

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2015 р.)

Харків - 2015

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 20 січня 2015 р.)
Харків, 2015. – 574 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 25 грудня 2014 р.

переломов и 1-2.5% вывихов костей стопы. Отсутствие мышечного футляра, кровоснабжение за счёт мозаичных артерий и значительное покрытие суставными хрящами является предпосылкой для развития асептического некроза таранной кости – болезни Муше. Низкая эффективность стандартных схем лечения требует рассмотрения перспективных методик лечения.

Нами был проанализирован случай больного С., которому в ранние сроки после травмы стопы была проведена мозаичная остеохондропластика коническим костно-хрящевым аутоотрансплантантом с плотной фиксацией фрезами. Больной принимал хондропротекторы в течении 3 мес. Осевая нагрузка разрешалась больному не ранее чем через 6 недель. Было отмечено снижение уровня болевого синдрома, который практически нивелировал к 1-му году после травмы, а также увеличение средней величины объёма активных движений более на 53% $p < 0,01$ по сравнению с типичными показателями при проведении стандартного лечения данной патологии.

В случае развития асептического некроза таранной кости у пациентов рекомендуется применение мозаичной остеохондропластики, так-как стандартная субхондральная остеоперфорация и формирование артродеза не восстанавливает в должном объёме функций голеностопного сустава.

Бобро В.В., Прахарадж Пуджа
СПОСІБ ФОРТОВАНОГО ФОРМУВАННЯ СТІНКИ НЕЗРІЛОЇ
ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра загальної хірургії № 1
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Шевченко Р.С.

Мета дослідження: поліпшення результатів лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози шляхом прискореного формування стінки незрілої псевдокісти.

Матеріал та методи. Обстежено 14 пацієнтів із післянекротичними незрілими псевдокістами підшлункової залози (ПКПЗ). Середній вік пацієнтів складав $44,3 \pm 2,6$ років. За 2-3 тижні до операції проводили курс формування стінки ПКПЗ шляхом щоденного заповнення порожнини кісти через катетер 0,02% розчином декаметоксина до 2/3 від попереднього об'єму з експозицією 30 хвилин, з подальшою повною декомпресією і пасивним дренажуванням. Дренажування здійснювали за методикою «стиллет-катетер» під місцевою анестезією. Товщину стінки кісти оцінювали за допомогою УЗД, яке проводили 1 раз на тиждень (Пат. № 77851, 25.02.2013). Додатково у 6 пацієнтів з відсутністю зв'язку ПКПЗ із протоковою системою ПЗ з метою стимулювання процесів фібротизації у дренажну суміш вводили 5 МО окситоцину 2 рази на тиждень. При збільшенні стінки кісти до товщини $\geq 3-4$ мм, згідно із даними контрольного УЗД, проводили накладення панкреатоцистодигестивного анастомозу.

Результати і обговорення. Швидкість потовщення стінки ПК при запропонованій підготовці із застосуванням окситоцину складає $0,70 \pm 0,02$ мм/тиждень, при відсутності окситоцину в дренажній суміші - $0,49 \pm 0,08$ мм/тиждень ($t=2,5$, $p \leq 0,05$). Товщина стінки збільшилася в перший тиждень в 1,5 разів у пацієнтів без окситоцину, з окситоцином - 2,2 рази. Період формування стінки ПКПЗ до товщини, придатної до оперативного втручання, у пацієнтів з активним методом формування із застосуванням окситоцину склав $28 \pm 2,5$ днів, без окситоцину - $35 \pm 1,8$ ($p \leq 0,05$). Товщина стінки при застосуванні окситоцину через 4 тижні статистично достовірно була більше, ніж у пацієнтів без окситоцину ($p \leq 0,05$), що підтверджує літературні

дані про фібротизуючі властивості окситоцину. Після завершення формування стінки ПК усім пацієнтам проведено накладення внутрішнього цистодигестивного анастомозу лапаротомним способом. До кінця госпіталізації у 12 (85,7%) хворих відзначено повний регрес кісти. Через 6 місяців хворих із залишковою порожниною ПК виявлено не було. Летальність була відсутня.

Висновки. Застосований спосіб дозволив скоротити процес формування стінки ПК до 4-5 тижнів і виконати накладення панкреатодигестивного анастомозу на ранніх термінах від початку захворювання, що сприяло оптимізації результатів хірургічного лікування.

Брек О. О., Ахмед Раліат Балогун
ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ М'ЯЗОВИХ ШАРІВ У ХВОРИХ З
РЕЦИДИВНИМИ ГРИЖАМИ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.

Кафедра загальної хірургії №1

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: профсор Шевченко Р.С.

З метою визначення показань до вибору способу герніопластики проведено доплерівське ультразвукове дослідження топографії епігастральних судин передньої черевної стінки. Швидкість кровотоку в епігастральних судинах у хворих з вираженими дегенеративними змінами прямих м'язів живота достовірно нижче, ніж у хворих, у яких дегенеративні зміни відсутні або помірно виражені ($p < 0,05$), тобто є прямий зв'язок між ступенем атрофії м'язово-апоневротичних структур і швидкістю кровотоку. Середнє значення ЛСК в епігастральних артеріях прямого м'яза живота у хворих з незміненою м'язовою тканиною склала 10,3 м/с в систолу і 3,2 м/с в діастолу. Визначено зниження швидкісних показників у 13 (26%) пацієнтів з вираженими дегенеративними змінами елементів черевної стінки. Більш виражені доплерографічні порушення визначені у пацієнтів з ожирінням, та у хворих на діабет старшої вікової групи (7,9 м/с в систолу і 2,6 м/с в діастолу). Середнє значення ІР в артеріях у хворих, у яких не виявлено дегенеративних змін, або відзначається слабка ступінь дегенеративних змін прямих м'язів черевної стінки $0,62 \pm 0,016$ м/с. У пацієнтів з вираженими дегенеративними змінами ІР збільшувався більше 0,7 м/с і склав $0,72 \pm 0,028$ м/с. Таким чином, ступінь пригнічення артеріального кровотоку знаходиться в прямій залежності від ступеня дегенеративних змін у м'язово-апоневротичних структурах передньої черевної стінки. При порівняльному аналізі дегенеративних змін м'язово-апоневротичних шарів черевної стінки у гриженосіїв виявлені більш виражені дегенеративні зміни. Виявлено залежність виразності змін від термінів гриженосіння і величини грижі. У пацієнтів з термінами гриженосіння до 3 років спостерігалася слабка ступінь дегенеративних змін в 4 (8%) випадків; помірні - у 2 (4%), виражених змін не спостерігалася. У хворих з терміном захворювання від 3 до 10 років слабка ступінь дегенеративних змін відзначена у 8 (16%), помірні - у 4 (8%) і виражені дегенеративні зміни в 2 (4%). У гриженосіїв з терміном захворювання більше 10 років ступінь дегенеративних змін склала 12%, 10% і 8% відповідно. Чим більше величина грижі і термін захворювання, тим більш виражені дегенеративні зміни. Швидкість кровотоку в епігастральних судинах у хворих з великими і гігантськими ПОВГ достовірно нижче ($p < 0,05$). У хворих з великими і гігантськими ПОВГ показники ЛСК зазнавали змін у бік погіршення кровотоку по артерії - 6,4 м/с в систолу і 2,1 м/с в діастолу. Середнє значення ІР у даної категорії хворих збільшувалося більше 0,7 м/с і склав $0,75 \pm 0,028$ м/с. Таким чином, ступінь пригнічення

Оглавление

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА	3
Kulakova K. A.	3
Ugrimova E. A., Shuba D. G.	3
Амжад Хамдаллах.....	4
Бабич А.В.	5
Байчикова А.А.	5
Бакута Ю.В.	6
Барсукова О. Д.	7
Безродна А. І., Ходош Я. Є.	8
Бережной Г.Г.	8
Брюханова Т.А., Шкапо А.И., Кочубей Ю.И.	9
Вашенко В. Н.	10
Вовк А.О., Турманидзе К.И.	11
Вовк О.Ю.	12
Гольник Я. В.	13
Граніна О.В., Соболев О.С.	13
Григорова М.В., Косилова О. Ю.	14
Григорова М.В., Сокол А.А.	15
Денисенко И.В.	16
Дзюба В. С.	17
Долгов В.М., Медяник Е.А., Меженская Е.А.	18
Дрокин А. В.	18
Дяченко Д. А.	19
Ерохина В. В., Завгородний А. С., Пономарева А. О.	20
Ерохина В. В., Поликов Г. О.	20
Ерохина В. В., Хромей Е. В.	21
Завгородний А.С.	22
Замковая Д.А.	23
Зикрач В.С.	24
Зиновьев И.Э., Федько К. О.	24
Икрамов В.Б., Минакова Е.И., Терещенко С.С.	25
Калюжка В.Ю., Маркевич М.А.	25
Кириченко А. Е.	26
Коваленко Т.І., Сушецька Д.А.	27
Коваленко Т.І., Турута Д.О.	28
Ковальковський М., Романенко В.	29
Колесникова Е.Ю.	30
Корнієць А.В.	31
Коршунова М.С.	32
Кочнева О.В., Зеліський Р.С.	32
Краснощочкова Є.О.	33
Краснощекова Е.А.	34
Крецька Г.І.	35
Круль О.Н.	35
Кулинченко Г. М.	36
Ложко Н.В., Пажин С.А.	36
Лукьянова Е.М.	37
Лучко Н. О.	38
Лютенко М.А., Донцова Е.В.	38

Отчик А. Е.....	113
Отчик А. Е.....	114
Петюнин П.А., Золотайкина В.И.....	114
Пилипенко С.А., Аманов Б.А., Ёвшанова А.Б.	115
Просоленко К.А., Лапшина Е.А.	116
Просоленко К.А., Сытник К.А., Куринная Е.Г., Гарькавец Л.А.	116
Пылёв Д.И.....	117
Резник М.А.	118
Риндіна Н.Г.....	119
Рындина Н.Г.	119
Рогачева Т.А.	120
Савченко А.Г.	120
Степанова О.В., Баранова Є. В., Сьомова О.В.	121
Степанова Е. В., Железнякова Н. М., Кебашвили С.В., Вьюник Т.В.	122
Степанова Е.В., Железнякова Н.М., Рускова Е. В.	122
Степанова Е.В., Зеленая И.И., Бардинов Д.В.	123
Степанова Е.В., Зеленая И.И., Левашова А.И.	123
Степанова Е.В., Кербаж Н.Р.	124
Степанова Е.В., Острополец А.С.....	125
Степанова Е.В., Попова Т. О.....	126
Степанова Е.В. ¹ , Фельдман Д.А. ¹ , Сёмова О.В. ²	126
Степанова Е.В., Червань И.В., Зеленая И.И.	127
Сухонос Н.К.	128
Табаченко О.С.	128
Тверезовская И.И.	129
Тимошенко Е. В.	130
Титова Г.Ю., Глебова О.В., Калініченко А.О.	131
Титова Г.Ю., Кадикова О.І, Калініченко А.О.	131
Трикоз В.Г, Фадеев П.В.....	132
Чернякова А.Е., Каушмян Д.В.	133
Шалімова А.С.	134
Шевченко Я.А., Ромасько Е.И.	134
Шкільнюк М.С., Гончарь А.В.....	135
ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ	137
Ehab Nafa Dahe	137
Petiunin P.O., Ievtushenko O.V.....	137
Robak V.I., Ievtushenko D.V., Ievtushenko O.V.....	138
Бабич Я.П.....	139
Басилайшвили С.Ю.....	140
Бережной Б.Ю.	141
Бережной Б.Ю.	141
Бобро В.В., Прахарадж Пуджа	142
Брек О. О., Ахмед Раліат Балогун	143
Голованова А.Ю. Стародубцев Д.С.	144
Гоні С.-А. Т., Лапшин Д.В.	144
Гоні С.-К.Т.....	145
Гончарова Н.М.	146
Гончарова Н.М., Дроздова А.Г., Чернякова О.Є., Каушмян Д.В.....	147
Дубінін С.О., Молчанюк Д. А.....	148
Дубінін С.О., Молчанюк Д. А.....	149
Евтушенко Д.В., Бызов Д.В., Евтушенко А.В., Олефир А.С.....	150
Истомин Д. А., Орлова Т. В., Четвериков С. А.....	151