

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.

ВПГ та субкомпенсованим стенозом ДПК у 1 хворого у якості I етапу виконано РЕО гастродуоденальної артерії, з подальшою ЛТ та ЗД ПК ПЗ. У 1 пацієнта з ПК ПЗ з кровотечею у порожнину та МЖ, виконано ЛТ, гемостаз та ЗД ПК. При локалізації ПК ПЗ, з МЖ та компресією шлунку та/або ДПК, у голівці ПЗ та наявності вірсунгоектазії 5 пацієнтам виконано операцію за Frey. При локалізації ПК у тілі-хвості ПЗ, з МЖ та компресією ДПК 1 хворому виконано дистальну резекцію ПЗ зі спленектомією. Панкреатодуоденальні резекції (ПДР) виконані 2 хворим за показаннями. Перебіг післяопераційного періоду ускладнився у 2 хворих.

При ПК ПЗ I типу доцільно використовувати пункції під контролем УЗД, які були ефективними у 75 %. При ПК ПЗ II та III типів мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання треба використовувати як взаємодоповнюючі.

Гончарова Н.Н., Старов К.П., Гончаров А.С.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра хирургии №2,
г. Харьков, Украина

Научный руководитель – д. мед.н., проф. Криворучко И.А.

При лечении псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ), осложненных кровотечением (ОК), широко внедряется в клиническую практику использование радиологических, эндоскопических и пункционных миниинвазивных методик. Цель исследования – оптимизация хирургического лечения ПК ПЖ, ОК, путем использования миниинвазивных методик.

Материалы и методы. Проанализованы результаты хирургических вмешательств у 61 больного с ПК ПЖ, ОК, из них мужчин – 56 (91,8%), женщин – 5 (8,2 %), возрастом от 21 до 79 лет. Кровотечение в полость ПК с ее разрывом наблюдалось у 5 (8,2 %), кровотечение в полость ПК с ее инфицированием – у 4 (6,6 %), кровотечение с механической желтухой (МЖ) – у 3 (4,9 %), кровотечение с перфорацией ПК – у 1 (1,6 %) больного. Все пациенты были обследованы согласно общепринятым методикам.

Результаты исследований. В качестве I этапа 24 (39,3 %) больным была выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) кровоточащего сосуда. У 1 больного при кровотечении из общей печеночной артерии был установлен стент-граф. При невозможности выполнения РЭО были выполнены лапаротомии. Так, у 5 (8,2%) пациентов выполнена остановка кровотечения с наружным дренированием (НД) ПК, у 1 – тампонада полости ПК по собственной методике (Патент України на корисну модель № 95265 від 10.12.2014.). У 3 (4,9%) больных с кровотечением из селезеночной артерии было выполнено раскрытие ПК с ее НД и прошиванием а. lienalis. У 2 (3,2%) пациентов с аневризмой селезеночной артерии и кровотечением была выполнена лапаротомия, удаление аневризмы, дистальная резекция (ДР) ПЖ со спленэктомией. Пункции ПК под контролем УЗИ выполнены у 8 (13,1%), в том числе, у 5 (8,2%) больных, после стабилизации состояния, с последующей лапаротомией и наложением цистоеюноанастомозов (ЦЕА). У 2 (3,3%) пациентов пункция ПК завершена НД полости с установкой дренажа по типу «pigtail». Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнена 2 пациентам. При кровотечении в

полость ПК с ее разрывом 1 больному выполнена РЭО, с последующим НД ПК под контролем УЗИ. 3 пациентам выполнены лапаротомии с НД ПК, в том числе у 1 больного в послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения, которое было остановлено при помощи РЭО. У 1 больного с ПК ПЖ, ОК и разрывом, операция была закончена ДР. При инфицированных ПК, ОК, 2 пациентам выполнена лапаротомия, с последующим НД – 1, и продольной цистоеюностомией – 1; у 1 – пункция под контролем УЗИ. 1 больному с инфицированным панкреонекрозом, инфицированной ПК, ОК, распространенным перитонитом выполнена лапаротомия, некрсеквестрэктомия, тампонада полости ПК и лапаростомия с VAC-терапией при помощи системы NPWTDressigKit (Англия). При ПК ПЖ, ОК с перфорацией в брюшную полость, в качестве I этапа, 1 больному выполнена пункция ПК под контролем УЗИ, с последующей лапаротомией (после стабилизации состояния), прошиванием кровоточащего сосуда, дренирование брюшной полости. Кровотечение в полость ПК с МЖ наблюдалось у 3 пациентов: у 1 – остановить кровотечение удалось при помощи РЭО, у 1 – с хроническим фиброзно-дегенеративным панкреатитом (ХФДП), ПК головки ПЖ, ОК и МЖ, выполнена ПДР, 1 – с ХФДП, осложненным цистоартельным свищем, ПК, ОК и МЖ, выполнена ПДР по методике Wipple. 5 больных были госпитализированы повторно, с рецидивами кровотечений, которые остановлены при помощи РЭО. Умерло 3 (4,9 %) пациента. Таким образом, применение РЭО, кровоточащего сосуда, в качестве I этапа лечения, позволило в большинстве случаев достигнуть гемостаза и отложить традиционную лапаротомию до стабилизации общего состояния больного.

**Гончарь Е.Н., Арустамова Г.С., Фрянцева М.В., Петренко О.В.,
Литвищенко А.В., Кочергина А.И.
ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО
НЕРВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОУГ,
ПОЛУЧАВШИХ L-АРГИНИН
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра офтальмологии,
г. Харьков, Украина**

В течении последних десятилетий уделяется повышенное внимание к развитию нейропротекторной терапии, которая по мнению различных ученых направлена на сохранение и поддержание жизнеспособности зрительного нерва, и является приоритетным направлением в лечении глаукомной оптической нейропатии. Учитывая, что прогрессирование глаукомы наблюдается несмотря на снижение ВГД, существует необходимость в дополнительной терапии.

Целью данной научной работы было определение в динамике структурных изменений зрительного нерва в отдаленном периоде, у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой, получавших L-аргинин.

Материал и методы: было обследовано 162 пациента (287 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой. Из них мужчин - 63, женщин - 99. Возраст пациентов колебался от 40 до 87 лет. Все пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. Основная группа включала в себя 82 пациента (146 глаз) с ПОУГ. Все пациенты, входившие в основную группу, наряду с базовой терапией получали внутривенно капельно и внутрь донатор оксида азота L-аргинин (по предложенной нами схеме – патент Украины UA 52177 U). Контрольная группа включала в себя 80 пациентов (141 глаз) с ПОУГ. Пациенты входившие в контрольную группу получали