

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.

базовую терапию. Обследование включало общепринятые офтальмологические методы обследования, а также статическую компьютерную периметрию и оптическую когерентную томографию.

Результаты и обсуждение: было установлено, что через шесть месяцев после получения пациентами основной группы лечения L-аргинином, наблюдалось достоверное снижение частоты стабилизации средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон с 78,7% до 47,3%, в сравнении с показателем непосредственно после лечения ($p < 0,05$). В целом по группе у пациентов с ПОУГ, получавших в лечении L-аргинин, частота стабилизации средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон в нижнем квадранте непосредственно после лечения, через три и шесть месяцев была достоверно выше в 1,5 раза, в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом можно сделать вывод, что применение L-аргинина у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой в отдаленном периоде обеспечивает достоверно более высокую частоту стабилизации средней толщины слоя перипапиллярных нервных волокон, в сравнении с контрольной группой.

Гуйван И.В., Гончаров А.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра хирургии № 2,

Научный руководитель – к.мед.н. Гончарова Н.Н.

В последние десятилетия количество больных осложненными псевдокистами (ПК) поджелудочной железы (ПЖ) неуклонно возрастает. Несмотря на наличие в арсенале хирургов широкого спектра оперативных вмешательств, все же возникает большое количество осложнений таких, как перфорации, кровотечения из аррозивных сосудов ПЖ, нагноения, летальность при которых может достигать 60 %. Благодаря разработке и внедрению в клиническую практику разнообразных эндоскопических, лапароскопических и радиологических методов, диапазон методов хирургического лечения панкреатических ПК значительно расширился.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненными псевдокистами ПЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 168 больных с осложненными ПК ПЖ, которые находились на лечении в клинике с 2006 по 2014 гг. Среди них мужчин было 132 (78 %), женщин – 36 (22 %), средний возраст которых составил $43,0 \pm 1,2$ лет. Компрессия смежных органов выявлена у 59 (35,1 %) больных, из них компрессия общего желчного протока с развитием механической желтухи у 32, компрессия желудка – у 13 и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 14 пациентов. Нагноение ПК диагностировано у 50 (29,8 %) больных, кровотечение в полость ПК – у 41 (24,4 %), перфорация – у 14 (8,3 %), цистоплевральные свищи возникли у 4 (2,4%) пациентов. У 3 больных диагностированы комбинированные осложнения: у 1 пациента – нагноение ПК с компрессией ДПК и воротной вены, у 2 х – нагноение ПК со сдавлением общего желчного протока. В качестве скрининг-метода использовали ультразвуковое исследование (УЗИ). В качестве основного метода диагностики применяли компьютерную томографию (КТ) с внутривенным контрастированием. По показаниям выполняли рентгенографию, эндосонографию, магнитнорезонансную томографию, ангиографию, а также инвазивные диагностические методы: пункции

ПК с последующим бактериологическим, цитологическим, биохимическим исследованием пунктата

Результаты исследований. Лечебные миниинвазивные вмешательства при осложненных ПК ПЖ выполнены у 105 (62,5 %) больных. Рентгеноваскулярная окклюзия произведена у 25 пациентов, в 1 случае кровотечение остановлено при помощи стент-графта. Пункции ПК ПЖ под контролем УЗИ выполнены у 22 больных, наружное дренирование ПК под контролем УЗИ – у 11, пункции ПК под контролем эндосонографии – у 20, внутреннее дренирование ПК под контролем эндосонографии – у 6, наружно- внутреннее дренирование – у 4, лапароскопическое наружное дренирование ПК – у 4, лапароскопическое формирование цистогastro- и еюноанастомозов – у 9, дренирование плевральной полости под контролем УЗИ – у 4 больных.

В 71,3% наблюдений миниинвазивные вмешательства позволили не только вылечить осложнение, но и ликвидировать саму ПК ПЖ. В 28,7 % случаях вмешательства носили этапный характер, позволяя в качестве первого этапа лечения ликвидировать осложнения, а после стабилизации состояния больного, выполнить оперативное вмешательство на ПЖ.

Выводы. При лечении осложненных ПК ПЖ необходимо использовать дифференцированный индивидуализированный подход, с преобладающим использованием миниинвазивных методов оперативных вмешательств. Открытые и миниинвазивные методики необходимо рассматривать как взаимодополняющие способы лечения осложненных панкреатических ПК.

Гулїда А.О.

ПАТО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУЛОВИ РЕШІТЧАСТОЇ ПЛАСТИНКИ

Харківський національний медичний університет.

Кафедра офтальмології.

Харків, Україна

Актуальність. Аномалії рефракції, зокрема короткозорість, є найбільш поширеними патологіями (Кузнецова М.В., 2004; Іюмдіна Е.Н., 2006). Поширеність цього захворювання в розвинених країнах становить 19-42 %, у деяких країнах Сходу досягає 50-70%. За даними Всесвітньої Організації охорони здоров'я більше 800 мільйонів. Ускладнена короткозорість або міопічна хвороба - одна з головних причин інвалідності по зору внаслідок аномалії рефракції. У переважній більшості випадків прогресування міопії пов'язано із збільшенням передньозадньої довжини ока, розтягуванням склери. В області виходу зорового нерва в задньому полюсі ока розташована решітчаста пластинка. Це дірчаста архітектура, яка складається з мережі пучків волокон сполучної тканини, які забезпечують структурну і функціональну підтримку аксонів ретинальних гангліозних клітин і судин в зоровому нерві.

Ціль роботи вивчити характер ОКТ показників області решітчастої пластини у пацієнтів з міопією слабкого ступеню.

Матеріали і методи. Досліджено 30 хворих з міопією слабкого ступеню у віці 18 – 45 лет (12 чоловіків, 18 жінок). З середньою рефракцією $1,24 \pm 0,1$ D. Гострота зору $0,89 \pm 0,12$, без корекції $0,2 \pm 0,13$. Хворим було проведено стандартне офтальмологічне дослідження: візіометрія, офтальмоскопія тонометрія статистична периметрія. На основі роботи Sung Chul Park, Saman Kiumehr, Christopher C. Teng,