

**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.

установлением фаллопротезов: 1а полужестких фаллопротезов - 18 пациентов, 1б полиуретановых протезов - 37 пациентов. Во 2 группе были больные с трехкомпонентными гидравлическими фаллопротезами - 9 пациентов.

Результаты: Наибольшая эффективность у метода лечения КФ трехкомпонентными гидравлическими фаллопротезами (2), так как пациенты характеризуют их как самые физиологичные и с самыми качественными ощущениями. Однако если есть противопоказание к установлению трехкомпонентных гидравлических фаллопротезов, таких как самая высокая цена операции и протеза, а также зоны обильного фиброза и гигантские бляшки каренозного тела, и отсутствие возможности его бужирования – то используют полужесткие (1а) и полиуретановые пластичные (1б) фаллопротезы, что и доказывает их востребованность (55 пациентов выбрали однокомпонентные протезы несмотря на их меньшую физиологичность и не столь качественные ощущения против 9 выбравших трехкомпонентные гидравлические протезы.)

Выводы. Лечение кавернозного фиброза полового члена является только оперативное вмешательство. В нашей клинике наиболее используемые однокомпонентные фаллопротезы, однако, если больной при отсутствии противопоказаний может позволить цену установки фаллопротеза, то идеальным лучшим выбором будет операция с трехкомпонентными гидравлическими фаллопротезами для возвращения эректильной функции.

Долгов В.М., Котляр В.А.

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ
БРЮШИНЫ С ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРЕПАРАТА «ДЕФЕНСАЛЬ»**

**Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра хирургии №2, Харьков, Украина
Научный руководитель: Свирипо П.В.**

Актуальность. По данным литературы после хирургических операций на органах брюшной полости у 70% больных развивается спаечная болезнь с последующим возникновением острой спаечной непроходимости кишечника (ОСНК) [Магомедов М.А., 2010]. Частота рецидива ОСНК достигает 60-70%, а при повторной операции – 85% [Евтушенко Д.А., 2015].

Цель: Изучить непосредственные результаты применения препарата «Дефенсаль» в сочетании с энтеролизом, интубацией тонкой кишки при хирургическом лечении больных со спаечной болезнью.

Материалы и методы: В клинике за период с 2013-2016 гг. было пролечено 28 пациентов ОСНК. Из них женщин – 16 (56,3%), мужчин – 12 (43,7%) пациентов. Средний возраст больных составил 51,2 года ± 7,1. Все пациенты разделены на две группы: первая (контрольная), состоящая из 17 пациентов, которым выполнялось оперативное лечение с общепринятыми методами лечения, а вторая (основная) группа – 11 пациентов, которым

проводилось оперативное лечение с применением препарата «Дефенсаль». Распространенность спаечного процесса оценивалось по классификации Блинникова О. И. (1993 г.). В основную и контрольную группу брали больных с II и III степенью развития спаечной болезни. Тяжесть спаечного процесса оценивали по классификации Q. Zeng и соавт. (2007 г.). Для оценки результатов исследования использовали общепринятые клинические, морфологические, иммунологические, рентгенологические, ультразвуковые методы исследования.

Результаты и обсуждения: Результаты лечения оценивали в сроки 3-7-14-30 дней – 3 месяца после операции. Критерием оценки непосредственно была функция желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Исследовали эвакуацию контраста по ЖКТ в течении 24 часов. Также в обеих группах оценена длительность стационарного лечения, сроки восстановления трудоспособности и иммунологический статус пациентов. Иммунологический статус пациентов в обеих группах определяли исследуя популяции Т и В лимфоцитов и фагоцитарную активность нейтрофилов. Оценку клеточного звена иммунитета проводили непрямым иммунофлуоресцентным методом с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD11. Для фенотипирования лимфоцитов использовали метод А. Воуат. При определении числа отдельных популяций лимфоцитов вычисляли их относительное и абсолютное количество в периферической крови. Уровень основных классов сывороточных иммуноглобулинов G, A, M определяли методом радиальной иммунодифференциации в агаровом геле. Фагоцитарную активность нейтрофилов изучали на основании определения процента фагоцитора (показатель по Гамбургеру) и фагоцитарного числа. У больных основной группы перистальтика восстановилась быстрее чем в контрольной группе на $1,2 \pm 0,25$ сут. Отмечено что функция ЖКТ в виде отхождения газов и стула в основной группе восстановилась раньше чем в контрольной с разницей в $2,1 \pm 0,13$ сут. В периферической крови пациентов обеих групп в первые трое суток отличалась одинаковой тенденцией к снижению относительного числа Т-лимфоцитов. CD3 в последней, достоверно, начиная с 7 суток отличалась уменьшением CD3. В контрольной группе $p < 0,05$, что говорит о снижении активности воспалительного процесса. При определении уровня В-лимфоцитов не выявлено статистических значимых различий у больных обеих групп. Фагоцитарное звено иммунитета оценивали фагоцитарной активностью и фагоцитарным числом. В основной группе фагоцитарная активность нейтрофилов достоверно снижена начиная с 3х суток ($p < 0,05$). У больных основной группы показатели клинического анализа крови улучшались быстрее контрольной группы ($p < 0,05$). Послеоперационные осложнения (плевриты, пневмонии) возникли у 3 (17,64%) пациентов контрольной группы и у 1 (9,1%) пациента основной группы.

Выводы: 1. Применение противоспаечного полифункционального раствора «Дефенсаль» интраоперационно для лечения спаечной болезни в сочетании с энтеролизом и интубацией кишки эффективно и способствует

более раннему восстановлению перистальтики, восстановлению функции ЖКТ и уменьшению продолжительности пребывания в стационаре с $9\pm 0,5$ до $7,5\pm 0,5$ сут. 2. Лечение ОСНК с интраоперационным с применением раствора «Дефенсаль» формирует адекватный иммунный ответ пациента в послеоперационном периоде и может уменьшить риск развития спаечной болезни в будущем.

Дроздова А.Г., Гончаров А.С., Рассолова О.С.
ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ТРАВМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Харківський національний медичний університет,
кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: проф. Тесленко С.М.

За даними ВООЗ частота травми підшлункової залози (ТПЗ) складає 1-3% при закритих та 6-8% при відкритих травмах черевної порожнини. Слід відмітити, що ТПЗ мають тенденцію до зростання у воєнний час, так як при мінно-розривних та вогнепальних пораненнях ризик ТПЗ, як і інших органів черевної порожнини (ОЧП) та заочеревинного простору (ЗП), значно зростає. Так, відмічається підвищення частоти ТПЗ в Україні протягом останніх двох років. За даними сучасних авторів, ТПЗ супроводжуються важкими ускладненнями у 36,8-75,5% випадків, що стимулюють медіатори запалення та призводять до наслідків – гострого посттравматичного панкреатиту (ГПП) та синдрому поліорганної дисфункції (СПД), що розвиваються у 15,5-29,0 % постраждалих.

Проаналізовані результати оперативного лікування 226 постраждалих із ТПЗ з 1986 по 2016 рр., з яких чоловіків було 162 (71,55%), жінок – 64 (28,45%). Аналіз клінічного матеріалу проводили відповідно до вдосконаленої класифікації Pancreas Injury Scale, запропонованою Moore E.E. et al. у 1990 році.

Постраждалих із ТПЗ I ст. було 126 (55,8%), II ст. – 38 (16,8%), III ст. – 34 (15,1%), IV ст. – 28 (12,3%). Травми локалізувались: у тілі ПЗ – у 101 хворого (44,7%), хвості – у 41 (18,1%), голівці – у 33 (14,4%), перешийку – у 11 (4,9%). Поліфокальне ушкодження ПЗ мало місце у 40 (17,7%) постраждалих. Усі пацієнти були обстежені.

Закриті та проникаючі ТПЗ виявляли при ревізії черевної порожнини із обов'язковим розкриттям чепцевої сумки (ЧС) та ревізією органа і ЗП. При I ступені тяжкості травми та стабільному стані хворого операція доповнювалась різноманітними варіантами гемостазу та дрениванням ЧС, а при виконанні у більш віддалений термін – дрениванням парапанкреатичної клітковини (129). У частини постраждалих використовувалась тактика «Damage Control Surgery» («DCS») (5). Питання про вибір способу хірургічного лікування постраждалих із II ступенем тяжкості ТПЗ вирішувалось у кожному конкретному випадку індивідуально та залежало від характеру травми та важкості стану хворого на момент операції, використовувались дрениючі (17) та резекційні (14) оперативні втручання із