

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених

та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)
Харків, 2016. – 518 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

Материалы и методы исследования: была сформирована группа из 10 человек с подозрением на мукоэпидермоидную опухоль (ОУЖ). Каждому было проведено два вида диагностических методов: МРТ головы и гистологическое исследование биоптатов ОУЖ. По результатам данных исследований, у 7 (70%) пациентов из 10 на томограммах были обнаружены признаки новообразования и инвазивного роста. При гистологическом исследовании у 10 (100%) из 10 больных был подтвержден диагноз МЭО.

Вывод. Гистологическое исследование является методом выбора в диагностике мукоэпидермоидных опухолей.

Журба Е.П.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №2,

Харьков, Украина

Научный руководитель: к. мед. наук., асс. Колесник В.П.

Актуальность: Выбор правильной лечебной тактики у больных с острым желудочно-кишечным кровотечением (ОЖКК) остается одной из сложных проблем современной абдоминальной хирургии. Несмотря на раннюю диагностику и высокий профессионализм медицинского персонала в оказании помощи таким пациентам, сохраняется высокий процент рецидивов кровотечения.

Цель исследования: Анализ результатов лечения больных при острым желудочно-кишечном кровотечении.

Материалы и методы: Выполнен ретроспективный анализ 38 историй болезни больных с диагнозом ОЖКК, которые находились на стационарном лечении в I хирургическом отделении харьковской областной клинической больницы в 2015 году. Из них: мужчин - 31(81,6 %), женщин – 7(18,4 %), возрастом от 18 до 76 лет. Диагноз верифицирован на основании эндоскопических и лабораторных данных (объем потери ОЦК, гематокрит, клинический анализ крови). В зависимости от степени кровотечения, все пациенты были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 12 больных (31,5 %) с кровотечением I степени (потеря ОЦК до 20%, гематокрит - 35%, тип кровотечения по Forrest - Ib).

Вторую группу составили 20 человек (52,6 %) с кровотечением II степени (потеря ОЦК 20%-30%, гематокрит - 25 -30%, тип кровотечения по Forrest - Ib).

Третья группа включает 6 больных (15,9 %) с кровотечением III степени (потеря ОЦК более 30%, гематокрит - менее 25%, тип кровотечения по Forrest - Ia).

Результаты: В первой группе было назначено консервативное лечение: - гемостатическая терапия: введение аминокaproновой кислоты, этамзилата, викасола; противоязвенная терапия: омез 40 мг в сутки, ингибиторы протеолиза (контрикал, трасисол); трансфузия солевых и коллоидных растворов.

Больным второй группы проводилась комплексная терапия, включающее в себя медикаментозное лечение, переливание кровезаменителей и эндоскопические методы остановки ОЖКК (диатермокоагуляция, орошение пленкообразующими растворами). На фоне проводимого лечения кровотечение остановлено. При контрольном ФГДС – язва с чистым белым дном (ForrestIII тип)

Больные в третьей группе после экстренной операции на высоте кровотечения, нормализации показателей центральной и периферической гемодинамики в палате общей интенсивной терапии, переведены в хирургическое отделение, где продолжалась консервативная терапия. В последующем выписаны с выздоровлением.

Выводы: Таким образом, при оказании лечебной помощи больным с ОЖКК целесообразно использовать комплексное консервативное лечение, включающее в себя гемостатическую, противовоспалительную, инфузионную терапии, эндоскопические методы гемостаза. При неэффективности консервативного лечения, угрозы рецидива больным показано срочное оперативное вмешательство на высоте кровотечения.

Завгородний А.С.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ БЛАУНТА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра ортопедии и травматологии

ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины»,

Харьков, Украина

Научные руководители: д.м.н., проф. Голка Г.Г., д.м.н. Корольков А.И.

Актуальность. Болезнь Блаунта — заболевание скелета, в основе которого лежит ограниченное нарушение или остановка роста большеберцовой кости в проксимальной ростковой зоне и проявляется варусной (в большинстве случаев) деформацией голени в в/3. Частота — 3:10 000 европейского населения. Если не лечить это заболевание, то оно будет прогрессировать с годами, приводя к хромоте, развитию артрозных изменений в коленных суставах, инвалидности и, следовательно, социальной дезадаптации.

Цель работы: На основе литературных данных и ретроспективного анализа собственных клинических наблюдений представить варианты лечения болезни Блаунта.

Материал и методы: проанализированы данные литературных источников касательно вариантов лечения ББ за последние 10 лет.

Результаты работы. Анализ данных литературы показывает, что ортопедическое лечение ББ объединяет комплекс консервативных и оперативных методов. На ранних этапах заболевания в возрасте 1-4 лет проводится консервативное лечение (массаж, ЛФК, физиотерапевтическое лечение, этапные гипсовые повязки, использование динамических корригирующих ортезов на время сна и ходьбы). При неэффективности консервативного лечения, а также у детей старше 4 лет применяются различные хирургические вмешательства: корригирующие остеотомии ББК на вершине деформации с последующей фиксацией фрагментов ББК в корригированном или гиперкорригированном положении спицами, пластинками или аппаратами внешней фиксации (АВФ) на основе спиц и/или стержней.

В последние десятилетия актуальным хирургическим методом лечения ББ является временное блокирование зон роста при помощи различных устройств, так называемый «временный гемиепифизеодез». Суть метода заключается в блокировании специальным устройством части ростковой зоны эпифиза ББК, противоположной деформации стимуляции пораженной части ростковой зоны ББК. Метод временного блокирования эпифизов металлическим фиксатором впервые предложил W.P.Blount в 1942 году. Позже W.P.Blount применил метод «степлирование», временно устанавливали скобы в количестве 2-3 штук на