

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.

вводился 1 мл 1% раствор трипанового синего (по методике Э.У.Липшиц.). Все процедуры с животными, а также вывод животных проводились под наркозом с использованием тиопентала натрия. Для морфологического исследования материал подвергали стандартной проводке через спирты увеличивающейся концентрации, жидкость Никифорова, хлороформ, после чего заливали парафином. Изучение микропрепаратов проводили под микроскопом Olympus BX-41.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что для группы сравнения характерно умеренное, равномерное полнокровие сосудов брюшины, отсутствие воспалительных изменений. В начальном периоде острого перитонита в сосудах париетальной брюшины значительно возрастает артериоло-капиллярный кровоток. В реактивной стадии разлитого перитонита нарастает серозное воспаление брюшины с характерными резкими нарушениями гемомикроциркуляции в виде стаза, эритроцитарных агрегатов и тромбов в сосудах ГМЦР. В париетальной брюшине наблюдается отек, умеренная лимфоцитарная инфильтрация с примесью макрофагов и нейтрофильных гранулоцитов. Количество и диаметр сосудов всех типов увеличен по сравнению с показателями группы сравнения, то есть имеет место выраженная гиперемия брюшины. В токсической стадии экспериментального перитонита отмечается прогрессирование воспалительного процесса в брюшине, сохраняется гиперемия париетальной брюшины, ее отечность и экссудация в полость живота в связи с повышенной проницаемостью капиллярного русла, десквамация мезотелия. В поздней стадии экспериментального перитонита сохраняется гиперемия и отек соединительнотканного слоя париетальной брюшины, ее отечность, экссудация, а также десквамация мезотелия и лимфогистиоцитарные инфильтраты со значительной примесью нейтрофильных гранулоцитов.

Выводы: Основными морфологическими признаками, отражающими динамику гемомикроциркуляторных нарушений в брюшине при распространенном перитоните являются: диаметр кровеносных сосудов, количество сосудов на единицу площади. На основании проведенного морфологического исследования подтверждена стадийность течения экспериментального перитонита с характерными для каждой стадии микрососудистыми изменениями в брюшине. Нарушение микроциркуляции в брюшине нарушает ее экссудативную, резорбтивную и барьерную функции, ведет к развитию тяжелой интоксикации за счет быстрого наводнения организма токсинами как бактериального, так и не бактериального (эндогенного) происхождения.

Прийменко Д.С., Чопозидис Христос
ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ
СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Кафедра общей хирургии №1

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Научный руководитель: профессор Шевченко Р.С.

Распространение гнойно-некротических процессов на стопе у больных сахарным диабетом может приводить к высоким ампутациям нижних конечностей и дальнейшей инвалидизации пациента. Учитывая это, изучение синдрома диабетической стопы является актуальным вопросом.

Целью нашего исследования является изучение изменений лейкоцитарных индексов интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИК) и Островскому (ЛИИО).

Материалы и методы. Мы обследовали 48 больных, которые были распределены на три равные группы в зависимости от стадии гнойно-некротического процесса согласно классификации Меггитт-Вагнера (3–5 стадия).

В группе больных с третьей стадией ЛИИК составляет $2,59 \pm 0,67$; с четвертой – $2,52 \pm 0,63$; с пятой – $5,19 \pm 0,84$. По ЛИИО получены соответственно следующие значения: $3,52 \pm 0,35$; $3,41 \pm 0,61$; $5,22 \pm 0,9$. Таким образом, существуют достоверные отличия ЛИИК и ЛИИО в группе больных с пятой стадией по сравнению со значениями в группах больных с третьей и четвертой стадиями согласно классификации Меггитт-Вагнера.

Можно констатировать, что рост значений указанных индексов свидетельствует о повышении уровня эндогенной интоксикации и активизации процессов раневого распада. Показатели ЛИИК, ЛИИО, на наш взгляд, способствуют более точной оценке глубины и распространенности гнойно-некротического процесса, являясь важным диагностическим критерием при выборе лечебной тактики.

Робак В.І., Курбатов В.О.
ОЦІНКА ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кафедра загальної хірургії №2
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна
Науковий керівник: професор Сипливий В.О.

У хворих на гострий некротичний панкреатит одним з ключових факторів прогресування поліорганної недостатності є синдром ентеральної недостатності - симптомокомплекс, що супроводжується порушенням всіх функцій травної системи, перетворюючи кишечник на основне джерело інтоксикації.

Мета роботи: оцінити ступінь ентеральної недостатності у хворих на гострий некротичний панкреатит залежно від форми панкреонекрозу.

Матеріали та методи: проведено оцінку хірургічного лікування 125 хворих на ГНП. Згідно класифікації Атланта (2010), пацієнти були розподілені на дві групи: 80 (64,0%) хворих на інфікований панкреонекроз та 45 (36,0%) хворих на стерильний панкреонекроз. У кожній групі відокремлено підгрупи хворих з парапанкреатитом. У першій групі парапанкреатит виявлено у 60 (75,0%) хворих, у другій – у 20 (44,4%) хворих. Оцінку ступеня ентеральної недостатності проведено за допомогою Шкали діагностики та клінічної оцінки вторинної ентеральної недостатності ендогенного походження, викликаного перитонітом.

Результати: У хворих на стерильний панкреонекроз ступінь ентеральної недостатності оцінено у $27 \pm 3,62$ бали; у хворих на інфікований панкреонекроз - у $38 \pm 3,56$ балів ($p < 0,05$). Проведено оцінку ступеня ентеральної недостатності у підгрупах хворих, розподілених залежно від наявності парапанкреатиту. У хворих на стерильний панкреонекроз без парапанкреатиту ступінь ентеральної недостатності оцінено у $24 \pm 2,62$ балів, у хворих на стерильний панкреонекроз з парапанкреатитом – у $29 \pm 1,93$ балів ($p < 0,05$). У хворих на інфікований панкреонекроз без парапанкреатиту ступінь ентеральної недостатності оцінено у $34 \pm 2,13$ балів, у хворих на інфікований панкреонекроз з парапанкреатитом $42 \pm 1,89$ балів ($p < 0,05$). Перебіг гострого некротичного панкреатиту супроводжується розвитком вторинної ентеральної недостатності ендогенного походження. Ступінь ентеральної недостатності залежить від форми панкреонекрозу та наявності у хворого парапанкреатиту: найбільш виражена ентеральна недостатність у хворих на інфікований панкреонекроз з парапанкреатитом.

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

Калашник Ю.М., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.	151
Китченко С.С., Зайцева О.В., Любомудрова Е.А., Котелевская В.И., Бережной Б.Ю.	152
Кулакова Е.А., Татьяна Л.С.	154
Лапшин Д.В., Гони С.А.Т.	155
Майорова М.В., Олейник А.А., Истомин Д.А.	156
Малик А. С., Тетерник О. А., Суховой В. В., Биленко И. А., Курбанов А. К.	157
Михайлусов Р.Н., Гужва Н.Ю., Юзюк М.В.	158
Мясоедов К.В.	159
Носова Я.В., Бардинов Д.В., Кирилович Е.И.	160
Омельченко-Селюкова А.В.	161
Орлова Т. В., Четвериков С. А.	161
Пажин С.А., Прокопенко К.А., Шадрина В.С.	162
Прийменко Д.С., Чопозидис Христос	163
Робак В.І., Курбатов В.О.	164
Кожемяка К.О, Гричаная Е.Н.	165
Трофимова А.В., Еремченко А.В., Шевченко Я.А.	166
Трофимова А.В., Тышко А.С., Сапай А.В., Шульга А.А., Петренко Т.А.	167
Ходак А.С.	168
Черняев Н.С.	169
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	170
Adeyemi A.A, Romanenko A.A., Hussein N.Y.	170
Аралова В.О.	171
Беленькая Е.С.	171
Бородай И.С., Болховецкая И.В., Градиль О.Г.	172
Бородай И. С., Кебашвили С. В.	172
Бородай И.С., Тихонович Ю.И.	173
Боярский А.А.	174
Ганчева Е. В.	174
Гахраманова Н.Ф. Бойко Н.И.	175
Данькина В.В.	176
Диннік О.О., Прокопенко А.М.	177
Дудниченко Н.А., Дякова І.В., Ткаченко А.С., Фесенко Е.А.	178
Кириенко М.А., Антонян М.И.	179
Ковель А.Ф.	180
Коновал А.О.	181
Кулик А.Ю., Кошман С.К.	182
Литвинова А.В.	183
Луцкий А.С.	184
Маракушина Е.А., Выговская Л.А., Мальцев Г.В., Покрышко С.В.	185
Нагута Л.А., Драганчук Ю.В.	185
Небесная А. А.	186
Никулочкина А.И.	187
Олифер А.С.	188
Паламарчук В.В., Вигівська Л.А., Благовещенський Є.В., Рогачова Н.Ш.	189
Парашук В.Ю., Любомудрова Е.С., Красковская Т.Ю., Зайцева О.В.	190
Парашук В.Ю., Любомудрова Е.С., Сердюк В.В.	191
Прудивус А.А., Чумак А.М., Буравель Б.О.	192
Резник М.А., Ракитянский И.Ю., Рубинская А.Н., Пироженко Ю.С., Колисник А.И.	193
Сайтарли Д.П., Демиденко О.Д., Рубінська Т.В., Меренкова І.М.	194
Сендецкий С.С.	194
Скорбач О.І., Левашова А.І.	195
Таравнех Д.Ш.	196