

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.

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 панкреатоцистодигестивного 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 доплеровське 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

артеріального кровотоку перебувала в прямій залежності від термінів гриженосіння, розмірів грижового мішка і грижових воріт, тобто від ступеня дегенеративних змін до м'язово-апоневротичних структур передньої черевної стінки. Таким чином, використання сучасних методів в обстеженні хворих з ПОВГ дозволяє на доопераційному етапі отримати точне уявлення про розміри грижових воріт і грижового мішка, виразності дегенеративних змін у м'язово-апоневротичних структурах передньої черевної стінки, визначитися з топографією епігастральних судин і характеристикою кровотоку в них. Описані діагностичні критерії дають можливість хірургу правильно вибрати спосіб реконструкції передньої черевної стінки, і, відповідно зменшити кількість ранніх післяопераційних ускладнень і рецидивів у віддаленому періоді.

Голованова А.Ю. Стародубцев Д.С.

АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ВИНИКНЕННЯ ПІЗНІХ МЕТАСТАЗІВ РАКУ ГРУДІ З ВІКОМ НА ЧАС ДІАГНОЗУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Кафедра радіології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: доцент М. Є. Слабодчиков

Рак грудної залози – злоякісна пухлина залозистої тканини молочної залози. Це найчастіша форма рака у жінок та друге за частотою після рака легень онкологічне захворювання в популяції загалом.

Мета роботи - встановити наявність зв'язку пізнього метастазування з віком хворих на час встановлення діагнозу РГЗ.

Матеріали і методи дослідження. Об'єктом розпочатого дослідження будуть клінічні, патоморфологічні, лабораторні, часові, демографічні, конституціональні характеристики у онкологічних хворих із віддаленими в часі пізніми метастатичними пухлинами, які акумулюються в електронній базі даних.

Результати дослідження. Аналізуючи вік хворих, було встановлено, що переважну більшість хворих склали жінки у віці від 60 до 69 років (32,5%), 34 (29,8%) жінки у віці 50–59 років, у 20 (17,6%) хворих віком 70–79 років та в незначній кількості пацієнтки в віці 40–49 років (12 хворих – 10,5%), 7 (6,1%) жінок в віці 80–87 років (3,5%) молодого віку – 30–39 років. Тобто, як свідчать ці дані переважна більшість хворих перебувала в середньому та похилому віці (від 60 до 89 років) – в 64 (56,2%) випадках.

Висновки. Довідково-аналітична система «база даних хворих» дозволяє накопичувати медичну інформацію щодо клінічних, патоморфологічних, лабораторних, антропометричних характеристик у хворих-жінок на РГЗ. Вік хворих на РГЗ в переддіагностовому часі склав в середньому 61,2 роки, в 56,2 % випадків.

Гоні С.-А. Т., Лапшин Д.В.

МІСЦЕВІ ПРОМЕНЕВІ УРАЖЕННЯ

Кафедра хірургії №2

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Променеві ураження (ПУ) – це патологічні зміни, що виникають у організмі вцілому та у окремих органах та тканинах під впливом іонізуючої радіації. Розрізняють загальні та місцеві променеві ураження. За строками виникнення ПУ поділяють на ранні (виникають впродовж перших 3 місяців після опромінення) та пізні. У патогенезі пізніх ПУ основну роль відіграють ураження генетичного апарату клітин радіорезистентних тканин та органів, що характеризуються низькою

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
Краснощокова 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
Шкильнюк 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