увеличивает шансы на положительный исход) при условии высокого уровня технологического обеспечения лечебного учреждения, на базе которого проводится процедура.