

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*До 213-ої річниці відкриття
харківської вищої медичної школи*



**Збірник тез
міжвузівської конференції
молодих вчених та студентів
«Медицина III тисячоліття»**

22-24 січня 2018

м.Харків - 2018

Целью исследования стали оптимизация и сравнение лечения РЭ у пациентов с ДГПЖ после ТУР с помощью уникальных малоинвазивных методик и традиционной терапией симпатомиметиками с физиопроцедурами.

Материалы и методы. На базе ХОКЦУН им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование и лечение 288 пациентов с диагнозом ДГПЖ с помощью операции ТУР в возрасте от 40 до 85 лет. 58 больных изъявили желание дальнейшего лечения от РЭ, как 100% последствия операции ТУР. Пациентам было проведено: сбор сексуального анамнеза, оценка психоневрологического состояния по шкале Гамильтона, произведено ТРУЗИ простаты до и после эякуляции, уретроцистоскопия, выполнен анализ мочи после эякуляции на предмет наличия сперматозоидов. Эффективность лечения оценивалась как по субъективным критериям (удовлетворенность половой жизнью и оргазмом), так и объективным критериям - появление спермы. В 1й группе 22 пациентам для коррекции РЭ органического генеза была произведена малоинвазивная процедура – в задние отделы подслизистого слоя простатического отдела уретры был введен медленно рассасывающийся гель гиалуроновой кислоты «Juviderm» с целью закрытия 1/3 просвета шейки мочевого пузыря. Во 2й группе 36 пациентам отменили альфа-адреноблокаторы (тамсулозин), который был основой их терапии ДГПЖ, и назначили симпатомиметик мидодрин (Гутрон) 2,5мг*2р/д. с физиотерапией.

Результаты: Введение геля в простатическую часть уретры привело к нормальной физиологической антеградной эякуляции, появлению беременностей в ранее бесплодных семьях, нормализации сексуальной жизни, прекращении ретроградной эякуляции у 20 (91%) из 22 пациентов в 1й группе. Во 2й группе из 36 больных терапия РЭ дала результат у 21 (60%), а у 15 (40%) не дали результата физиопроцедуры с симпатомиметиком.

Выводы. 1. РЭ является значительной проблемой для мужчины, снижая их фертильный, сексуальный и личностный потенциал. 2. Физиопроцедуры с симпатомиметиком неэффективны при органическом генезе РЭ (60%) вследствие анатомического дефекта после ТУР, а не функционального генеза РЭ, при котором была бы выше эффективность данного лечения.

3. Эндоскопическая малоинвазивная коррекция шейки мочевого пузыря с использованием геля гиалуроновой кислоты является высокоэффективным методом лечения РЭ и обусловленного им мужского бесплодия (91%).

4. При РЭ органического генеза как состояния после ТУР при диагнозе ДГПЖ показано введение рассасывающегося геля гиалуроновой кислоты в подслизистый слой заднего отдела простатической части уретры. Данный метод способствует нормализации физиологической антеградной эякуляции, нормализации сексуальной жизни, появление жизнеспособных сперматозоидов в эякуляте и наступлению физиологической беременности, помогает избежать использования методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Лапшин Д.В.

ПОСЛІДОВНІСТЬ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК ЗАЛЕЖНО ВІД ТЯЖКОСТІ ПОЛІТРАВМИ

Харківський національний медичний університет

Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології

Харків, Україна

Вступ. Наші попередні дослідження з використанням математичного та статистичного аналізу довели доцільність використання шкали оцінки тяжкості пошкоджень ISS в якості основної для визначення обсягу остеосинтезу у постраждалих з множинними та поєднаними переломами довгих кісток. Тяжкість стану постраждалих доцільно оцінювати за допомогою шкали ВПХ-СП, доповненою показником віку, оскільки вона є досить інформативною та простою у застосуванні. Але нерозв'язаним питанням залишається проблема стабілізації кісткових фрагментів у постраждалих з політравмою шляхом використання одно-, двох- (чи більше) етапів лікування.

Матеріали та методи. Результати лікування оцінювали у 104 хворих з множинними та поєднаними переломами довгих кісток, тяжкість травм у яких становила 25-40 балів за шкалою ISS, а тяжкість стану за шкалою ВПХ-СП, доповненою показниками віку – 21-32 бали. Розподіл на основну групу і групу порівняння здійснювався за ознакою одноетапності (основна) або двоетапності (група порівняння) проведеного оперативного лікування пошкоджень опорно-рухової системи. За локалізацією, типом переломів, віком та статтю основна група та група порівняння були тотожними.

У 39,5% та 30,2% постраждалих основної групи переломи довгих кісток найчастіше поєднувалися відповідно з торакальною та черепно-мозковою травмами. Пацієнти даної групи мали одноетапний підхід до хірургічного лікування переломів довгих кісток. 36 хворим (83,7%) був виконаний закритий блокуючий інтрамедулярний остеосинтез та 7 хворим (16,3%) – остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації з репозицією кісткових фрагментів.

У постраждалих групи порівняння переломи довгих кісток найчастіше поєднувалися з черепно-мозковою (42,6%) та торакальною (26,2%) травмами. Пацієнтам даної групи було проведено двохетапне хірургічне лікування переломів довгих кісток: 23 хворим (37,7%) на першому етапі застосовували скелетне витягання з наступним блокуючим інтрамедулярним остеосинтезом, 18 хворим (29,5%) – виконували первинний остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації з усуненням грубих зміщень кісткових уламків без ретельної їх репозиції, після стабілізації стану виконували блокуючий інтрамедулярний остеосинтез, 16 хворим (26,2%) – після первинної стабілізації кісткових уламків апаратами зовнішньої фіксації без ретельної їх репозиції виконували реостеосинтез апаратами зовнішньої фіксації з ретельною репозицією кісткових фрагментів, 4 хворим (6,6%) на першому етапі застосовували скелетне витягання з наступним остеосинтезом апаратами зовнішньої фіксації з репозицією кісткових фрагментів.

Результати. Встановлено, що постраждалі основної групи перебували в стаціонарі на 52,6% часу менше, ніж хворі групи порівняння. В основній клінічній групі постраждалих, тяжкість травми яких за шкалою ISS складала 25 – 40 балів, а тяжкість стану за шкалою ВПХ-СП 21 – 32 бали, було виявлено 41,9% добрих результатів. В групі порівняння добрі результати були виявлені лише у 26,2% хворих. Найбільша кількість добрих результатів, як і в основній групі, припала на переломи великогомілкової кістки. Задовільні результати виявлені у 51,2% постраждалих основної групи та у 57,4% хворих групи порівняння, незадовільні результати склали 6,9% та 16,4% відповідно.

Таким чином, при лікуванні постраждалих з множинними та поєднаними переломами довгих кісток, тяжкість травми яких за шкалою ISS складає 25-40 балів а стану за ВПХ-СП 21-32 бали, оптимальною хірургічною тактикою слід вважати одноетапне виконання закритого інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу або всіх видів позаосередкового остеосинтезу з репозицією кісткових фрагментів.

Лесна А.С.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЛЕОПСОІТА

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії № 2

Харків, Україна

Науковий керівник: к.мед.н. Свірепо П.В.

Актуальність: гнійний ілеопсоїт (ІП) — запалення локалізоване у фасціальному футлярі клубово-поперекового м'яза, хірургічне захворювання, що важко діагностується. Первинний ІП має гематогенний або травматичний генез. Вторинний ІП розвивається, коли збудник проникає лімфогенний або контактний з іншого поруч розташованого органу [В. Talvo 2001].