

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М. І. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ
ПОДІЛЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ МАЛОІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ

МАТЕРІАЛИ

II МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА, ЛАУРЕАТА ДЕРЖАВНОЇ ПРЕМІЇ УКРАЇНИ
І. І. МІТЮКА

(8 грудня 2017 року, м. Вінниця)



Іван Ілліч Мітюк (1928-2012)

Вінниця-2017

УДК (616.43+616-098.8):37.014.24:005.745(06)

ББК 51.1(4УКР):(54.15+54.5)

Головний редактор – д. мед. н., професор В. В. Петрушенко

Відповідальний секретар – А. М. Мельник

Редакційна рада:

доц. Мітюк О. І. ; доц. Хребтій Я. В.; доц. Скупий О. М.; доц. Сергійчук О. Л.;

к. мед. н. Радьога Я. В.; к. мед. н. Гребенюк Д. І.

Рецензенти:

В. М. Мороз – доктор медичних наук, професор, академік НАМН України, ректор Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова

О. Ю. Усенко – доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, директор Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Матеріали II Міжнародної наукової конференції студентів і молодих вчених пам'яті професора, лауреата Державної премії України І. І. Мітюка (м. Вінниця, 8 грудня 2017 року). / Гол. ред. д. мед. н., проф. В. В. Петрушенко. – Вінниця: ГО «Подільська асоціація малоінвазивної хірургії», 2017. – 116 с.

У збірнику розміщено матеріали доповідей та виступів II Міжнародної наукової конференції студентів і молодих вчених пам'яті вченого-хірурга, професора, лауреата Державної премії України, Заслуженого діяча науки і техніки України І. І. Мітюка.

За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори та наукові керівники.

© Автори, 2017

© Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, 2017

© ГО «Подільська асоціація малоінвазивної хірургії», 2017

А. М. Мельник

IV курс, медичний факультет №1

К. М. Паньків

аспірантка кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

В. М. Мельник

викладач кафедри філософії та суспільних наук

ІВАН МІТЮК (1928-2012): БІОГРАФІЯ ТА ГОЛОВНІ НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, України

Іван Ілліч Мітюк – непересічний український вчений-лікар, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, автор понад 250 наукових праць та 10 патентів на винаходи.

Рання біографія Івана Мітюка пов'язана з українськими етнічними землями на території східної Польщі – Холмщиною, Грубешівщиною, Люблінщиною (історики використовують для всіх українських земель в межах Польщі термін «Закерзоння»). Непевна політична ситуація на теренах Центрально-Східної Європи в 1910-1940-х роках зумовила і непевний характер біографії Івана Мітюка. Його ранні роки настільки ж нестабільні, наскільки складними були зміни у політичній географії регіону.

До 1918 року Холмська губернія була складовою частиною Російської імперії. Її колишній польський політичний характер не означав польського етнічного обличчя. Більшість населення губернії складали етнічні українці – жителі сільської місцевості. Серед них були і предки професора Мітюка. Біографічні анкети вченого донесли до нас імена батьків – Ілля Іванович і Ксенія Іванівна Мітюки.

На жаль, біографічні анкети не дають детальної інформації про місце та дату народження І. І. Мітюка. В одних документах вказано, що він народився у польському Любліні. В інших зазначено, що він був уродженцем українсько-польської Холмщини. Різняться між собою навіть роки, що їх Мітюк записував у різні анкети та резюме.

Більшість архівних документів свідчать про те, що Іван Ілліч Мітюк народився 8 грудня 1928 року. (У деяких матеріалах під роком народження записано «1932 р.»)

Так чи інакше, але перші одинадцять років свого життя Мітюк був громадянином Польської держави. Протягом 1939-1944 років він перебував на окупованих німцями територіях. Мабуть саме цим пояснюється подальше бажання вченого трохи «пересунути» дату свого народження. Адже, за радянськими законами, Мітюк, досягши 16-річного віку (1944 р.), підлягав мобілізації у діючу армію. Післявоєнна радянська адміністрація (та навіть органи держбезпеки в 1950-1970-ті роки!) часто висувала претензії до тих громадян, які в юнацькому віці знаходились на окупованих німцями територіях.

Іван Ілліч Мітюк, якщо довіряти архівним документам, не підпав під примусове післявоєнне переселення. Ще перед війною його родина переїхала в с. Шепелів. Тут Мітюк закінчив семирічну школу і одразу після війни вступив до Волинського медичного училища в Луцьку. Протягом 1947-1950 років він працював фельдшером.

До Вінниці І. І. Мітюк вперше потрапив у 1950 році, де вступив до Вінницького медичного інституту (навчався в 1950-1956 роках).

В 1956-1960 рр. Іван Мітюк, за розподілом, працював головним лікарем медико-санітарної частини Лисичанського склозаводу (Луганська область). В 1960 році, відпрацювавши обов'язковий розподільчий строк, Іван Ілліч повернувся до Вінниці, де в 1960-1962 рр. займав посаду ординатор-хірурга торакального відділення Пироговської лікарні. В 1963 році Мітюка призначили обласним хірургом відділу охорони здоров'я Вінницького облвиконкому.

В 1964-1967 роках Мітюк живе та працює у Львові (також ординатором торакального відділення), де в 1968 захищає кандидатську дисертацію.

Подальший трудовий шлях вченого виглядає так:

1967-1968 рр. – головний хірург Вінницької області;

1969-1975 – доцент кафедри госпітальної хірургії Львівського медичного інституту та декан факультету іноземних громадян цього ж інституту;

1974 р. – захист докторської дисертації по гнійно-деструктивних захворюваннях легень.

В 1975 році новоспечений доктор медичних наук Іван Ілліч Мітюк назавжди переїхав до Вінниці, де очолив кафедру госпітальної хірургії.

Колеги по кафедрі характеризують Івана Мітюка як «багатогранного хірурга, видатного науковця, досвідченого організатора». З цим важно не погодитись. Перш за все, Іван Мітюк був хірургом універсального типу. Він був одночасно торакальним, абдомінальним, судинним, серцево-судинним хірургом тощо.

Як зазначають автори «Історії хірургічних кафедр ВНМУ ім. М. І. Пирогова» (Вінниця, 2014, с. 17), саме з ініціативи І. І. Мітюка «в практику були успішно впроваджені передові лікувальні технології: товсто-кишкова езофагопластика, метод поетапного бужування при рубцево-виразкових змінах у стравоході через гастростому з наступним відновленням його прохідності, методика лікування пошкодження стравоходу шляхом раннього накладання подвійної гастростомії з комплексним лікуванням медіастиніту. Впроваджено реконструктивно-відновлюючі операції на трахеї та бронхах при доброякісних пухлинах, травмах, рубцевих звуженнях. Впроваджена в практику методика екстраплеврального та позачеревного вшивання електростимулятора серця. Розроблено методики комплексного лікування гострих абсцесів і гангрен легенів з широким залученням прийомів малої хірургії та ендоскопічних інтервенцій, що дозволило різко знизити летальність у цього контингенту хворих... Значний розвиток отримала хірургія виразкової хвороби».

Професор Іван Мітюк вперше в історії клініки здійснив успішні панкреато-дуоденальні резекції, займався удосконаленням хірургічних методик лікування панкреонекрозу, перитоніту, спайкової хвороби. Вперше на Вінниччині Мітюком було здійснено аутовенозну пластику при пошкодженні стегнової артерії в ургентних умовах.

Насправді ми навели далеко неповний перелік хірургічних зацікавлень та інновацій, розроблених або реалізованих Мітюком. Детальний опис та систематизація його лікарської та наукової спадщини ще попереду.

Слід зазначити, що саме за ініціативи І. І. Мітюка, в 1980 році було відкрито відділення хірургії судин Пироговської лікарні.

В 1995 році Іван Ілліч Мітюк отримав державне звання Заслуженого діяча науки і техніки України.

В 1997 році Іван Мітюк отримав Державну премію України в галузі науки і техніки за удосконалення лікування гнійно-деструктивних захворювань легень. Державна премія тільки підкреслила виняткові заслуги Івана Мітюка. Головні його досягнення та передові наукові ідеї відображені у понад 250 надрукованих наукових працях (монографіях, статтях, методичних розробках, тезах доповідей) та 10 патентах на винаходи. Професор Мітюк був членом редакційних колегій фахових наукових видань «Хирургия», «Клінічна хірургія», «Шпитальна хірургія». Під науковим керівництвом І. І. Мітюка успішно захистили свої роботи 9 кандидатів і 1 доктор медичних наук.

СУДИННА ТА СЕРЦЕВО-СУДИННА ХІРУРГІЯ

Ю. О. Мицик

кандидат медичних наук, доцент

РОЛЬ ПРОМЕНЕВИХ БІОМАРКЕРІВ У ПЕРЕДБАЧЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕНОЇ СЕЛЕКТИВНОЇ ЕМБОЛІЗАЦІЇ НИРКОВИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ ІЗ НИРКОВО-КЛІТИННИМ РАКОМ

Науковий керівник: Ю. Б. Борис (д.мед.н., проф.)

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

Кафедра урології ФПДО

м. Львів, Україна

Актуальність. Впродовж останнього десятиріччя емболізація ниркової артерії (ЕНА) застосовується при підготовці до хірургічного лікування хворих із нирково-клітинним раком (НКР) значних розмірів та гіперваскуляризацією. На даний момент не існує методу який би з достатньою точністю дозволив прогнозувати інтраопераційну крововтрату у хворих з НКР після ЕНА, що в свою чергу б дало можливість оптимізувати підготовку до операції та післяопераційного періоду, визначати покази до повторної емболізації.

Мета. Мета дослідження полягала у оцінці можливості застосування дифузійно-зважених зображень (ДЗЗ) МРТ та вимірюваного коефіцієнта дифузії (ВКД) для передбачення об'єму оціночної інтраопераційної крововтрати (ОІК) під час відкритої радикальної нефректомії у хворих з НКР та після ЕНА.

Матеріали та методи. До основної групи увійшло 33 хворих (18 чоловіків і 15 жінок) із солідним НКР за даними клінічних і променевих досліджень та із показами до селективної ЕНА і подальшої радикальної нефректомії. Середній розмір пухлини становив $8,6 \pm 3,8$ см у найбільшому вимірі. Всім пацієнтам із НКР в той самий чи за 1 день перед селективною ЕНА та через 7 днів після ЕНА проводилась МРТ черевної порожнини, яка крім

стандартних послідовностей додатково включала осьові ДЗЗ з б-показником = 0, 800 мм²/с з подальшим визначенням ВКД над ділянкою пухлини. Показники ВКД здорової ниркової паренхіми для контролю були отримано при МРТ обстеженні 15 здорових волонтерів без ниркової патології. Усім хворим із НКР через 7-8 днів після селективної ЕНА була виконана відкрита радикальна нефректомія під час якої проводили визначення ОІК.

Результати. У пацієнтів, у яких ОІК не перевищувала 500 мл та не спостерігалось жодного епізоду гемотрансфузії середнє значення ВКД зменшувалось у порівнянні з вихідною середньою величиною ВКД на 18,4-31,9%. На противагу цьому, у хворих в яких ОІК перевищувала 500 мл і в окремих випадках проводились гемотрансфузії, середнє значення ВКД зростало у порівнянні із початковим значенням на 4,91-65,64%.

Аналіз отриманих даних засвідчив, що у хворих основної групи після ЕНА, у яких не виникала потреба у гемотрансфузії в післяопераційному періоді (n=27, 81,82%) середнє значення ВКД статистично достовірно (p<0,05) відрізнялось від цього показника до емболізації і зменшувалось на 20,25% по відношенню до вихідного значення: $1,30 \pm 0,19 \times 10^{-3}$ мм²/с проти $1,63 \pm 0,31 \times 10^{-3}$ мм²/с. У хворих основної групи, яким в післяопераційному періоді проводилась гемотрансфузія (n=6, 18,18%) середнє значення ВКД після ЕНА навпаки зростало на 28,83% у порівнянні з початковою величиною і становило $2,10 \pm 0,47 \times 10^{-3}$ мм²/с проти $1,63 \pm 0,31 \times 10^{-3}$ мм²/с (p<0,05).

Висновки. В результаті дослідження було встановлено існування сильного прямого взаємозв'язку (індекс кореляції r=0,96) між об'ємом ОІК під час відкритої радикальної нефректомії та значенням ВКД у хворих із НКР після селективної ЕНА. Застосування МРТ та її променевих біомаркерів ДЗЗ та ВКД може бути корисним клінічним інструментом для передбачення об'єму ОІК під час відкритої радикальної нефректомії у хворих з НКР після ЕНА та необхідності у гемотрансфузії в післяопераційному періоді.

А. С. Смирнова

кандидат медицинских наук, доцент

**МНОГОКРАТНЫЕ ОБМОРОКИ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Научный руководитель: Т. М. Бабкина (д.мед.н., проф.)

Национальная медицинская академия последипломного образования

им. П. Л. Шупика

Кафедра лучевой диагностики

г. Киев, Украина

Актуальность: В настоящее время каждый шестой случай обморока обусловлен тромбозом легочной артерии (ТЭЛА). Причина таких обмороков заключена в кардиопульмональном рефлексе, возникающем при попадании тромба в систему легочной артерии (ЛА). Результатом этого рефлекса является асистолия, развитие аритмий, вызывающих остановку кровообращения и ишемию мозга. Приводим собственное наблюдение.

Цель: выявить причину многократных обмороков у пациента.

Материалы и методы: Пациент Т. 57 лет, в прошлом подземный рабочий, страдающий хронической обструктивной болезнью легких и пневмокониозом, в ноябре 2016 г. во время прогулки по улице потерял сознание. После обморока отмечал дискомфорт в межлопаточной области и усиление одышки. В декабре 2016 г. был повторный эпизод потери сознания, в связи с усилением одышки он обратился в поликлинику по месту жительства, осмотрен участковым врачом, направлен на консультацию к пульмонологу. Пациенту была записана ЭКГ и с диагнозом «острый мелкоочаговый инфаркт миокарда» он был переведен в кардиологическое отделение. На фоне проводимой терапии с использованием антиагрегантов у больного появился кашель с кровянистой мокротой, он стал отмечать боль в правой голени. Пациент переведен в отделение неотложной кардиологии, где при поступлении

ему была сделана ЭхоКГ, по данным которой выявлены дилатация правых отделов сердца и повышенное давление в ЛА. На повторно снятой ЭКГ зарегистрирован синдром S1Q3 и острая блокада правой ножки пучка Гисса. В связи с возникшим подозрением на ТЭЛА, пациенту выполнено дуплексное сканирование венозной системы правой ноги. При этом выявлен окклюзирующий тромбоз малоберцовых, подколенной и бедренной вен с флотацией головки тромба в общей бедренной вене. С учетом высокого риска рецидива очередной ТЭЛА в тот же день пациенту была выполнена операция – лигирование поверхностной бедренной вены, а из общей бедренной удален флотирующий фрагмент тромба длиной около 17 см. На фоне терапии состояние пациента улучшилось, одышка уменьшилась, обмороки прекратились.

Выводы: Таким образом, неоднократные синкопальные приступы, которые наблюдались у данного пациента, были связаны с рецидивирующей ТЭЛА, вероятно, фрагментами флотирующего тромба, находившегося в его общей бедренной вене справа. Отрыв всего такого тромба, как правило, вызывает закупорку общего ствола ЛА, остановку кровообращения и развитие внезапной смерти.

Ф. С. Файзуллаев, студент IV курса, лечебный факультет,

Т. Р. Мурадов, доцент,

С. Ф. Сулейманов, старший научный сотрудник

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Научный руководитель: Ш. Т. Уроков (д.мед.н., доц.)

Бухарский государственный медицинский институт,

Кафедра хирургических болезней, реанимации и анестезиологии

г. Бухара, Узбекистан

Актуальность: Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены (БПВ) является потенциально опасным для развития тромбоемболии легочной артерии (ТЭЛА) [Сахарюк А.П. и др., 2012].

Цель: Выбрать оптимальный (дифференцированный) метод лечения острого тромбофлебита (ОТ) большой подкожной вены (БПВ).

Материал и методы: Проанализировали результаты лечения 36 пациентов от 23 до 78 лет, лечившихся в 1-ом хирургическом отделении Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) с 2014 по 2016 гг. Для оценки функционального состояния венозных сосудов нижних конечностей использовали метод цветного дуплексного сканирования венозного кровотока.

Результаты: У 24 (66,7%) пациентов диагностировали тромбоз БПВ на голени с верхушкой тромба на уровне нижней 1/3 бедра. Данным пациентам назначили консервативное лечение, включавшее использование антикоагулянтов, флеботоников, НПВС и консервативной терапии. На 7-9-сутки им выполнили ультразвуковое исследование, которое показало отсутствие роста тромба и регрессирование воспалительных процессов. Спустя 3 мес. после перенесенного тромбоза и купирования явлений воспаления всем 24-ём пациентам выполнили тромбэктомию в плановом порядке. Ни у одного больного не было выявлено каких-либо осложнений.

У 9 (25%) больных выявлен тромбоз на уровне средней 1/3 бедра. У 3 (8,3%) больных верифицировали диагноз тромбоз на уровне верхней 1/3 бедра (3-4 см от сафено-фemorального соустья). Всем вышеприведенным больным в общем количестве 12 (9 + 3) в экстренном порядке провели кроссэктомию и удаление ствола БПВ до уровня средней 1/3 бедра. Им также дополнительно назначили противовоспалительную, антикоагулянтную и компрессионную терапию. Через 3 мес. всем больным в количестве 12 выполнили флебэктомию в полном объеме. Осложнений не отмечалось.

Выводы: Дифференцированный подход в лечении больных с ОТ БПВ и своевременное выполненное оперативное вмешательство позволяет в короткий отрезок времени купировать явления воспаления и избежать такого грозного осложнения, как ТЭЛА.

С. В. Хитрук

аспірант

СУЧАСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З КРОВОТЕЧЕЮ ІЗ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ

Науковий керівник: В. В. Петрушенко (д.мед.н., професор)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Варикозне розширення вен стравоходу та дна шлунку розвивається у більше, ніж 90 % пацієнтів з цирозом печінки. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу – найбільш часте фатальне ускладнення цирозу печінки [WGO Practice Guideline Esophageal Varices, 2014]. З огляду на те, що більшість пацієнтів на цироз печінки молодше 60 років, збільшення їх числа є істотною соціально-економічною проблемою для суспільства в цілому і вимагає своєчасного лікування.

Мета: Покращити результати лікування хворих з кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу.

Матеріали та методи: Проведено аналіз лікування 75 хворих з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у центрі шлунково-кишкових кровотеч ВОКЛ ім. М.І. Пирогова за період 2016 року. Чоловіків було 34 (45,3 %), жінок – 41 (54,7 %). Середній вік хворих – 57 років і коливався від 19 років до 79 років. У всіх хворих мала місце портальна гіпертензія та її грізне ускладнення – кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу, що розвивалися внаслідок декомпенсованого цирозу печінки різної етіології (невірусної, вірусної, змішаної). Усім хворим проводили повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження. Джерело кровотечі встановлювали при проведенні езофагогастроскопії. У хворих були наявні варикозно розширені вени стравоходу та дна шлунку з кровотечею з них. Усі хворі отримували

консервативну терапію – гемостатичну, антисекреторну, замісну, симптоматичну. З другої половини 2016 року хворим з портальною гіпертензією ускладненою кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку почали виконувати з метою зупинки кровотечі мініінвазивні ендоскопічні хірургічні втручання – лігування варикозно розширених вен стравоходу та шлунку, що кровили. Досягався надійний гемостаз. З метою зниження тиску в системі портальної вени та попередження рецидиву кровотечі призначали неселективні бета-адреноблокатори (при відсутності протипоказів). В подальшому хворим з метою зниження тиску в системі портальної вени та попередженню появи нових варикозно розширених вен рекомендували і виконували рентгенендоваскулярні оперативні втручання – емболізацію селезінкової артерії.

Результати: Серед пролікованих 75 хворих з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку за період 2016 року виписано із стаціонару із зупиненою кровотечею 60 хворих (80 %), померло 15 хворих. Летальність склала 20 %. Усі померлі хворі отримували лише консервативну симптоматичну терапію. Середня тривалість перебування в стаціонарі складала – 6,4 ліжко-днів.

Висновки: Ендоскопічне лігування є сучасним мініінвазивним методом хірургічного лікування і профілактики кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу та шлунку у хворих з синдромом портальної гіпертензії. Ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії не лише також приводить до зупинки кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу та шлунку, але і знижує тиск в системі портальної вени, що запобігає виникненню рецидиву кровотечі. Своєчасна діагностика та лікування (медикаментозне і хірургічне) портальної гіпертензії дозволяє зменшити частоту розвитку екстрених, часто смертельних ускладнень.

Т. С. Бордюг, А. О. Мірошніченко

VI курс, I медичний факультет

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З БАГАТОПОВЕРХНЕВИМ УРАЖЕННЯМ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА КРИТИЧНОЮ ІШЕМІЄЮ

Науковий керівник: Д. О. Кірієнко (асистент)

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №1

м. Харків, Україна

Актуальність: критична ішемія нижніх кінцівок є невирішеною проблемою сучасної серцево-судинної хірургії. Хронічні облітеруючі ураження артерій нижніх кінцівок являються поширеним захворюванням і зустрічається в 2-3% населення, складають до 20% від усіх пацієнтів із патологією серцево-судинної системи. Основними завданнями лікування критичної ішемії кінцівки слід вважати: збереження життя, збереження кінцівки, збереження колінного суглоба в разі неминучості ампутації (рівень доказовості C). Зниження операційного ризику, травматичності і тривалості оперативного втручання привело до ідеї з'єднати традиційну і ендovasкулярну хірургію з використанням переваг кожної із них. Гібридні втручання наразі є раціональним поєднанням відкритого та ендovasкулярного втручання, що збільшує ефективність лікування хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок (КІНК).

Мета: вивчити найближчі результати лікування хворих на КІНК за допомогою гібридних операцій.

Матеріали і методи: нами було проліковано 15 хворих на базі ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ», для лікування яких була використана методика «гібридного» втручання з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок з поширеним атеросклеротичним ураженням артерій. Для дослідження магістральних артерій нижніх кінцівок використовували ангиографію, ультразвукову доплерографію (УЗДГ), ультразвукове дуплексне сканування.

Середній вік хворих склав $69,3 \pm 2,5$ років. У 4 (26,7%) пацієнтів мала місце III стадія хронічної ішемії нижніх кінцівок, у 11 (73,3%) - IV стадія. У 6 (40%) пацієнтів спостерігався гемодинамічно значущий стеноз клубової артерії. Хворим було виконано наступні «гібридні» операції: стегнової-підколінне шунтування в ізольований сегмент підколінної артерії в поєднанні з дилатацією і стентуванням підколінної артерії і артерій гомілки - 9 пацієнтів (60%), стегнової-підколінне аутовенозне шунтування зі стентуванням клубової артерії – у 6 (40%).

Результати: у всіх обстежених до операції реєструвалися критичні показники колатерального кровообігу в кінцівці. На контрольних інтраопераційних ангиограмах досягнуто ангиографічних ознак успіх у 14 (93,3%) пацієнтів, тромбоз шунта зафіксований в 1 випадку (6,7%). В найближчому післяопераційному періоді (1 місяць) летальних випадків не було, відзначається зникнення болю в спокої, загоєння трофічних дефектів на стопі, збільшення дистанція безболісної ходьби. Відзначалася повна прохідність зони реконструкції у 93,3% хворих. За даними УЗДГ відзначалося значне поліпшення показників периферичної гемодинаміки в кінцівці- збільшення ЛПІ на 75% від вихідного рівня.

Висновки: виконання "гібридної" операції є оптимальним методом хірургічного лікування хворих з багато поверхневим ураженням артерій стегново-підколінного-гомілкового сегмента і критичної ішемії нижніх кінцівок.

І. М. Верболоз, С.О. Колибашкін

V курс, кафедра ЛТФТТ, Механіко-машинобудівний інститут, Національний технічний університет України «КПІ ім. ІгоряСікорського»

ВІДПРАЦЮВАННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ЛАЗЕРНОГО ЗВАРЮВАННЯ ТА РІЗАННЯ ДЕТАЛЕЙ МАКЕТУ КАРКАСУ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНУ З НАДПРУЖНОГО МАТЕРІАЛУ

Наукові керівники: В.Д. Шелягін (к.т.н.), А.В. Бернацький (к.т.н.), О.В. Сіора
Інститут електрозварювання ім. Є.О. Патона НАН України

м.Київ, Україна

Актуальність: Робота присвячена відпрацюванню технологій лазерної обробки, що застосовуються при виготовленні деталей каркасу аортального клапану серця людини. Натеперішній час в Україні немає достатньої кількості клінік, оснащених за останнім словом техніки, та вітчизняна промисловість не виготовляє каркаси аортальних клапанів, тому немає можливості своєчасно надати допомогу всім нужденним в операціях по заміні аортального клапану. Закордонні кардіологічні центри готові приймати пацієнтів, але, на жаль, ці операції в ЄС, мають дуже високу вартість – близько 50000 євро. Таким чином, для вітчизняної науки та промисловості постає актуальне завдання імпортозаміщення, а також розробки значно дешевших аналогів такого клапану та технологій його виготовлення, що дозволить вилікувати значно більшу кількість пацієнтів в умовах збереження бюджетного фінансування.

Мета: Відпрацювання технологій лазерного зварювання та різання деталей макету каркасу аортального клапану з надпружного матеріалу, який повинен забезпечити прояв надпластичності при охолодженні нижче кімнатної температури та мати надпружні характеристики в районі температури живого організму (36,6 °C).

Матеріали та методи: Конструкція каркасу аортального клапану складається з складнопрофільних тонкостінних деталей, виготовлених з надпружного біосумісного матеріалу, - нітинолу. Існує декілька варіантів

виготовлення конструкції каркасу аортального клапану. За першим з них, з тонкостінної трубки малого діаметру за допомогою лазерного різання формується конструкція каркасу аортального клапану. За іншим, окремі деталі конструкції каркасу аортального клапану з'єднуються за допомогою зварювання. Основною причиною зниження якості шва при різанні та зварюванні тонкостінних деталей є надлишкове тепловкладення від зварювального джерела. В результаті чого виникає втрата надпружності і ефекту пам'яті форми в металі шва. Необхідна якість при виготовленні макету каркасу аортального клапану може бути отримана за допомогою лазерної обробки. Завдяки високій концентрації лазерного випромінювання, даний метод забезпечує мінімальне тепловкладення в деталі. Однак, відомі лазерні методи різання та зварювання також не позбавлені недоліків. В зв'язку з цим необхідні детальні дослідження з використанням комплексних методів (оптична металографія, аналітична растрова та мікропропосвічуюча електронна мікроскопія), які дозволять встановити структурно-фазовий стан дослідних зразків та розробити шляхи усунення дефектів, що зробить можливим промислове застосування технології лазерного різання та зварювання при виготовленні каркасу аортального клапану з надпружного матеріалу.

Результати: В результаті виконання роботи буде створено проект лазерного технологічного комплексу для лазерної обробки при виготовленні деталей каркасу аортального клапану. Це буде сприяти практичному використанню даної розробки, шляхом підготовки наукової та промислової бази до створення вітчизняного виробництва каркасів аортального клапану з надпружного матеріалу.

Висновки: Успішне виконання даної роботи спрямовано на підтримку вітчизняного виробника, що дозволить зменшити імпортозалежність при виготовленні каркасів аортальних клапанів, що, в свою чергу, дозволить вилікувати значно більшу кількість пацієнтів в умовах збереження бюджетного фінансування.

О. О. Коломієць, В. В. Зубко

VI курс, ЛС-223

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РОЗШАРОВУЮЧОЇ АНЕВРИЗМИ АОРТИ

Науковий керівник: О.С. Погорєлова (к.мед.н., доцент)

Сумський державний університет

Кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

м. Суми, Україна

Актуальність. Розшириваюча аневризма аорти – загрозиве ускладнення, що проявляється сепарацією шарів стінки аорти, і часто є фатальним. Від 1% до 2% пацієнтів гинуть протягом перших 24-48 годин, інколи навіть у відділенні інтенсивної терапії до встановлення діагнозу. В 1955 р. М. DeBakey провів успішну резекцію розшириваючої аневризми аорти з її протезуванням. Згодом досягнення в області стентування і перкутантних коронарних втручань знизило смертність. Але вона залишається високою, незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні.

Мета. На прикладі клінічного випадку дослідити розвиток і методи профілактики розшириваючої аневризми аорти, що виникла на фоні гіпертензивного кризу.

Матеріали та методи. У нашій роботі був спостережений клінічний випадок розшириваючої аневризми аорти у пацієнта С., 38 років, хворого на артеріальну гіпертензію. Період спостереження за хворим склав 5 років.

Результати. 21.12.10 року хворий С. поступив у кардіологічне відділення ІМКЛ м. Сум зі скаргами на підвищення артеріального тиску до 210/120 мм рт ст. і сильні стискаючі болі зі грудиною. Діагноз при госпіталізації: «Гіпертензивний криз, ускладнений гострим коронарним синдромом». Хворому після проведення повного клінічного обстеження, реєстрації ЕКГ (виявлені ознаки гіпертрофії лівого шлуночка), ЕхоКС (гіпертрофія лівого шлуночка), визначення серцевих маркерів діагноз гострого коронарного синдрому був виключений. Болі в грудній клітці тривали, і пацієнт

був направлений на КТ органів грудної клітини, під час якої виявлена гостра розшаровуюча аневризма аорти (тип III по DeBakey): починається в дузі аорти дистальніше місця відходження лівої підключичної артерії до рівня біфуркації черевної аорти і закінчується у лівій здухвинній артерії. Призначений ліжковий режим, антигіпертензивна терапія, суворий контроль АТ. Після стабілізації стану пацієнт був проконсультований в Інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова, де через 4 місяця було проведено ендопротезування грудного відділу аорти: імплантований ендопротез «Relay». При виписці рекомендоване обмеження фізичної активності, прийом аспірину, телмісартану, амлодипіну, бісопрололу, моксонідину. Хворому встановлена 2 група інвалідності. Але за цей час розвинувся синдром мальперфузії вісцеральних органів, ХНН I ст.

Хворий знаходиться на обліку у кардіолога, нефролога, 1 раз на рік проходить КТ ОГК (в динаміці відмічається тромбоутворення у лівій підключичної артерії та хибному просвіту грудної аорти). Особливо ретельно спостерігають за функцією нирок. Не зважаючи на адекватну гіпотензивну терапію, яка включає в себе препарати із нефропротекторною активністю, функція нирок поступово погіршується, про що свідчить збільшення рівня креатиніну, сечовини, зниження кліренсу креатиніну до 50 мл/хв. Розміри нирок прогресивно зменшилися у порівнянні із 2011 роком (Права нирка: 102*48*47, паренхіма 18), Ліва нирка 101*52*46, паренхіма 17мм), у 2016р. - Права нирка: 75*44*46, паренхіма 17-16), Ліва нирка 86*46*46, паренхіма 16-14мм). Цей клінічний випадок демонструє, що крім вродженої патології сполучної тканини, артеріальна гіпертензія може бути етіологічним фактором розшаровуючої аневризми аорти (у 70% випадків за даними літератури).

Висновки. Таким чином, виявлення і адекватне лікування артеріальної гіпертензії є дуже важливим заходом, що дозволить попередити виникнення ускладнень, ушкоджень органів-мішеней (судин, нирок, серця, мозку) і дозволить продовжити життя пацієнтів із АГ і зберегти їх працездатність.

А. Г. Рышкевич, О. В. Сахарук, И. И. Дубровский

VI курс, лечебный факультет

РОТАЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель: В. П. Василевский (к.м.н., доцент)

Гродненский государственный медицинский университет

1-я кафедра хирургических болезней

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. По данным различных авторов, число пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) в мире варьирует от 50 до 100 на 100 000 населения. В течение первого года после развития КИНК первичная ампутация конечности выполняется в 20% случаев [Иоскевич, 2007]. Однако своевременно и успешно проведённое хирургическое вмешательство позволяет избежать ампутации конечности в 75% и более случаев [Мухамадеев, 2017].

Цель. Оценка эффективности и целесообразности применения ротационно-аспирационной тромбэктомии (РАТ) для реваскуляризации окклюзий у пациентов с тяжёлой ишемией конечностей.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное изучение результатов эндоваскулярного лечения пациентов, оперированных с применением ротационно-аспирационной тромбэктомии за период с апреля 2014 по май 2017 года: 18 человек (15 мужчин и 3 женщины). У 6 пациентов была диагностирована острая артериальная недостаточность (ОАН) 1б – 2б степени по Савельеву, у 12 – хроническая артериальная недостаточность (ХАН) 2б – 4 стадии по Фонтейну-Покровскому. В качестве ведущего этиопатогенетического фактора развития артериальной недостаточности у 17 пациентов выступал облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, у 2 из них атеросклероз сочетался с диабетической ангиопатией. В

единственном наблюдении причиной ХАН явился облитерирующий тромбангиит.

Результаты и обсуждение. Выполнено 22 ротационно-аспирационные тромбэктомии. В 21 случае результат реваскуляризации оценивался как хороший, среди них:

1. 10 случаев РАТ из нативных артерий нижних конечностей у пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов;
2. 5 реваскуляризаций у пациента с облитерирующим тромбангиитом;
3. 3 операции по поводу критического in-stent рестеноза;
4. 2 тромбэктомии из бедренно-подколенного шунта;
5. 1 тромбэктомия из бранши аортального эндопротеза;
6. 4 операции, выполненные в условиях недостаточной эффективности иных методов эндоваскулярной дезоблитерации: баллонной ангиопластики и реолитической тромбэктомии;
7. 3 вмешательства, выполненные у пациентов с выраженными трофическими нарушениями на стопе, ХАН 4 по классификации Фонтейна-Покровского.

Неудовлетворительный результат был получен лишь в 1 случае. В связи с полученной низкой скоростью магистрального кровотока, а также нарастанием признаков КИНК, на вторые сутки после операции пациенту по жизненным показаниям была выполнена ампутация левой ноги на уровне средней трети бедра.

Интраманипуляционное осложнение возникло у 1 человека: кровотечение с формированием напряжённой гематомы левой голени вследствие разрыва задней большеберцовой артерии.

В единственном наблюдении спустя 1 неделю после РАТ возник ретромбоз зоны тромбэктомии без возврата декомпенсации артериальной недостаточности. Проявления ишемии конечности в данном случае были с успехом купированы консервативно.

Изучены отдалённые результаты выполнения 12 из 22 операций. В 75% случаев спустя 6 месяцев в полной мере сохранён эффект операции. В 3

случаях возникли обширные ретромбозы, потребовавшие выполнения операций шунтирования и, в 1 случае, ампутации 4 – 5 пальцев стопы (у пациента с облитерирующим тромбангиитом).

Заключение. Применение РАТ демонстрирует положительный непосредственный и отдалённый ангиографический и клинический эффект реваскуляризации у пациентов с атеросклеротическим поражением артерий, а также с воспалительной ангиопатией, вызванной облитерирующим тромбангиитом. Методика является одинаково эффективной в случае острых и хронических окклюзий и применима в технически сложных случаях, когда классические методы эндоваскулярной дезоблитерации недостаточно эффективны, а также в случаях окклюзий ненативных сосудов. Всё вышесказанное позволяет рассматривать методику как перспективный способ дезоблитерации у пациентов с тяжёлыми окклюзиями артерий нижних конечностей различного генеза.

О. В. Сахарук, А. Г. Рышкевич, И. И. Дубровский

6 курс, лечебный факультет

ЧРЕСКОЖНАЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ БАЛЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЮРГЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Научный руководитель: В.П. Василевский (к.м.н., доцент)

Гродненский государственный медицинский университет

1-я кафедра хирургических болезней

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Распространённость критических ишемий конечностей достаточно велика и с годами продолжает неуклонно расти. В связи с наблюдающейся тенденцией к увеличению продолжительности жизни, в структуре общей заболеваемости населения нарастает доля облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, поражающих преимущественно лиц старше 50 – 60 лет. За последние десятилетия разработано и предложено немало хирургических способов дезоблитерации. Однако вопрос выбора метода лечения в каждом конкретном случае остаётся дискуссионным. Эндоваскулярные методы лечения артериальной недостаточности, зарекомендовавшие себя как малотравматичные и высокоэффективные, недостаточно изучены в отношении болезни Бюргера (облитерирующего тромбангиита).

Цель. Оценка возможности и целесообразности применения баллонной ангиопластики и ротационно-аспирационной тромбэктомии в лечении болезни Бюргера.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезней пациентов, страдающих облитерирующим тромбангиитом: пациент Л., 26 лет, с окклюзией дистальной трети поверхностной бедренной артерии (ПБА), подколенной артерии и тибіоперонеального ствола справа, и пациент П., 40 лет, с окклюзией левой локтевой и лучевой артерий на границе верхней и

средней трети. У обоих мужчин была диагностирована хроническая артериальная недостаточность 3 степени по Фонтейну-Покровскому.

Пациент П. ранее госпитализировался с окклюзией дистальных сегментов большеберцовых и малоберцовой артерий справа, трофическими нарушениями в виде участков сухого некроза в области правой стопы.

Результаты. По поводу критической ишемии правой нижней конечности пациенту П. производилась баллонная ангиопластика с последующим стентированием, в результате чего была восстановлена проходимость сосудов, полностью купированы явления критической ишемии. Заживление трофических нарушений в области стопы завершилось в течение полутора месяцев. При поступлении спустя 2 года с окклюзией сосудов левой руки также была произведена попытка реваскуляризации методом баллонной ангиопластики. Ликвидировать окклюзию не удалось. Одновременно выполненная ангиография артерий нижних конечностей показала отсутствие гемодинамически значимых стенозов подвздошных, бедренных и проксимальных отделов берцовых артерий.

У пациента Л. выполнялась баллонная ангиопластика, однако окклюзия устранена не была, в связи с чем проведено два пассажа ротационно-аспирационным катетером. В результате тромб был полностью элиминирован, кровоток восстановлен. Затем для устранения зоны критического стенозирования выполнялась баллонная ангиопластика и стентирование. Проявления артериальной недостаточности были полностью устранены.

Выводы. Таким образом, применение эндоваскулярных оперативных вмешательств демонстрирует положительный ангиографический и клинический эффект в лечении артериальной недостаточности у пациентов с болезнью Бюргера. Кроме того, сохранение достигнутого результата ангиопластики в отдаленном периоде, а также эффективность ротационно-аспирационной тромбэктомии при сложных, обширных окклюзиях позволяет говорить о перспективности применения данных методик в лечении болезни Бюргера.

Olaru Natalia Vitalie

V course, Medicine nr.1, State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemițanu”, Republic of Moldova.

**PREVENTION OF INGUINAL NEOVASCULARIZATION AFTER
SAPHENO-FEMORAL DISCONNECTION: TWO-YEAR RESULTS OF A
RANDOMIZED STUDY COMPARING CLOSING OF CRIBRIFORM
FASCIA AND EPIGASTRIC VEIN PRESERVATION**

Scientific adviser: Culiuc Vasile (associate professor)

State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”

Semiotics of general surgery nr.3

Chisinau, Republic of Moldova

The actuality of the subject: In spite of widely implementation of endovenous techniques, traditional surgical treatment, consisting of disconnection of sapheno-femoral junction (so-called crossectomy) and stripping remains a common approach in the treatment of varicose veins. However, one of the important causes of recurrent varicose veins after surgery is neovascularization – formation of new tortuous veins of small diameter connecting the area of the stump of the great saphenous vein and its tributaries.

The aim: The purpose of our study was to compare in a prospective study the rate of neovascularization after two techniques of sapheno-femoral disconnection during varicose vein surgery: flush ligation with suturing of cribriform fascia (SCF) and incomplete crossectomy with epigastric vein preservation (EVP).

Material and Methods: The cohort of patients with bilateral varicose veins, corresponding to clinical classes C2-C3 of Clinical-Etiology-Anatomy-Pathophysiology (CEAP) classification was studied. Only patients with bilateral incompetence of terminal valve and refluxing great saphenous vein were included and operated by the same surgeon (D.C.) with random allocation of SCF and EVP technique to the left or right groin. Careful groin dissection with sapheno-femoral disconnection, saphenous stripping and stab avulsions of varicose veins was

performed bilaterally in 29 patients. Duplex ultrasound was done at 1 month postoperatively to confirm the technical success of surgery. Rate of neovascularization was studied at 1 and 2 years postoperation.

Results: Duplex scans at 1 month showed no residual tributaries of femoral vein (with exception for epigastric vein in EVP-groins) in all cases. Twenty-six (89,6%) patients attended second and third follow-up. After 1 year neovascularization was detected in 2 (7,7%) groins with SCF and in 4 (15,3%) groins with EVP (P=0,36). Both cases of neovascularization in SCF-groins were classified as grade 1 and there were equal distribution of grade 1 (2/4) and grade 2 (2/4) in EVP-groins. The rate of neovascularization at 2 years follow-up in the SCF group was 11.5% (grade 1 – 1 groin; grade 2 – 2 groins) vs 23% in EVP group (grade 1 – 1 groin; grade 2 – 5 groins). The prevalence of neovascularization in the EVP group does not achieve a significant α level.

Conclusions: At 2 years follow-up SCF is insignificantly more effective in prevention of neovascularization than incomplete sapheno-femoral disconnection (epigastric vein preservation). Unlike endovenous treatments performed without crossectomy, EVP during groin dissection for varicose veins surgery is not associated with reduction of neovascularization.

М. В. Григорова, А. А. Сокол

V курс, III медицинский факультет

МИТРАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: А. В. Сенаторова (к.мед.н., ассистент)

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии и неонатологии

г. Харьков, Украина

Актуальность темы. В последнее время участились случаи заболевания детей митральным стенозом. Болезнь развивается медленно, протекает бессимптомно, иногда от начала заболевания до появления симптомов проходит от 5 до 20 лет. Болезнь формируется в результате тяжелого протекания беременности матери, наследственной предрасположенности или в результате осложнений после перенесенного инфекционного заболевания. Опасность болезни состоит в нарушении дыхания и снабжения органов кислородом. Кроме того, часто диагноз ставится у совершенно бессимптомного ребенка при случайном осмотре.

Цель исследования. Выявить распространенность, причины возникновения и определить варианты лечения митральных стенозов у детей.

Материалы и методы. Были проанализированы и изучены результаты обследований 53 детей в возрасте от 3-х месяцев до 16-ти лет.

Результаты исследования. Диагноз «митральный стеноз» был поставлен 19 детям. Из них врожденная форма была лишь у 60% детей (у 5 детей у матерей обнаружен вирус герпеса, у 10 детей матери перенесли краснуху в III триместре беременности). Приобретенная форма - во всех остальных случаях (40%). Преобладающими причинами приобретенного стеноза явились инфекционные заболевания (чаще всего ангина) и ревматические аутоиммунные заболевания (ревматизм).

Сложность заболевания состоит в том, что у большинства детей болезнь была выявлена не на ранней стадии: симптомы болезни отсутствовали. Только

у 25% детей наблюдались косвенные признаки болезни, такие как частые заболевания легких, а у грудных детей наблюдалось учащенное поверхностное дыхание. При дальнейшем исследовании было обнаружено у 10% расширение левого предсердия вверх, а также, увеличение сердца в размерах. Эти изменения проявлялись одышкой, утомляемостью, жалобами на боль в груди.

Оперативное лечение было проведено 10-ти детям с врожденным митральным стенозом. 9-ти детям было назначено консервативное лечение.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ показал, что наиболее частым и эффективным методом лечения является оперативное вмешательство. Учитывая сложности при постановке диагноза, рекомендовано более широкое использование рентгенологических исследований, ЭКГ, ЭхоКГ. Показана профилактика митральных стенозов, которая заключается в правильном комплексном лечении инфекционных заболеваний.

О. М. Казмірчук, М. В. Пилипчук

V курс, медичний факультет №1

**ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННОГО
АУТОВЕНОЗНОГО ШУНТУВАННЯ НА ФОНІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ
ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

Науковий керівник: асистент М.О. Мітюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Захворюваність населення на облітеруючий атеросклероз становить від 0,5 до 6,9%. Його діагностика й хірургічне лікування є актуальною проблемою судинної хірургії. Атеросклероз магістральних судин становить більше 20% серед усіх видів серцево-судинних захворювань, що відповідає 2-3% від загальної кількості населення України. Найбільш типовою локалізацією уражень при атеросклерозі магістральних судин є стегново-підколінний сегмент. Вибір оптимальної операції при порушенні шляхів відтоку є однією з невирішених проблем сьогодення.

Мета: проаналізувати віддалені наслідки стегново-підколінного аутовенозного шунтування на прикладі клінічного випадку, провести аналіз ефективності операції.

Матеріали та методи: медична карта стаціонарного хворого № 582 Г., 1954 р. н., клініко-анамнестичні, лабораторні, біохімічні дослідження, УЗД і контрастна ангіографія артерій нижніх кінцівок.

Результати: У відділення хірургії судин ВОКЛ ім. М.І. Пирогова поступила хвора Г., віком 62 р. зі скаргами на болі, відчуття холоду, оніміння лівої кінцівки. Перераховані скарги турбували пацієнтку протягом 2 місяців. Об'єктивно: ліва кінцівка бліда, холодна на дотик, пульсація а. poplitea відсутня; в ділянці лівої гомілки наявна трофічна виразка розміром 10x6 см.

Обробка отриманих зображень ангіографії судин лівої нижньої кінцівки дала змогу встановити наявність оклюзії стегново-підколінного сегменту. Було встановлено основний клінічний діагноз: Атеросклероз артерій нижніх кінцівок. Оклюзія лівого стегново-підколінного сегменту. Ішемія IV ст., трофічна виразка лівої гомілки. Пацієнтці було проведено стегново-підколінне аутовенозне шунтування зліва. Виконано два доступи в $\frac{1}{3}$ та $\frac{2}{3}$ третині стегна. Накладено дистальний та проксимальний анастомози. Запущений задовільний пульсуючий кровотік. Status localis на першу добу після операції – п\о рани заживають первинним натягом. Третя доба п\о – пульсація на підколінній артерії, трофічна виразка гранулює, розмір 10x6 см. На 14 добу п\о – розмір виразки 8x4 см.

Висновки: Аналіз отриманих даних обстеження у ранньому післяопераційному періоді показав, що виконання аутовенозного шунтування стегново-підколінного сегменту дозволило отримати хороші гемодинамічні показники (відновлення пульсації а. poplitea на перший день) та загоєння трофічної виразки гомілки (повне загоєння на 59 день після операції). Тому представлений метод реваскуляризації може бути рекомендований пацієнтам з критичною ішемією нижніх кінцівок IV ст. на фоні атеросклерозу, що підтверджено ультразвуковим та ангіографічним методами.

А. В. Лукьянец, А. А. Петушкова

V курс, лечебный факультет

ЛОЖНАЯ АНЕВРИЗМА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ

ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ

Научный руководитель: А. В. Буравский (канд. мед. наук, ассист.)

Белорусский государственный медицинский университет

2-я кафедра хирургических болезней

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность: Широкое внедрение в практическое здравоохранение методов интервенционной кардиологии позволило существенно повысить уровень оказания медицинской помощи пациентам кардиологического профиля и значительно улучшить результаты лечения. Достаточно редким последствием катетеризации магистральной артерии при проведении ренгенэндоваскулярного вмешательства (РЭВВ) является образование ложной аневризмы, которая формируется в области пункционного отверстия. Потенциально возможные или наступившие осложнения ложной аневризмы магистральной артерии являются поводом для оперативного лечения.

Цель: выявление факторов риска и причин развития ложной аневризмы бедренной артерии после катетерной коронарографии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, которым на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска в течение 2015-2016 гг. были выполнены диагностические и лечебные РЭВВ по поводу острого коронарного синдрома (ОКС) и нестабильной стенокардии. В основную группу были включены пациенты (11), у которых после удаления катетера из бедренной артерии было отмечено образование гематомы мягких тканей, имеющей кровоток и связь с пунктированным сосудом. Группа сравнения характеризовалась отсутствием указанного осложнения. В ходе анализа оценивались лабораторные данные, технические и временные аспекты лечения. Статистическая обработка выполнена с использованием непараметрических методов, данные

представлены в виде Me(Q₂₅; Q₇₅). Различия считали статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95% (p<0,05).

Результаты: Группы не отличались по возрасту (основная – 64,0(58,0;68,0) лет, группа сравнения – 66,0(62,0;72,0) лет; p=0,6), характеру патологии и РЭВВ (коронарография – интродьюсер 6F-7F, – ангиопластика и стентирование через бедренный доступ по поводу ОКС либо нестабильной стенокардии; внутривенное введение гепарина; устройство для закрытия пункционного отверстия не использовалось; давящая повязка). Основная группа: манипуляции проведены экстренно у 90,9% пациентов; исходные значения АЧТВ – 37,45(27,23;112,98), МНО – 1,16(1,01;1,35); через 5(3;9) суток – хирургическая ликвидация гематомы/ложной аневризмы, ушивание дефекта артерии (размеры дефектов 1-3 мм, объемы гематом – до 500 мл). В основной группе 8 из 11 РЭВВ (72,7%) были выполнены в летние месяцы. Группа сравнения: экстренные вмешательства – 72,7%; исходные значения АЧТВ – 29,10(25,30;31,50), МНО – 1,01(0,96;1,21). Анализ параметров коагулограммы не выявил значимых различий между группами (p>0,05 во всех случаях), что может быть обусловлено малым объемом выборки. В то же время показатели АЧТВ и МНО в основной группе имели более высокие медианные и максимальные значения. Длительность стационарного лечения (койко-дни) пациентов основной группы составила 24(16;28) и была достоверно больше (p=0,006), чем в группе сравнения – 14(10;18).

Выводы: “Сезонность” (летние месяцы) позволяет рассматривать в качестве одной из вероятных причин развития ложной аневризмы бедренной артерии после РЭВВ человеческий фактор (техника выполнения пункции и катетеризации бедренной артерии, наложения давящей повязки). Негативную роль, вероятно, могут иметь предшествующий госпитализации и неучтенный прием антикоагулянтов и дезагрегантов, а также состояние артерий пациента и соблюдение им предписанного после РЭВВ режима. Снижению частоты развития ложных аневризм, возможно, будет способствовать применение устройств для закрытия пункционного отверстия.

М. А. Андала, Е. Д. Бойко

IV курс, лечебный факультет

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРЕННЕЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Научный руководитель: П. В. Маркауцан (к.мед.н., доц.)

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) является ведущей в структуре смертности населения развитых стран мира. По данным ВОЗ подавляющее число смертельных случаев в мире вызваны такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как инфаркт головного мозга (2,5 млн. смертей в год) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (2,3 млн. смертей в год).

Сегодня одним из самых эффективных методов хирургического лечения ИБС является шунтирование коронарных артерий, позволяющее значительно улучшить качество жизни пациентов.

Цель: Оценить частоту использования внутренней грудной артерии в качестве кондукта при операции аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Материалы и методы: Выполнен анализ историй болезней 136 пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиохирургическом отделении УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска за 2016 год.

Результаты. Операция маммарокоронарного шунтирования (МКШ) была выполнена 30 (22%) пациентам. 106 (78%) пациентам была выполнена операция АКШ+МКШ, критерием выбора которой явилась патология не только передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), но и других коронарных артерий. В 133 (98%) операциях накладывался анастомоз ВГА-ПМЖА

Использование внутренней грудной артерии (ВГА) как кондукта в абсолютном большинстве случаев при операциях шунтирования коронарных артерий обосновывается рядом её важнейших преимуществ:

- ✓ соответствие диаметров внутренней грудной и коронарной артерии;
- ✓ анастомоз накладывают между артериальными тканями;
- ✓ накладывается только один анастомоз, и отпадает необходимость наложения проксимального анастомоза;
- ✓ внутренняя грудная артерия редко поражается атеросклерозом или спазмируется;
- ✓ отсутствие клапанов (в отличие от БПВ);
- ✓ тонус хорошо контролируется медикаментозно.

Комбинация уникальной биологии ВГА и хорошего оттока по ПМЖА обеспечивает чрезвычайно длительную нормальную функцию этого шунта. [Островский Ю.П. / Хирургия сердца. Руководство / Островский Ю.П. – Минск, 2007 – 107 с.]

Выводы. Благодаря своим значительным преимуществам ВГА является наиболее оптимальным вариантом выбора для шунтирования ПМЖА.

А. А. Моїсеєнко

IV курс, медичний факультет №1

**СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ
МАЛЬФОРМАЦІЙ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Науковий керівник: Д. І. Гребенюк (к.мед.н., ас.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Артеріовенозні мальформації головного мозку на сьогодні не є значно поширеними серед населення (виникають приблизно в 0,05% осіб). Проте доведено, що вони є частими причинами виникнення епілептичних нападів, внутрішньочерепних крововиливів, прогресуючої деменції, сильного головного болю та інших неврологічних порушень. Смертність від ускладнень сягає 25%. Тому важливим є дослідження сучасних методів лікування даних судинних аномалій для запобігання розвитку ускладнень і своєчасної допомоги хворим.

Мета – дослідити сучасні методи лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку, їх особливості, основні покази та протипоказидо застосування.

На сьогодні основними видами лікування артеріовенозних мальформацій (АВМ) є медикаментозна терапія, стереотаксична радіотерапія, хірургічна резекція та емболізація.

Консервативна медикаментозна терапія переважно є симптоматичною. Контролю підлягають епілептичні напади та головний біль.

Вперше запроваджена у 1970-х, стереотаксична радіотерапія показана при неоперабельних мальформаціях, розташованих близько до важливих анатомічних об'єктів, доступ до яких ускладнено, об'ємменше 10–12 см³.

Застосовують локальну дію іонізуючого випромінення (12–25 Грей). Технології, які використовуються в стереотаксичній радіотерапії: гамма-ніж, фотонне випромінення та лінійні акселератори (linear accelerators, LINACs).

Опромінюються ділянки з максимальним діаметром 3 см або загальним об'ємом до 10 см³.

Ймовірність успішності даного виду лікування складає від 75% до 95%. Для досягнення повної облітерації необхідно від 1 до 4 років.

Ранні ускладнення: когнітивні порушення, кровотечі, головний біль, виникнення епілептичних нападів.

Пізні ускладнення: некротизація прилеглих тканин, дисфункція черепних нервів, когнітивні порушення, епілептичні напади, формування кіст і пухлин, набряк мозку, кровотечі.

Емболізація застосовується як самостійний вид терапії та в якості ад'ювантної терапії при інших варіантах лікування. Використовуються наступні агенти емболізації: спіралі Гіантурко, етанол, тетрадецил сульфат натрію (Sotradecol), ціаноакрилат, полівініловий спирт, мікросфери, блеоміцин, желатинова губка (Gelfoam) тощо.

Критеріями проведення успішної емболізації є: повна оклюзія судини; елімінація неврологічних симптомів; парціальне звуження судинного просвіту.

Можливі ускладнення:

1. пов'язані з катетерізацією – перфорація або розрив дрібних судин мозку, кровотеча, приєднання інфекції, венозний тромбоз, локальний некроз шкіри;
2. пов'язані із самою процедурою – неврологічні порушення, кровотеча, локальні набряк та ішемія мозкової тканини, токсичне ушкодження мозку (при застосуванні великих доз етанолу), реканалізація (основний недолік Gelfoam).

Вибір саме хірургічного методу втручання визначається оціночною шкалою Спетцлера–Мартина. Вона враховує максимальні розміри нідуса, венозний дренаж, залучення мовних центрів кори, особливості пацієнта (вік,

стать, супутні захворювання тощо), ангіографічні дані про архітекtonіку та розташування мальформації. Зі збільшенням балів по шкалі прямо пропорційно знижується ймовірність успішної операції.

Абсолютними показами є кровотечі, розвиток серцевої недостатності, ішемія, хронічна венозна недостатність. Відносними – погіршення якості життя, ушкодження з потенціально високим ризиком (гемартрози, переломи тощо), судинний кістковий синдром.

Можливі ускладнення:

1. набряк мозку;
2. Ранні кровотечі;
3. Артеріальний спазм із розвитком ішемії;
4. Тромбоз.

Дані мета-аналізів і систематичних оглядів дозволяють припустити, що чоловіча стать, дорослий вік, малий розмір мальформації та залучення лише глибоких вен пов'язані з нижчим ризиком ускладнень.

Висновки. Отже, існує 4 види лікування АВМ головного мозку – медикаментозна терапія, стереотаксична радіотерапія, хірургічна резекція та емболізація. Вибір методу залежить від анатомічних особливостей АВМ, факторів пацієнта, кількості балів за шкалою Спетцлера–Мартина, залучення сусідніх тканин та наявності порушень цілісності мальформацій. Можливі ускладнення, попри тяжкість і різноманітність, виникають із низькою частотою, що дозволяє стверджувати про доцільність і ефективність наведених втручань.

А. С. Леванчук¹, Д. О. Пучков², Б. Є. Сокрут²

¹ клінічний ординатор

² V курс, медичний факультет №1

ПОВТОРНА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ АКШ (КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ)

Науковий керівник: О. Л. Сергійчук (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Найчастішою причиною захворюваності та смертності у групі населення віком понад 60 років є серцево-судина патологія. Операція АКШ є методом вибору у лікуванні тяжких випадків прогресуючої стенокардії, резистентної до медикаментозної терапії, при багато судинному ураженні міокарда та при ураженні стовбуру ЛКА.

В Україні кількість АКШ щороку зростає і становить близько 2000 тисяч. На жаль, після АКШ 20% пацієнтів потребує повторної реваскуляризації через 10 років. За літературними даними аутовенозний шунт піддається повторній облітерації протягом 10 років у 35% пацієнтів, аутоартеріальний шунт - у 17% пацієнтів, а при мамарокоронарному шунтуванні - лише у 2% пацієнтів [Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology et al. Guidelines on myocardial revascularization. Eur.Heart J. 31, 2501–2555 (2010)]. Ці ж автори вказують, що необхідність повторного КШ варіює від 2 до 4% через 5 років, від 7% до 15% через 10 років після первинного хірургічного втручання. Симптоматичне клінічне покращення після повторної реваскуляризації виникає у 60-70% пацієнтів, у той час як після первинного КШ воно складає 80-90% [Mohr, F.W. et al. Four-year follow-up of the syntax trial: optimal revascularization strategy in patients with three-vessel disease [abstractTCT-27]. J. Am. Coll. Cardiol. 58 (Suppl.S), B8 (2011)].

Мета: проаналізувати частоту та причини виникнення рецидиву стенокардії у хворих, які перенесли АКШ та дослідити ефективність ендovasкулярних методів повторної реваскуляризації міокарду.

Об'єкт дослідження: пацієнти з прогресуючою стенокардією, яким раніше проводилась первинна реваскуляризація міокарду шляхом АКШ.

За 2017 рік у КЗ ВРЦСП було виконано близько 800 планових КГ, у пацієнтів з прогресуючою стенокардією. З них, семеро пацієнтів раніше були прооперовані з приводу ІХС та виконано АКШ аутовенозними та аутоамарними шунтами. На жаль, не усі пацієнти з прогресуючою стенокардією і первинною реваскуляризацією міокарду шляхом АКШ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в КЗ ВРЦСП проходили контрольну КГ.

Групу дослідження (7 чоловік, 100%) склали чоловіки, середній вік яких становив 68.2 роки (± 10.01 роки). В 6 (85,7%) випадках АКШ було виконано більше 10 років тому і в 1 (14,3%) випадку – 8 років тому. Виявлено, що у всіх пацієнтів системне прогресування атеросклерозу призвело до оклюзій та гемодинамічно незначних стенозів нативних КА у 100% та оклюзії аутовенозних та аутоамарних шунтів у 2 випадках (28,6%).

Пацієнт А госпіталізований з діагнозом: ІХС. Прогресуюча стенокардія. Постінфарктний (2007р.) міокардіосклероз. Коронаросклероз. Склероз аорти. АКШ (2009р.). Гіпертонічна хвороба III ступеню, 3 стадія, ризик високий. СН 2А ст, III ФК. Наслідки гострого порушення мозкового кровообігу (2007р.). Цукровий діабет II тип, середньої важкості.

При контрольній КГ виявлено хронічна оклюзія ПКА, огиальної гілки ЛКА, оклюзія ЛКА та гемодинамічно значима субоклюзія в переході аутоамарного шунта в ЛКА. Пацієнту було успішно проведено стентування ЛКА та дистальної частини анастомозу аутоамарного шунта.

Пацієнт В госпіталізований з діагнозом: ІХС. Нестабільна стенокардія. Коронаросклероз (Коронарографія – 2001р., 10.03.17 – багато судинне ураження), стан після коронарного шунтування (2001р. - 3 шунта), оклюзія

венозних шунтів (шунтографія 10.03.17р.). Дифузний та післяінфарктний (2011р.) кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба III ступеню, 3 стадії, дуже високий ризик. СН ІА, III ФК, помірна систолічна дисфункція ЛШ. ХНН II ст. Стан після лівобічної нефректомії (2010 р.)

При контрольній КГ виявлено дифузне ураження КА, оклюзію ПКА, оклюзію ЛКА. Стан шунтів: оклюзія аутовенозних шунтів.

Висновки.

1. Аналіз останніх літературних даних з повторної реваскуляризації міокарду вказує, що більшість авторів надають перевагу ендоваскулярним методам втручання.
2. При ретроспективному аналізі 7 пацієнтів, що лікувались в КЗ ВРЦСП у 2017 році, в анамнезі яких було АКШ, виявлено оклюзію нативних судин у 7 чоловік (100%) та у 2 чоловік (28,6%) шунтів.
3. Оцінюючи ангіографічно стан шунтів після АКШ виявлено, що у одного пацієнта відбулася оклюзія правого аутовенозного шунта та субоклюзія в переході аутомарного шунта в ЛКА, аутовенозний шунт до огинаючої гілки ЛКА – прохідний. У другого пацієнта виявлена оклюзія двох аутовенозних шунтів та повну прохідність аутовенозного шунта до огинаючої гілки ЛКА.
4. В одному випадку було виконано повторну ендоваскулярну реваскуляризацію міокарду (стентування дистального анастомозу аутомарного шунта) і досягнуто високу антиішемічну активність.

ХІРУРГІЯ ТА МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ

В. Н Лыхман, С. Ю. Битяк,

Г.О. Поликов, V курс, 1 медицинский факультет

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ШВОВ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Научный руководитель: А. Н. Шевченко (к.мед.н.)

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ»

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Актуальность: операции на пищеводе, относятся к сложным оперативным вмешательствам и сопровождаются целым рядом осложнений, которые резко утяжеляют состояние больных. При эзофагопластики, в раннем послеоперационном периоде это, несостоятельность швов пищеводных анастомозов, что приводит к параэзофагеальным абсцессам и медиастиниту. С данным литературы это осложнение наблюдается у 3,3% - 5,9% случаев с летальностью 78,6% - 90%.

Цель: изучить основные принципы эзофагопластики в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: ретроспективный анализ хирургического лечения 68 больных с несостоятельностью швов пищеводных анастомозов, за период с 2006 - 2017 гг. Больные были разделены на 2 группы: 2007-2011 гг. (36 больных - 1 группа, сравнения) и 2012-2017 гг. (32 больных - 2 группа, основная). Соотношение мужчин и женщин в обеих группах было примерно одинаковое, средний возраст больных 58 лет. Для лечения больных 1 группы применялась традиционная тактика (применением транс назального зонда, повторные оперативные вмешательства). У больных 2 группы было использовано миниинвазивное хирургическое лечение с использованием современных эндоскопических технологий. Большинство больных первично

оперированы по поводу злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (50 больных). Большинство оперативных вмешательств выполнены из абдоминального и комбинированного доступов. Несостоятельность анастомозов у всех больных возникла в раннем послеоперационном периоде, в основном в сроки от 3 до 10 суток. Методами диагностики несостоятельности швов анастомозов были рентгенологический и эндоскопический.

Большинство больных основной группы (84,9%) в первые 24 часа после констатации факта несостоятельности швов анастомоза проводилось эндоскопическое стентирование, использовались лицензированные в Украине стенты фирм M. I. TechCo. Ltd. и Boston Scientific Corp. Основными методиками стентирования были: 1) по проводнику под эндоскопическим контролем (77,9%), 2) по проводнику под комбинированным контролем (15,1%), 3) по проводнику через инструментальный канал эндоскопа (7,0 %).

Результаты: После успешной установки стента клинический эффект был достигнут в 66,3% пациентов. После установки стента в первые сутки отмечено уменьшение дебита по свищу до 250 мл. Начиная с третьего дня отмечалось этапное заживления свища. Общими принципами лечения больных после стентирования зоны несостоятельности анастомоза были: полное закрытие дефекта в зоне несостоятельности, адекватное дренирование участка несостоятельности, обеспечение адекватного энтерального питания в условиях достаточной герметизации зоны несостоятельности, антибактериальная и интенсивная инфузионная терапия. Большинство больных основной группы (70%) были выписаны из стационара без признаков несостоятельности анастомозов в удовлетворительном состоянии в сроки 3 недель. У 6 больных в сроки от 3 до 15 суток стент мигрировал, что требовало дополнительной эндоскопической репозиции стента. У 4 больных ожидаемый клинический эффект не был достигнут, больные были повторно оперированы открытым способом. Больным группы сравнения лечения несостоятельности пищеводного анастомоза проводилось с применением транс назального зонда, из них у 18

больных выполнена релапаротомия с целью дополнительного дренирования и формирования энтеростомы,

Выводы: Стентирование пищевода является методом выбора при лечении пациентов с несостоятельностью пищеводных анастомозов и позволяет избежать травматических операций, особенно у ослабленных больных, а также позволяет сохранять жизнь больным при этих грозных осложнениях. Лечение несостоятельности пищеводных анастомозов с применением эндоскопического стентирования дает лучшие результаты за счет сокращения сроков реабилитации, улучшение качества жизни, снижение летальности.

М. А. Гайданка

VI курс, 1 медицинский факультет

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФРОНТИТОВ

Научный руководитель: Н. В. Ламза (кандидат медицинских наук, преп.)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Кафедра оториноларингологии

г. Днепр, Украина

В структуре заболеваемости риносинуситов фронтит составляет около 25%, а его клиническое течение, как правило, тяжелее, чем воспаление других околоносовых пазух [Пальчун 2010]. Переходу острого фронтита в хронический способствует недостаточное дренирование и вентиляция лобной пазухи. Это может быть вызвано узостью естественного устья, искривлением перегородки носа, наличием дополнительных решетчатых клеток [Заболотний 2010, Митин 2010].

Фронтит может приводить к развитию тяжелых внутричерепных или орбитальных осложнений, поэтому часто возникает необходимость предоставления экстренной помощи [Заболотний 2010, Гладков 2012]. Традиционные хирургические методы лечения, в большинстве случаев, включали применение инвазивных методик экстраназальной фронтотомии. При этом повреждения участка дренажного отверстия со стороны лобной пазухи в большинстве случаев приводили к его рубцеванию. С внедрением в клиническую практику эндоскопических технологий, взгляды на вопросы диагностики и лечения синуситов существенно изменились.

Целью работы является анализ эффективности различных способов лечения больных с рецидивирующей и хронической формой фронтита.

Материалы и методы. Нами наблюдалось 30 пациентов, которые лечились в соматическом ЛОР-отделении ДОКБ им. Мечникова в период с 2016 по 2017 г. с рецидивирующими и хроническими формами фронтита. На

догоспитальном этапе, кроме общеклинических методов исследования, всем больным применялась компьютерная томография околоносовых пазух и бактериологическое исследование отделяемого из носа на патогенность микрофлоры, с определением чувствительности к антибиотикам.

Под наблюдением было 30 пациентов. Все больные были поделены на две группы. Первой группе (16 человек) хирургическое лечение проводилось путём эндоскопического расширения естественного соустья лобно-носового канала. Второй группе (14 человек) была проведена пункция лобной пазухи с последующим её дренированием.

Всем пациентам проводилась антибиотикотерапия, анемизация, по показаниям местно применялись кортикостероиды и антибиотики.

Результаты терапии оценивались в раннем послеоперационном периоде и спустя 6 месяцев после проведенного лечения.

Наблюдение в раннем послеоперационном периоде показало, что эффективность лечения в первой группе составляла 93,75%, а во второй группе - 78,57 %.

В первой группе у одного пациента имело место искривление носовой перегородки 2 степени, что способствовало повторному эндоскопическому вмешательству.

Во второй группе после проведенного вмешательства у 3-х больных возник блок соустья лобно-носового канала, после чего применялось его эндоскопическое расширение. Через 6 месяцев в первой группе рецидивов не отмечалось, во второй – было 2 рецидива, что лечились эндоскопически.

Выводы: в результате нашего наблюдения, эндоскопическое расширение естественного соустья лобно-носового канала у больных с рецидивирующими и хроническими формами фронтитов является на 63,33% эффективнее, чем пункция лобной пазухи с последующим её дренированием. Преимуществами эндоскопического вмешательства являются: физиологичность, малая травматизация, крайне низкая частота осложнений.

О. О. Коломієць

VI курс, ЛС-223

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЛАКТОРЕЇ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ФІБРОАДЕНОМИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Науковий керівник: О. В. Язиков (к.мед.н., асистент)

Сумський державний університет

Кафедра хірургії та онкології

м. Суми, Україна

Пацієнтка 32 р., що не народжувала, звернулась до хірурга зі скаргами на наявність новоутворення в правій молочній залозі (МЗ). В результаті обстеження виявлено фіброаденому розміром 2,0*1,5 см. Цитологічне дослідження після тонкоіголкової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) виявило кубічний епітелій з ознаками проліферації. Було проведено видалення новоутворення правої МЗ. Гістологічна експертиза підтвердила клінічний діагноз фіброаденоми.

В ранньому післяопераційному періоді, через тиждень після хірургічного втручання було виявлено накопичення рідини в рані, що клінічно проявлялось відчуттям тяжкості і розпирання в молочній залозі і підтверджено ультрасонографічно, як анехогенна ділянка. Було проведено аспірацію вмісту під контролем апарату ультразвукової діагностики (УЗД). Аспірована рідина була білого кольору, цитологічно – молозивний вміст. Декілька послідовних щоденних пункцій не призвели до зникнення рідини, тому було проведено дослідження пролактину в сироватці крові. Результат – гіперпролактинемія (пролактин 150 нг/мл). Призначено каберголін 0,5мг («Достинекс») по 0,5 таблетки 2 р/добу протягом двох днів, далі 0,5 таблетки 2р/тиждень протягом місяця. Через 2 дні після початку терапії виділення молока в рану припинилось. Подальше магнітно-резонансне дослідження головного мозку пацієнтки виявило мікропролактиному гіпофіза.

В іншому випадку, у пацієнтки 28 р., що народжувала, виявлено фіброаденому правої молочної залози розміром 2,4*1,8 см, верифіковану наявністю кубічного епітелію за даними ТАПБ. Проведено секторальну резекцію правої МЗ. Гістологічно – фіброаденома з вираженою проліферацією секретуючого епітелію. Через 10 днів після операції в порожнині рани виявлено скопичення рідини, яка в результаті пункції була ідентифікована як молоко. Дослідження пролактину виявило його вміст у крові на рівні 2,86 нг/мл, що є нижньою межею норми. Не зважаючи на такі низькі показники гормону призначено каберголін 0,5мг за попередньою схемою. Виділення молока в рану більше не спостерігалось.

Вже досліджено, що власне тканина молочної залози сама може продукувати пролактин, який не залежить від гіпоталамо-гіпофізарного впливу, що і підтверджено клінічним випадком лактореї. За даними останніх досліджень зустрічається багато випадків, коли патологічні прояви в МЗ обумовлені не стільки рівнем пролактину в крові, скільки рівнем експресії його рецепторів. Більшість зарубіжних вчених відзначають виражену експресію рецепторів до пролактину в тканині МЗ як один із провідних факторів канцерогенезу.

Отже, концентрація пролактину в сироватці крові не завжди може мати патологічний вплив на молочну залозу. Підвищення рівня експресії до рецепторів пролактину, ймовірно може пояснити розвиток подібних післяопераційних ускладнень, а тому потребує подальшого дослідження.

С. Б. Хамроев, 4 курс, медико-педагогический факультет,

Т. Р. Мурадов, доцент,

С. Ф. Сулейманов, с.н.с.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕКТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Научный руководитель: Ш. Т. Уроков (д.мед.н., доц.)

Бухарский государственный медицинский институт,

Кафедра хирургических болезней, реанимации и анестезиологии

г. Бухара, Узбекистан

Актуальность: Известно, что острый деструктивный панкреатит (ОДП) сопровождается серьезными нарушениями со стороны иммунной системы больных [Мурадов Т.Р., 2012; Suleymanov S.F., 2016].

Цель: Анализ клеточного звена иммунитета и восстановление иммунных нарушений у больных ОДП.

Материал и методы: Обследованы 69 больных в возрасте от 28 до 84 лет с ОДП, проходивших лечение в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП в период от 2012 до 2017 гг. Среди пациентов мужчин было 39 (56,5%), женщин – 30 (43,5%). Контрольная группа состояла из 32 здоровых лиц (25-55 лет). Параметры клеточного иммунитета идентифицировали с помощью моноклональных антител (ООО «Сорбент-Сервис», Россия). По этиологии больных распределили следующим образом: билиарный панкреатит встречался у 25 (36,2%) больных, гастрогенный – у 18 (26,1%), алкогольный – у 7 (10,1%), травматический – у 6 (8,7%), алиментарный – у 5 (7,2%), послеоперационный – у 5 (7,2%), ишемический - у 3 (4,3%). Диагноз верифицировали на основании клинических и лабораторно-инструментальных данных.

Результаты: У больных ОДП со среднетяжелым течением отметили существенное подавление клеточного иммунитета: 0,6-кратное снижение Т(CD3) - $30,1 \pm 2,8\%$ ($p < 0,001$), угнетение субпопуляций Т-лимфоцитов: Тх

(CD4) - $26,4 \pm 1,1$ % ($p < 0,001$) и $294,2 \pm 44,5$ клеток/1мкл крови ($p < 0,001$), содержание Tc(CD8) - $15,2 \pm 1,7$ % ($p < 0,05$) и $142,6 \pm 15,3$ клеток/1мкл крови ($p < 0,01$). Количество B(CD19)-клеток было повышено до $22,9 \pm 3,4$ % ($p < 0,05$).

В группе больных с тяжелым панкреонекрозом аналогичные параметры были ещё ниже по сравнению с больными со среднетяжелым течением, причем у данной категории больных на 2-ой неделе от начала заболевания происходило дальнейшее прогрессирование нарушений в их иммунной системе ($p < 0,01$ - $p < 0,001$).

Включение в схему лечения препарата полиоксидония НПО (Петровакс Фарм ООО (Россия)) в дозе 12 мг / 1 раз в сутки (всего 10 инъекций) в/м способом дало положительный эффект у больных с ОДП. Иммунокорректирующая терапия способствовала восстановлению Т-клеточного звена иммунной системы, которое возросло в 1,2 - 1,6 раза в их относительном и абсолютном выражениях. При этом эффективно возрастали T(CD3) и его субпопуляции - Tх (CD4) и Tc(CD8), а также B(CD19).

Полиоксидоний обладал иммуномодулирующим, лечебным, детоксицирующим и антиоксидантным эффектом. Его применение способствовало снижению гнойных осложнений у больных со среднетяжелым ОДП с 10,6% до 4,7% случаев, а при тяжелом ОДП – с 24,1 до 14,3%.

Выводы: 1) У больных ОДП наблюдали нарушение всех звеньев клеточного иммунитета. 2) Сочетание традиционного лечения и полиоксидония обладало эффективностью у больных ОДП, так оно приводило к восстановлению параметров клеточного звена иммунной системы. 3) Полиоксидоний обладал иммунокорректирующим и лечебным действием у больных ОДП.

Я. А. Василевская, А. В. Желудевич

VI курс, лечебный факультет

ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ FAST-TRACK В ХИРУРГИИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИИ: ЕЁ ПРЕИМУЩЕСТВА

Научный руководитель: А. А. Полинский (к.м.н., доц.)

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность: Медицина во многом консервативна. И это оправдано: новые методы диагностики и лечения перед использованием в широкой практике проходят длительные испытания. Со временем к ним привыкают, их не подвергают сомнению и длительное время не оспаривают. Так возникают догмы и постулаты и отказаться от них непросто.

...наиболее сложной задачей в улучшении качества хирургической помощи являются не новые открытия, а внедрение уже имеющихся данных в практику. И внедрение fast-track относится к таким задачам. [Казанский медицинский журнал/ 2012 г./ том 93 - №5 – с. 799-802] Мы считаем нашу работу актуальной, так как в нашей стране пока еще данная концепция является малоизвестной, но в будущем у нее есть все шансы получить широкое распространение.

Цель: Ознакомить студентов-медиков и медицинский персонал с основными положениями концепции fast-track

Материалы и методы исследования: литература о концепции fast-track из зарубежных и белорусских источников.

Результаты: Программа fast-track (хирургия «быстрого пути») – новая стратегия медицинской помощи, которая представляет собой комплекс мероприятий, проводимых в пред-, интра- и послеоперационный период, направленных на сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, снижение частоты развития послеоперационных осложнений и ускорение

восстановления нормальной активности пациентов. [Источник Сети Интернет: <http://www.zdrav.by/principy-hirurgii-uskorenno-go-vyzdorovleniya>] Преимущества данной концепции: снижение частоты осложнений, уменьшение продолжительности госпитализации, значительно меньшая стоимость лечения, несмотря на дополнительные расходы и необходимость обучения персонала на этапе внедрения. [Антипин Э.Э., Уваров Д.Н., Свирский Д.А. и др./Концепция fast track в хирургии и роль анестезиолога //Анестезиология и реаниматология – Москва, 2011. – №3. – С. 33–36]

Выводы: не вызывает сомнения необходимость широкого внедрения полученных данных в повседневную хирургическую практику, что позволит улучшить результаты лечения пациентов хирургического профиля и снизить расходы на здравоохранение.

М. Ю. Веселий

VI курс, медичний факультет № 1

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ ПЕРЕКРУТА ЯЄЧКА У ДІТЕЙ

Науковий керівник: С. В. Веселий (проф.)

Донецький національний медичний університет

Кафедра хірургії та дитячої хірургії

м. Лиман, Україна

Актуальність. Перекрут яєчка (ПЯ) – захворювання, яке обумовлене патологічною рухливістю яєчка. Ця патологія часто приводить до незворотних змінень у тестікулі, особливо в тих випадках, коли термін захворювання перевищує 6 годин.

Мета дослідження. Поліпшення результатів лікування дітей з перекрутом яєчка.

Матеріали та методи досліджень. За період з 2010 р. по 2017 р. в Обласному дитячому хірургічному відділенні (КЛПУ "Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ") знаходилися на лікуванні 33 дитини з ПЯ. Вік дітей становив від 4 місяців життя до 16 років. У віці від 4 місяців до 3 років спостерігали 3 дитини; у віці 3,1-6 років – 7 дітей; у віці 6,1-9 років – 6 дітей; 9,1-14 років – 9 дітей; 14,1-16 років – 8 дітей. Перекрут правої статевої залози спостерігався у 21 хлопця, зліва – у 11 хлопців. У одного підлітка спостерігався спочатку заворот правого яєчка, а через 2 місяці – заворот лівого яєчка. З цього числа хворих звичний заворот яєчка з контралатеральної сторони спостерігали у 14 пацієнтів (42,4%). Обстеження включало в себе загальноклінічне та ультразвукове дослідження, лабораторне дослідження, патогістологічне дослідження операційного матеріалу.

Оперативне втручання було проведено усім хворим. У перші 6 годин з початку захворювання у стаціонар поступили 4 хворих (12,1%), у термін 6,1-12 годин – 5 хворих (15,2%), у термін 12,1-16 годин – 7 дітей (21,2%), у термін

16,1-24 години – 10 дітей (30,3%), у термін 24,1 години та пізніше–7 пацієнтів (21,2%). Усім дітям була проведена деторсія перекрученого яєчка та тканинна декомпресія. У 19 пацієнтів(57,6%) виконана фіксація яєчка за Вермутеном. у 11 дітей (33,3%) виконана інтравагінальна фіксація яєчка з гофруванням Гюнтерової зв'язки у модифікації клініки. Первинне видалення скомпрометованої некротизованої гонади виконали у 3 хворих (9,1%). Дренування калитки виконано у 24 випадках (72,7%).

Результати та їх обговорення. У всіх 17 дітей (51,5%), що потрапили до стаціонару у термін 16 годин та пізніше з початку захворювання, клінічно та гістологічно виявлений некроз яєчка. У 2 хворих (6%) у ранньому післяопераційному періоді спостерігали неспроможність рани на калитці та евісцерацію некротизованого яєчка. Ще у 2 хворих (6%) відзначали нагноєння рани у паховій ділянці. Усі діти були виписані із стаціонару у задовільному стані. У 17 хворих (51,5%) у пізньому післяопераційному періоді виникла атрофія перекрученого яєчка. У 14 пацієнтів ізвичним заворотом контралатерального яєчка в подальшому була виконана інтравагінальна фіксація яєчка з гофруванням Гюнтерової зв'язки в модифікації клініки. В усіх цих випадках отриманий гарний результат.

Висновки. У дітей із перекрутом яєчка, що надходять до стаціонару від 16 годин з моменту початку захворювання та пізніше, відбуваються незворотні змінення, які призводять до атрофії тестікули.

У всіх хворих, що перенесли перекрут яєчка, з метою профілактики захворювання доцільно виконувати орхіопексію з контралатеральної сторони.

Методом вибору орхіопексії у дітей із звичним перекрутом яєчка є інтравагінальна фіксація яєчка в чотирьох точках, із гофруванням зв'язки Гюнтера.

Г. С. Григориади

VI курс, педиатрический факультет №1

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ОСТРЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Научный руководитель: И.В. Мельник (к.мед.н., доцент)

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Кафедра хирургических болезней

г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Среди всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на долю острых язв приходится 10-20%. В большинстве случаев кровотечение из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки возникает у пациентов с тяжелой соматической патологией. У данной категории больных своевременное выполнение эндоскопии часто затруднено из-за тяжести состояния, и диагноз устанавливается только при развитии тяжелого желудочно-кишечного кровотечения или на вскрытии.

Цель исследования: изучить непосредственные результаты лечения пациентов с кровотечением из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне тяжелой соматической патологии.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 101 пациента с кровотечением из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин- 62, женщин -39. Возраст больных от 20 до 86 лет.

Результаты и обсуждение: с целью установления источника кровотечения всем больным выполнена ЭГДФС. Локализация острых язв: тело желудка-50(49,5%), пилороантральный отдел 19 (18,8%), луковица двенадцатиперстной кишки-32 (31,7%) (передняя стенка-17(53%) , задняя-6(18,8%), верхняя-2(6,2%), нижняя-8(25%). У 90 (89%) пациентов диагностировано остановившееся кровотечение: F-IIA (27), F-IIВ(40), F-IIС

(16), F-III (7). Активное кровотечение выявлено у 11(11%) пациентов - F-IA (1), F-IB (10). Наиболее частой причиной кровотечений были язвы размером до 1 см. - 74 (73,3%), язвы в диаметре до 0,5 см. диагностированы в 21 (20,8%) случае, диаметр язв до 2 см. отмечен у 5 (4,9%) и язвы диаметром более 2см выявлены всего у 1 (1%) пациента. Кровопотеря легкой степени имела у 56 (55,4%) больных, средней-39 (38,7%), тяжелой-5(4,9%), крайне тяжелой у1(1%) пациента. Геморрагический шок I степени имел место у 12 (11,9%) , II степени – у 7(6,9%) и III степени - у 2(2%) больных. У остальных 80(79,2%) пациентов признаков геморрагического шока не выявлено.

Эндоскопический гемостаз применялся у 78 (77,2%) больных. Диатермокоагуляция в 41 (52,6%) случае, обкалывание язвы этанолом в 14 (17,9%), одновременное использование диатермокоагуляции и обкалывания этанолом применялось в 23 (29,5%) пациентов. В связи с наличием в язве признаков нестойкого гемостаза повторно диатермокоагуляция применялась в 17 и обкалывание язвы этанолом в 31 случае.

Оперативное вмешательство выполнено 4 (3,9%) больным. Трое больных оперированы по поводу кровоточащих язв луковицы ДПК (задняя стенка -2, верхняя-1), один пациент оперирован по поводу кровоточащей язвы тела желудка. Выполнена дуоденотомия с прошиванием язв в 3 случаях и гастротомия с прошиванием язвы в 1 случае. Кровотечение остановлено. После операции умерли 2 больных. Причиной летальных исходов явился тяжелый декомпенсированный геморрагический шок, тяжелая кровопотеря в комплексе с массивной кардиологической патологией и сахарным диабетом.

Среди неоперированных больных летальный исход отмечен в 14(14,4%) случаях. Причиной летальных исходов явилась полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования декомпенсированной терапевтической патологии. Общая летальность в группе составила 16 (15,8%) пациентов.

Заключение: таким образом, лечение кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки больных с тяжелой терапевтической патологией является актуальной проблемой экстренной хирургии. Эндоскопия

является основным лечебно-диагностическим методом. В связи с тяжелым соматическим статусом оперативное вмешательство показано только при активном кровотечении при неэффективности эндоскопического гемостаза. Оперативная активность - 3,9%, общая летальность - 15,8%.

А. Ю. Бурко

V курс, медицинский факультет №1

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ЛОБНОЙ ПАЗУХЕ

Научный руководитель: В. В. Рахманов (асс.)

ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Кафедра оториноларингологии

г. Днепр, Украина

Актуальность: Хирургия лобной пазухи совершенствуется с годами. Современные тенденции доступа базируются на минимизации инвазивности, сохраняя костные границы выхода из лобной пазухи, предотвращая стеноз, затяжной послеоперационный период восстановления и заживления, развития рецидивов. **Цель:** Ознакомиться с особенностями анатомии лобной пазухи, а именно наличием *aggernasi*, клеток Куна, имеющих важное диагностическое значение. Рассмотреть преимущества и технические аспекты эндоскопического дренажа Draf I-III. **Материалы и методы:** Использовались общенаучные, теоритические (анализ, синтез, аналогию, классификацию) и эмпирические (наблюдения, статистический) методы.

Применение мультиградусного эндоскопичес углом обзора 40-90° позволяет полностью визуализировать все стенки лобной пазухи через расширенное соустье по Draf, что делает его более эффективным и безопасным по сравнению использованием традиционных эндоскопов 0, 30, 45 и 70°.

Результаты: Эндоназальный дренаж Draf I-III позволяет обеспечить достаточную санацию лобной пазухи с наименьшими изменениями анатомических структур и максимальным щажением.

Выводы: Эндоназальный дренаж Draf I-III позволяет приспособить операцию на лобной пазухе к подлежащей патологии с учётом индивидуальных анатомических особенностей развития и степенью распространения патологического процесса.

Грибок А. В., III курс, лечебный факультет

Казакевич П.Н., V курс, лечебный факультет

**ДИНАМИКА ОБЪЕМОВ И СТРУКТУРЫ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В
ОТДЕЛЕНИИ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Научный руководитель: И.Т. Цилиндзь (к.мед.н., доц.)

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра общей хирургии

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Лапароскопическая хирургия является одним из наиболее перспективных направлений хирургии, ориентированным на минимизацию операционной травмы, сокращение длительности операции и повышение качества лечения больных. Не случайно некоторые авторы ставят ее в один ряд с открытием анестезии, антисептики, антибиотиков и искусственного кровообращения.

Цель. Определить объем и структуру лапароскопических оперативных вмешательств на органах брюшной полости за период с 2009 по 2016 гг. в отделении общехирургического профиля.

Материалы и методы. Проведён сравнительный анализ объёмов и структуры лапароскопических оперативных вмешательств в 1-ом хирургическом отделении ГКБ№4 г. Гродно, являющимся базой кафедры общей хирургии Гродненского государственного медицинского университета, за восьмилетний период.

Результаты и их обсуждение. Безусловно, основной лапароскопической операцией, с которой, по сути дела, и начал развиваться данный раздел хирургии, если не брать во внимание диагностическую лапароскопию, является лапароскопическая холецистэктомия. Кроме неё в настоящее время всё более широкое использование получили лапароскопические аппендэктомия, пластика

паховых грыж, ушивание прободной язвы, которые доступны для отделений общехирургического профиля.

В динамике за 8 лет несколько увеличилось количество операций, по поводу острого аппендицита – на 8,95% (179 было выполнено в 2009г. и 192 в 2016г.) при этом значительно увеличилось количество лапароскопических аппендэктомий.

В 2009 году их доля составила 58,1%(из 179лапароскопических 104), в 2011г. – 57,3%(102 из 178), в сравнении с 2015г.- 81,6%(142 из 174), и 2016г. – 85,9%(165 из 192).

Так же значительно возросла доля лапароскопий (с 20 до 69,2%), по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (в 2009г. из 10 лапароскопически ушито 2, в 2011г.- 5из 17, в 2012г. - 1 из 18, в 2014г. - 19 из 20, в 2016г. - 9 из 13), однако уменьшилось общее количество операций по поводу данной патологии (с 24 в 2010г. до 8 в 2015г. и 13 в 2016г.). Значительное снижение числа экстренных оперативных вмешательств по поводу прободной язвы желудка и двенадцатиперстно кишки может быть обусловлено улучшением профилактики и применением достаточно эффективных методов консервативного лечения данной патологии.

Что касается лапароскопических холецистэктомий, то их доля с 2009г. значительно не изменилась, но стоит отметить, что она всегда была на высоком уровне: так в 2012г. – 96,1%холецистэктомий было выполнено лапароскопическим методом (367операций из 382) - самый низкий показатель, а в 2011г. –98,9% (372 операций из 376) – самый высокий показатель.

Общее количество паховых герниопластик с 2009 по 2016гг. увеличилось на 17,6%(соответственно годам с 301 до 365), при этом доля лапароскопических герниоплатик уменьшилась с 34,2% в 2009г. до 19% в 2016г. Такое «парадоксальное» изменение в применении лапароскопии при данной патологии, связано со всё шире используемой герниопластикой по Лихтенштейну, которая по эффективности не уступает лапароскопической.

Выводы. Лапароскопические операции всё шире используются в современной практике, поскольку имеют ряд существенных преимуществ в сравнении с традиционными методами. Не только холецистэктомию, но и аппендэктомию, герниопластику, ушивание прободной язвы, выполняемые лапароскопическими методами, следует всё шире использовать в отделениях общехирургического профиля.

Завгородній А.С., Гриценко О.В.

V курс, медичний факультет №1

ВІДЕОТОРАКОСКОПІЯ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ

НОВОУТВОРЕНЬ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ

Науковий керівник: Смоляник К.М. (асистент)

Харківський національний медичний університет

кафедра хірургії №1

м. Харків, Україна

Актуальність. Діагностика та лікування новоутворень середостіння (НС), як і раніше залишається однією з найбільш важких проблем торакальної хірургії. За частотою виявлення вони складають від 0.5 до 70% усіх пухлин людини, але за гістологічною структурою виділяються більш ста різноманітних новоутворень даної локалізації. Безперечні переваги торакоскопії–висока інформативність, мала травматизація, низька частота ускладнень, економічна ефективність, зменшення тривалості реабілітації хворого і косметичний ефект.

Мета: Розширити показання до застосування відеоторакоскопії (ВТС) для діагностики та диференціювання, отримання морфологічної верифікації та визначення стадії розповсюдження НС.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз власних клінічних спостережень за результатами діагностики та лікування 30 пацієнтів з новоутвореннями середостіння, яким застосовувалася ВТС. Хворі проходили лікування на базі ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України». Всім пацієнтам проводилися загальноклінічні дослідження, поліпозиційна рентгенографія органів грудної клітини, КТ з болюсним контрастуванням.

Результати: Прооперовані 30 хворих, у зв'язку з НС. Принциповим етапом в лікуванні НС для визначення подальшої тактики ми враховуємо гістологічну верифікацію. У цих хворих на ряду з загальновідомими методиками біопсії (трансторакальна пункційна, трансbronхіальна,

міжреберно-грудинна), ми застосовували відеоторакоскопічну біопсію (ВТСБ). Показаннями для її проведення були пухлини, котрі більш контурувалися в плевральну порожнину, й знаходилися, як в задньому, так і в середньому середостінні. Маніпуляція проводилася в умовах загальної анестезії. ШВЛ з роздільною інтубацією легень. Проводилася ревізія грудної клітини, плевральної порожнини, визначалася макроскопічна характеристика пухлини, відношення її до сусідніх органів та тканин, забір необхідної кількості матеріалу для досліджень. У 8 пацієнтів було виконано видалення лімфатичних вузлів й пухлин невеликих розмірів, що було кінцевим етапом в інвазивній діагностиці та хірургічному лікуванні. Що дозволило знизити кількість великих по об'єму операцій. ВТСБ у комплексі з іншими методиками дозволила підвищити гістологічну верифікацію новоутворень з 84 по 92%.

При злоякісних пухлинах проводилася неоад'ювантна хіміо-променева терапія, котра у більшості випадків призводила до редукції пухлинної маси та дозволила в подальшому виконати радикальне хірургічне втручання.

Висновки: Відеоторакоскопічна біопсія дозволяє зменшити кількість внутрішньоплевральних ускладнень у порівнянні з другими методиками, підвищити ефективність гістологічної верифікації з 84 по 92%, а також зменшити кількість відкритих оперативних втручань на 26.7%.

В.В. Казырод, Д.О. Беда

Укурс, 2 медицинский факультет

ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ШИГЕЛЛЁЗАМИ

Научный руководитель: Н.Ф. Меркулова (к.мед.н., доцент)

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней

г. Харьков, Украина

Актуальность совершенствования диагностики шигеллезов определяется ростом заболеваемости, широким распространением тенденцией к тяжелому течению болезни. Установлению диагноза шигеллеза нередко препятствуют отрицательные результаты бактериологического исследования кала.

Цель и задачи. Изучение диагностической значимости фиброколоноскопии (ФКС) у больных шигеллезами и определение показаний к ее применению.

Методы исследования. ФКС проведена 202 больным в возрасте от 16 до 92 лет, находившимся в ОКБ г. Харькова с диагнозом "острая дизентерия". Лабораторно диагноз был подтвержден у 94 больных (бактериологически и серологически). Из них шигелла Флекснера выделена у 72 больных, а у 22 - шигелла Зонне. У 108 пациентов диагноз шигеллеза не был подтвержден лабораторными исследованиями. Более 60% случаев ФКС проведена на 1-й неделе болезни.

Результаты. При отсутствии лабораторного подтверждения диагноза при колоноскопии изменения слизистой катарального характера выявлены у 35 больных, эрозивные - у 61, а эрозивно-язвенные - у 12. Легкое течение болезни среди них отмечено у 35 больных, средне тяжелое - у 54, а тяжелое - у 19 больных. У больных легким течением болезни были выявлены катаральные изменения слизистой прямой и/или дистального отдела сигмовидной кишки. При среднетяжелом и тяжелом течении болезни выявлены эрозивные и

эрозивно-язвенные поражения слизистой не только прямой и сигмовидной кишки, но и всей левой половины толстой кишки.

Вывод. Специфические изменения слизистой толстой кишки наряду с типичными клинико-эпидемиологическими данными и эффективностью противотищеллезного лечения позволили утвердиться в правомерности диагноза, несмотря на отрицательные результаты бактериологических и серологических исследований.

А.С. Пумпур

V курс, лечебный факультет

**РОЛЬ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ,
БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ И ГЕМОСТЭЗИОГРАММЫ У
ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

Научный руководитель: Е. Г. Мороз (к.мед.н., ассист.)

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра онкологии

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность: Колоректальный рак является одной из самых распространенных форм злокачественных новообразований. По данным канцер-регистра Республики Беларусь за последнее десятилетие заболеваемость колоректальным раком увеличилась в 1,5 раза.

Цель: оценить динамику показателей общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостэзиограммы у пациентов с колоректальным раком с учетом стадии и локализации новообразования, возраста, пола пациентов и наличия или отсутствия осложнений до и после проведенного лечения.

Материалы и методы: Материалом для исследования послужили результаты общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостэзиограммы у 135 человек, больных колоректальным раком в Минском городском клиническом онкологическом диспансере в период за 2015 год. Исследование проводилось статистическим методом с последующим анализом результатов.

Результаты: Результаты исследования показали изменения в общем анализе крови: более чем у 80% пациентов – снижение показателей гемоглобина ниже нормы; уменьшение количества эритроцитов ниже нормы у 35% пациентов; количество пациентов с повышенным содержанием тромбоцитов составило 20%; количество лейкоцитов повышено у 23% пациентов;

количество лимфоцитов ниже нормы у 23%; число пациентов с увеличением количества нейтрофилов, в том числе палочкоядерных и сегментоядерных, составляет 13%, 18% и 22% соответственно; увеличение количества моноцитов наблюдается у 37% пациентов; увеличение эозинофилов выше нормы у 13% пациентов; показатель СОЭ выше нормы наблюдался более чем у 90% пациентов. Результаты исследования показателей биохимического анализа крови: снижение общего белка крови у 35,5% пациентов; снижение содержания ионов калия ниже нормы наблюдается у 7%; количество пациентов с увеличением содержания ионов натрия составило 13,5%; ионы кальция снижены у 23% пациентов. Результаты изменений показателей гемостазограммы: увеличение АЧТВ и количества фибриногена наблюдается у 14% и 51% пациентов соответственно. Данные полученных исследований доказывают, что у онкологических пациентов высокий риск таких осложнений, как анемия [2] и тромбообразование [3]. Вероятность развития вышеперечисленных осложнений увеличивается с возрастом пациентов и на более поздних стадиях развития злокачественного процесса. Также, на данный процесс влияют наличие осложнений, таких как кишечная непроходимость, перфорация кишечника на фоне распада опухоли, прорастание опухоли в соседние органы и ткани, развитие воспалительного процесса. После проведенного лечения были замечены улучшения показателей крови.

Выводы: В результате проделанной работы можно сделать следующие выводы:

- Изменения, наблюдаемые в анализах, подтверждают основные осложнения опухолевого процесса: анемия и тромбообразование.
- Нарушение показателей биохимического анализа крови является доказательством расстройства биоэнергетических и синтетических процессов в организме пациентов с злокачественными новообразованиями.
- Для всех анализируемых показателей свойственна зависимость от стадии опухолевого процесса: чем более поздняя стадия, тем вероятнее отклонение

показателей от референтных значений, а следовательно, риск развития осложнений.

- Зависимость изменения показателей от таких критериев, как пол, возраст, локализация и наличия осложнений опухолевого процесса не достоверна при данном количестве исследуемых пациентов.
- После проведенного хирургического лечения наблюдалась положительная динамика анализируемых показателей.

Щебетенко В. А.

V курс, медицинский факультет №2

**СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЗАБРАСЫВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО
СОДЕРЖИМОГО В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ СПОНТАННОМ
РАЗРЫВЕ ПИЩЕВОДА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Научный руководитель: Минухин Д. В. (к.мед.наук, доцент)

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №1

г. Харьков, Украина

Актуальность: Кровотечение из вен желудка или пищевода представляет собой самое опасное и довольно частое отклонение, которое может угрожать жизни пациента. Одной из причин этого состояния является синдром Бурхаве. Своевременная диагностика этого серьёзного заболевания представляет трудности из-за его редкости, разнообразия клинических проявлений и неосведомлённости большинства врачей. В связи с высокой летальностью и значительной трудностью диагностики верный диагноз часто устанавливается лишь посмертно.

У больного Ж., 46 лет, 27 декабря 2015 г. после физической нагрузки возник резкий болевой синдром за грудиной, сопровождавшийся гипотонией. Был госпитализирован в центральную районную больницу с подозрением на инфаркт миокарда. Через три дня диагностирована эмпиема плевры слева. 30.12.2015 г. выполнено дренирование левой плевральной полости во втором и восьмом межреберьях. По нижнему дренажу отмечено выделение пищевых масс. При дальнейшем обследовании, включающем фиброгастроскопию, диагностирована перфорация пищевода в нижнегрудном отделе.

03.01.2016 г. наложена питательная гастростома. 15.01.2016 г. возникла перфорация острой язвы антрального отдела желудка, которая была ушита. В дальнейшем при питании через гастростому отмечалось выделение пищи по нижнему дренажу. Больной высоко лихорадил. Сохранялась гнойная

выделяемая из обоих плевральных дренажей. Направлен и госпитализирован в клинику 03.02.2016 г. с жалобами на боль в грудной клетке слева, кашель, доставлен на носилках. Вял, адинамичен, бледен, температура - 38⁰ С, ЧДД – 22 в 1 мин., дыхание слева значительно ослабленно, ЧСС – 88 уд./мин. , АД – 140/80 мм рт. ст. Живот безболезненный во всех отделах. В левом подреберье – гастростома. По дренажам (во втором межреберье по среднеключичной линии и в восьмом межреберье по заднеподмышечной линии) – гнойное отделяемое.

Анализ крови: гемоглобин – 111 г/л, эритроциты – 4,19* 10¹² /л, лейкоциты – 12,8*10⁹/л, п/я – 4%, с/я – 67%, л – 25%, м – 4%; СОЭ – 46 мм в час.

Фиброгастроскопия: на задней стенке эпифренального отдела пищевода на расстоянии 1,0-1,5 см от уровня «розетки» кардии определяется дефект стенки размерами 1,5x0,8 см; через дефект видно ткань легкого; слизистая желудка в антральном отделе гиперемирована, с острыми эрозиями. Рентгенологически – фиброгидроторакс слева. Цитологически в содержимом из плевральной полости – гнойно-некротические массы, кокковая микрофлора. При кормлении через гастростому, в том числе и на правом боку, по нижнему плевральному дренажу выделяются пищевые массы. Назначена инфузионная терапия. Установлен зонд Блэкмора, манжетки которого трижды раздували на 72 ч с четырехчасовым перерывом. В дальнейшем перед каждым кормлением через гастростому манжетки раздували на 3 ч, а затем переводили в спавшееся состояние.

На 5-е сут. установки зонда Блэкмора прекратилось отделяемое из верхнего плеврального дренажа, который был удален 12.02.2016 г., на 8-е сут отделяемое из нижнего дренажа начало осветляться. Его содержимое уменьшилось с 250 до 50 мл в сутки. Зонд Блэкмора находился у пациента 12 сут. После его удаления выделения пищевых масс по плевральному дренажу не наблюдалось. Пациент прибавил в весе.

После ликвидации эмпиемы нижний плевральный дренаж удален 19.03.2016 г. Выписан с гастростомой 24.03.2016 г. При контрольном

обследовании 09.04.2016 г., включающем рентгеноскопию пищевода, затекания контраста за его пределы не выявлено. С 20.04.2016 г. разрешено кормление через рот. Контрольная фиброгастроскопия (18.05.2016 г.): умеренная рубцовая деформация нижней трети пищевода. Гастростомическая трубка удалена. Гастростома закрылась самостоятельно. Контрольные осмотры (29.09 и 19.11.2016 г.): дисфагии нет, бариевая взвесь свободно проходит в желудок.

Таким образом, использование зонда Блэкмора по описанной методике при спонтанном разрыве пищевода позволяет препятствовать забрасыванию желудочного содержимого в плевральную полость и тем самым наладить питание пациента через гастростому, а также способствует быстрому закрытию свища и ликвидации эмпиемы плевры.

В. В. Юсевич

V курс, лечебный факультет

РОЛЬ ГРЫЖЕВОГО МЕШКА В ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель: Н. Д. Маслокова (к.м.н., доцент)

Гродненский государственный медицинский университет

г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность: Остается вопрос: почему сегодня при протезирующей герниопластике по поводу прямой паховой грыжи многие хирурги считают допустимым лишь вправлять грыжевой мешок, а при аллогерниопластике по поводу косой паховой грыжи продолжают выделять и иссекать грыжевой мешок, хотя, считается многими авторами, данный тип грыж менее «склонен» к рецидивированию даже после «порочной» пластики, передней стенки пахового канала? Такое положение вещей навело нас на мысль о том, что можно значительно сократить агрессию в отношении грыжевого мешка.

Цель исследования: Проведение сравнительного анализа герниопластики при различных вариантах обработки грыжевого мешка.

Материалы и методы: Проведен анализ хирургического лечения 138 больных на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» г. Гродно, поступивших в плановом и экстренном порядке по поводу паховых грыж и их осложнений за последних 5 лет. За последний 2017 год, оперировано 24 человека по поводу паховых грыж. Из них с прямыми паховыми грыжами было оперировано 9 (100%) из 9 с сохранением грыжевого мешка, с косыми паховыми грыжами – 8 (53,3%) из 15 с сохранением грыжевого мешка, 7 больных оперировано с иссечением грыжевого мешка. Собственными тканями с пластикой по Bassini и Shouldice – 30 %, с использованием сетки по методике Лихтенштейна – 70% от общего количества. Больные были сопоставимы по полу (все мужского пола), возрасту

и наличие сопутствующих заболеваний. Отдаленные осложнения оцениваются с помощью шкалы на основе MOSSF-36 и контрольных осмотров.

Результаты: Прослеживается закономерная тенденция к сокращению числа осложнений при минимизации хирургической агрессии в отношении грыжевого мешка. После проведения операций с иссечением грыжевого мешка наблюдалось: серома – 4 случая (3,305%), отек мошонки – 3 случая (2,479%), гематома мошонки – 2 случая (1,65%), инфильтрат – 1 случай (0,826%).

У больных без иссечения грыжевого мешка не встречались такие осложнения как серома, гематома семенного канатика, мошонки, отек мошонки, а также орхоэпидидимит.

Рецидивов в двух случаях не наблюдалось. Койка день – 3-4 дня.

У пациентов с сохраненным грыжевым мешком менее выражен болевой синдром, что уменьшило количество обезболивающих препаратов при проведении операции.

Выводы:

- «Травматичное выделение грыжевого мешка» является одной из причин возникновения осложнений.
- Без иссечения грыжевого мешка реже развиваются такие осложнения, как гематома семенного канатика, мошонки, орхоэпидидимит.
- Отказ от обработки грыжевого мешка не приводит к увеличению числа рецидивов.

Д. В. Глухонюк

IVкурс, медичний факультет №1

**ГІСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПІЯ, ЯК МЕТОД ВИБОРУ МАЛОІНВАЗИВНОГО
ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЛІПІВ ТА ГІПЕРПЛАЗІЇ
ЕНДОМЕТРІЮ**

Науковий керівник: Б.О. Маркевич (ас.)

Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Кафедра акушерства і гінекології №1

м.Вінниця, Україна

Актуальність: Гістерорезектоскопія є одним із найсучасніших методів ендоскопічного діагностування та лікування багатьох патологій, що розвиваються у порожнині матки . Дана маніпуляція дозволяє проводити безпосередній огляд порожнини органу, оцінку стану ендометрію та здійснювати малоінвазивні оперативні втручання . Саме тому, гістерорезектоскопія являється методом вибору для лікування поліпів матки та гіперплазії ендометрію.

Мета: Провести оцінку якості лікування поліпів ендометрію та гіперплазії ендометрію за допомогою гістерорезектоскопії, виявити частоту рецидивів після проведеного оперативного втручання.

Матеріали та методи: Ретроспективне дослідження історій хвороб гінекологічного відділення ВЦРКЛ за період 01.11.16р – 09.11.17р..

Результати: Протягом 01 .11.16р. – 09.11.17р. у гінекологічному відділенні ВЦРКЛ було проведено 132 хірургічних втручання методом гістерорезектоскопії. Гістерорезектоскопічна поліпектомія проводилися жінкам репродуктивного віку (20-45 років) становлячи 40,6% (n=54) від загальної кількості та жінкам старшим 50 років 20% (n=26). Гістерорезектоскопічне лікування гіперплазії ендометрію виконувалося жінкам репродуктивного віку (20-45 років) 9% (n=12) та жінкам старшим 50 років 30,4% (n=40). Протягом 1 року загальна кількість рецидивів поліпів ендометрію склала 3,03% (n=2)

виключно у жінок репродуктивного віку. У клімактеричному періоді випадків повторного виникнення поліпозу та гіперплазії ендометрію не встановлено.

Висновки: Гістерорезектоскопія є сучасним та ефективним методом лікування поліпів ендометрію та гіперплазії ендометрію. Згідно з результатами дослідження ефективність даної маніпуляції для жінок репродуктивного віку складає 98,9%, а для клімактеричного періоду – 100%.

А. С. Лесная

IV курс, медицинский факультет № 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Научный руководитель: Лесной В. В. (к.мед.н., ассистент)

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии №2

г. Харьков, Украина

Актуальность: многопортовая лапароскопическая аппендэктомия, single incision laparoscopic surgery (SILS-аппендэктомия), лапароскопически ассистированная аппендэктомия, natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES-аппендэктомия), колоскопическая аппендэктомия, традиционная открытая аппендэктомия – основные методы оперативного лечения больных с острым аппендицитом (ОА). Несмотря на внушительный арсенал методов лечения, летальность при ОА, по данным разных авторов, составляет 0,1–0,3%, резко возрастая до 1,7–10,5% в группе пациентов пожилого возраста с поздней госпитализацией в стационар, при развитии осложнений острого аппендицита (абсцесс, перитонит). Лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) обладая преимуществами перед традиционной, не стала «золотым стандартом» в лечении ОА. Основной причиной этого являются сохраняющиеся на протяжении многих лет разногласия в определении показаний, противопоказаний к лапароскопической операции, особенности тактики на каждом этапе лапароскопической аппендэктомии.

Цель: провести сравнительную оценку эффективности наиболее распространенных методов аппендэктомии.

Материалы и методы: в основу работы положен ретроспективный анализ результатов лечения 65 больных госпитализированных в ургентном порядке в хирургическое отделение с клиникой острого аппендицита. Мужчин было 24 человека (37%), женщин — 41 (63%). Средний возраст больных

состави $36,5 \pm 1,4$ лет. Для верификации диагноза перед операцией проводили стандартное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование.

У 52 больных (80 %) диагноз ОА выставлен на основании первичного осмотра и лабораторных исследований (клинический анализ крови, общий анализ мочи). У 13 (20%) пациентов для верификации диагноза использовали ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерную томографию брюшной полости или лапароскопию, которая из диагностической переходила в лечебную.

Для сравнительного анализа больные были разделены на 2 группы. У больных контрольной группы (32 пациента) произведена открытая аппендэктомия доступом по Волковичу–Дьяконову. У больных основной группы (33 пациента) произведена стандартная ЛА. Группы не имели существенных различий по клиническим показателям (пол, возраст, общее состояние).

Результаты: среди прооперированных пациентов осложненных форм острого аппендицита (периаппендикулярные абсцессы, инфильтраты) не было.

Средняя продолжительность операции в основной группе составила $47,8 \pm 3,5$ мин, в контрольной – $49,2 \pm 3,6$ мин. Продолжительность ЛА зависела от способа обработки брыжейки (клипирование или внутрибрюшная перевязка) и культи червеобразного отростка. Преимущество лапароскопии в полноценной ревизии и санации брюшной полости.

Продолжительность пребывания в стационаре у больных контрольной группы составила $5,6 \pm 1,1$ дней, у больных основной группы $3,2 \pm 0,9$ дня. В послеоперационный период болевой синдром в контрольной группе сохранялся $3,4 \pm 0,9$ дня. Продолжительность применения анальгетиков в основной группе составила $1,8 \pm 0,7$ дня.

Ранние послеоперационные осложнения в основной группе отмечены у 2 пациентов — серома послеоперационной раны. Среднее время восстановления функции кишечника составило $1,8 \pm 1,1$ дней. Летальных исходов не было.

Послеоперационные осложнения в контрольной группе отмечены у 6 пациентов – серома послеоперационной раны (2 пациента), инфильтрат послеоперационной раны (3 пациента), гематома послеоперационной раны (1 пациент). Среднее время восстановления функции кишечника составило $2,9 \pm 1,1$ дней. Летальных исходов не было.

Выводы: Лапароскопическая аппендэктомия способствует быстрому восстановлению функции кишечника, ранней активации больных и уменьшению сроков пребывания в стационаре.

А. С. Лесная

IV курс, медицинский факультет № 2

ДИАГНОСТИКА И МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛЕОПСОИТА

Научный руководитель: П. В. Свирепо (к. мед. н., ассистент)

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии № 2

г. Харьков, Украина

Актуальность: Илеопсоит (ИП) одно из редких и трудно диагностируемых хирургических заболеваний. Общеизвестно разделение ИП на первичный и вторичный. Первичный ИП имеет гематогенный или травматический генез. Вторичный ИП развивается, когда возбудитель проникает лимфогенно или контактно из другого рядом расположенного органа [В. Talvo 2001].

Цель исследования: оценка применения современных инструментальных методов диагностики ИП: ультразвукового исследования (УЗИ), мультиспиральная компьютерной томографии (МСКТ) и эффективности миниинвазивных способов хирургического лечения ИП.

Материалы и методы исследования: с 2000–2017г. в хирургических отделениях г. Харькова, наблюдали 35 пациентов с ИП. Средний возраст пациентов - $39,2 \pm 4,5$ лет. Из них мужчин – 21 (61 %), женщин – 14 (39 %). Первичный ИП диагностирован у 12 (34,3%), вторичный – у 23 (65,7%) пациентов. Обследование включало обзорную рентгенографию органов брюшной полости, костей таза, поясничного отдела позвоночника, УЗИ, МСКТ, бактериологическое исследование раневого отделяемого. Оценку тяжести состояния больных проводили по интегральной шкале Apache II (от 0 до 18 баллов).

Результаты и обсуждения: острый ИП выявлен у всех 35 (100%) пациентов. Из них у 5 (14,3%) – отмечена стадия инфильтрации, у 30 (85,7%) -

гнояный ИП. По классификации В. П. Брюханова (1992) диагностирован верхний ИП у 11 (31,4 %), нижний – у 18 (51,4%), тотальное поражение т. iliopsoas – у 6 (17,2%).

Средний срок госпитализации от начала заболевания – $4,1 \pm 1,7$ суток. У 26 (74,2%) пациентов состояние оценено как средней степени тяжести, у 7 (20%) – тяжелое, у 2 (5,8%) – крайне тяжелое.

Рентгенологические исследования оказались малоэффективными. По данным УЗИ у 31 (89,4%) пациентов обнаружено утолщение и увеличение т. iliopsoas. Применение МСКТ у всех пациентов позволило оценить локализацию, количество гнойных очагов, распространение гнойно-септического содержимого, определить структуру, плотность мышечной ткани и наличие жидкостных скоплений, с дальнейшим определением хирургической тактики и оперативного доступа.

Результаты бактериологического исследования показали что у 14 (40%) больных возбудителем гнойного ИП был *St. aureus*, у 3 (6,5%) – *St. pyogenes*, у 5 (15%) – энтеробактерии и *E. coli*, у 1 (3,2%) – *Ps. aeruginosa*, протей. У 12 (35,3%) – выявлены ассоциации из двух и более возбудителей.

Все пациенты получали антибактериальную терапию в виде защищенных пенициллинов или цефалоспоринов III поколения в сочетании с антианаэробными препаратами, дезинтоксикационную, инфузионную терапию. У 2 (5,8%) с инфильтративной формой поражения т. iliopsoas консервативное лечение было эффективно. У 3 (8,5%) пациентов с инфильтративными формами поражения и неэффективным консервативным лечением применен пункционно-дренирующий метод под контролем МСКТ. У 14 (40%) больных с жидкостным скоплением выполнено миниинвазивное лечение в виде троакарной пункции с установкой дренажа до 10 мм под контролем УЗИ с последующей санацией гнойного очага. У 16 (45,7%) произведено открытое дренирование гнойно-септического очага в экстренном порядке. В качестве операционного доступа использован внебрюшинный доступ по Пирогову Н.И.. Операционное вмешательство заключалось в широком вскрытии очага, санации раствором

«Декасана». Летальных случаев не отмечено. Средний койко-день составил – $13,5 \pm 1,1$ суток.

Выводы: МСКТ является эффективным методом диагностики ИП в 100% случаев. В случаях диагностики выявления абсцессов эффективно применение миниинвазивных методов хирургического вмешательства под контролем УЗИ, МСКТ.

А. С. Гриценко

III курс, III медичний факультет

ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МАЛОІНВАЗІЙНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ПРИКЛАДІ ЛАПРОСКОПІЇ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. В наш час, вік нових технологій медицина також не стоїть на місці. Великої популярності набуває використання в хірургічній практиці високотехнічних методів для діагностики та лікування – малоінвазивні хірургічні втручання, та чи кращі вони порівняно з відкритими? Малоінвазивні операції можуть виконуватися за допомогою лапароскопічної хірургії, яка відноситься до ендоскопічної хірургії, перевагами якої є мала травматичність, низький коефіцієнт ускладнень, короткий період реабілітації, косметичний ефект, короткий період госпіталізації хворого та зменшення періоду втрати працездатності в 2-5 разів.

Мета. Аналіз ефективності лапароскопічної операції в порівнянні з відкритою, на прикладі операційних втручань при пухлинах надниркових залоз.

Матеріалі методи. Матеріалами даного дослідження стали архівні данні за період 2005-2015 років. Було виконано приблизно 300 хірургічних видалень одного чи двох наднирників (адреналектомій) 97 з яких було виконано за допомогою лапароскопічної хірургії. Вік хворих коливався від 15 до 70 років, розміри пухлин складали від 2 до 15 сантиметрів (для відкритої операції розмір пухлини може становити до 25 сантиметрів).

Результати. Порівнявши результати хірургічних втручань, було виявлено перевагу лапароскопії над відкритою операцією.

| | Адреналектомія | Відкрита операція |
|--------------------|-------------------|----------------------|
| Ранні ускладнення | 7,2% (7 випадків) | 27,5% (56 випадків) |
| Пізнні ускладнення | Відсутні | 5,9% (12 випадків) |

Висновки. Малолоінвазійні операції дійсно виявляють перевагу над відкритими. Лапароскопічна адреналектомія продемонструвала свою перевагу досить низькою частотою ускладнень, короткими періодами реабілітації та госпіталізації й косметичним ефектом.

Ю. Г. Жадан

III курс, медицинский факультет

**ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ АНЕСТЕЗИИ НА
КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ ПРИ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ У
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Научный руководитель: О. Н. Юрченко (ассистент кафедры анатомии человека)

ГУ «Институт мединрадиологии им. С.П.Григорьева НАМН Украины»

Отделение анестезиологии с койками для интенсивной терапии

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Кафедра анатомии человека

г. Харьков, Украина

Актуальность. Статистика свидетельствует о том, что частота случаев развития катаракты у лиц пожилого возраста составляет от 25-46%. Однако лишь немногие пациенты дают согласие на хирургическую коррекцию этого недуга, объясняя это тем, что анестезиологическое сопровождение, по их мнению, может нанести значительный вред их здоровью, в частности высшей нервной деятельности. Отсутствие отсроченных побочных эффектов современных препаратов, применяемых для обеспечения седации при экстракции катаракты, способно изменить отношение пациентов к оперативному лечению.

Цель. Изучить влияние препаратов для внутривенной анестезии на когнитивные функции при экстракции катаракты у пожилых пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 пациентов в возрасте 70-78 лет (из них 17 мужчин и 8 женщин) С целью обеспечения анестезиологического сопровождения использовалась комбинация мидазолама в дозе (0,02 мг/кг, пропофола в дозе 0,2 мг/кг и фентанила в дозе 1 мкг/кг-1). Когнитивные функции оценивались со Монреальской шкале до начала седации, за 30 минут, через 1 часи 24 часа после её окончания.

Результаты исследования. Исходные результаты оценки когнитивных функций в среднем составили 20 баллов (17-24). Тестирование, проведенное через 30 минут после окончания седации выявило снижение когнитивных функций на 20%, что соответствовало 16 баллов. Спустя 1 час после восстановления сознания средний балл был 18 - это означает утрата 10 % когнитивных возможностей. Однако данные, полученные через сутки после оперативного вмешательства, развеяли сомнения – когнитивные функции пациентов были восстановлены и достигли исходных уровней.

Выводы: Комбинация сибазона, пропофола и фентанина, как средство обеспечение анестезиологического сопровождения экстракции катаракты у пациентов пожилого возраста не влияет на уровень их когнитивных функций и может быть безопасно использована в офтальмологической хирургии.

Т. М. Сазонова

III курс, медичний факультет

**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ. ПОРІВНЯЛЬНА
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ТА ТРАДИЦІЙНОГО
ЛАПАРАТОМНОГО МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ.**

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

м. Харків, Україна

Актуальність. Рак ендометрія (РЕ) займає 1-е місце в структурі онкогінекологічних захворювань у країнах Європи та Північної Америки. Щорічно РЕ хворіють 16000 жінок. У 75% випадків рак тіла матки (РТМ) виявляється у жінок в постменопаузі - старше 55 років. До факторів ризику розвитку РЕ відносять гіперестрогенією (раннє менархе, пізня менопауза, безпліддя), порушення ліпідного і вуглеводного обміну (цукровий діабет, ожиріння).

Обсяг хірургічного втручання при РЕ I стадії коливається від простої пангістеректомії до радикальної пангістеректомії з тазової і / або парааортальної лімфаденектомією. Переваги лапароскопічної технології полягає в мінімальній інтраопераційної крововтрати, ранньої післяопераційної динамічної активності, скорочення термінів госпіталізації.

Мета дослідження. Вивчення та аналіз існуючих методів лікування хворих на рак ендометрія, порівняння лапароскопічного та традиційного лапаратомного методу хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Вивчення та аналіз існуючих методів лікування хворих з раком ендометрія було виконано шляхом аналізу даних літературних джерел.

Результати. При виборі обсягу оперативного втручання спираються на дослідження шляхів розкиду метастаз, і масштаби операції безпосередньо залежать від ступеня вираженості ендокринних процесів, віку пацієнтки, супутніх соматичних захворювань. На сьогоднішній день існують кілька

можливостей проведення хірургічного втручання при лікуванні раку ендометрія:

1. Лапаротомія матки (відкрита гістеректомія) - порожнинне розсічення з боку очеревини.
2. Вагинальна гістеректомія - доступ до матки через піхву.
3. Лапароскопічна гістеректомія - робляться маленькі надрізи в очеревині і операція проводиться за допомогою введених в них лапароскопів і перегляду маніпуляцій на дисплеї.
4. Лапароскопічна гістеректомія, виконана спеціальним операційним роботом.

Використання лапароскопічної техніки дозволяє з мінімальною травматизацією для хворої адекватно виконати стадирование захворювання, при необхідності розширити обсяг втручання, уникнути інтраопераційних ускладнень. Мінімальні обмеження в застосуванні цієї методики у будь-якій віковій категорії хворих, які страждають ожирінням різного ступеня, цукровий діабет в стадії компенсації і субкомпенсації, патологією серцево-судинної і дихальної систем. Дана технологія відрізняється якісною лімфаденектомією, порівнянної з тазової лімфаденектомією «відкритим» доступом, про що свідчить кількість віддалених тазових лімфатичних вузлів з мінімальної інтраопераційної крововтратою. Рання активність, швидка нормалізація функції кишечника, мінімальна кількість післяопераційних ускладнень сприяють скороченню тривалості реабілітації та поліпшення якості життя пацієнток.

Висновки. Лапароскопічна технологія є сучасним методом хірургічного лікування раку ендометрія. Лапароскопічна технологія в лікуванні хворих на рак ендометрія не тільки не виключає, але і дозволяє більш якісно сформулювати показання до ад'ювантної променевої терапії, скорочуючи терміни між етапами комбінованого лікування.

Богомолів О.С., Жебелєв В.Л.

3 курс, медичний факультет №1; 2 курс, медичний факультет №1

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГАНГРЕНИ СТОПИ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, Україна

Актуальність: Гангрена стопи – некроз тканин, який розвинувся після травми або в результаті порушення кровообігу в цій області. Захворювання характеризується важким перебігом, загрожує втратою органу і небезпечно для життя пацієнта. Саме тому, розробляються нові методи діагностики і лікування цієї недуги.

Мета: Проаналізувати основні методи лікування та профілактики гангрен стопи.

Результати: З прогресом в хірургії та впровадженням більш складних хірургічних технік, проблеми ефективного лікування ран стають все більш актуальними. В умовах сьогодення при лікуванні гангрен використовують методи ВАК- та озонотерапії.

VAC(Vacuum-assisted closure) – терапія з використанням принципів локального негативного тиску. Вакуум-терапія покращує перебіг усіх стадій ранового процесу, прискорюючи загоєння місця ушкодження, знижує рівень ексудації, сприяючи підтриманню помірно вологого ранового середовища, необхідного для нормального перебігу репаративно-регенераторних процесів. Зазначені ефекти сприяють зростанню клітинної проліферації, посилюють синтез у рані основних речовин сполучної тканини та протеїнів.

Озонотерапія – це метод лікування, в якому використовується озон-киснева суміш – медозон, яку отримують з медичного кисню. Озонотерапія має антибактеріальну, антивірусну, протизапальну та імуномодулюючу дію, покращує мікроциркуляцію крові і діяльність всіх органів і систем людини.

Висновки: Застосування озонотерапії у дозі 2000 мк протягом 10 днів та озонованої олії омарату per os і місцево для перев'язки ран сприяє швидшому очищенню нагнійних вогнищ стопи, стимулює утворення грануляцій та епітелізацію ран, сприяє зменшенню кількості високих ампутацій.

Використання озонотерапії у поєднанні з ВАК-терапією дозволило пришвидшити одужання, адже кількість ліжкоднів помітно знижується, зменшуються ускладнюючі прояви.

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

А. М. Венгер¹ (к. б. н.), О.О. Колесник² (к. б. н.), А.П. Боровик¹ (к. мед. н.)

МОЛЕКУЛЯРНА СТРУКТУРА ТА БІОРИЗНОМАНІТТЯ ФАКТОРУ ЗБУДНИКА АУТОІМУННОГО МІОКАРДИТУ VP1 ВІРУСУ КОКСАКІ COXSACKIEVIRUS

¹кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Одеський національний медичний університет

м. Одеса. Україна

²Селекційно-генетичний інститут – Національний центр насіннезнавства та
сортовивчення

м. Одеса. Україна

Актуальність. Аутоімунний міокардит на даний момент має досить складну та довготривалу терапію. Одними із збудників даного захворювання є представники *Coxsackievirus* [Gaaloul et. al., 2014]. Наше дослідження обумовлено виявленими патогенними функціями білка VP1 вірусу Коксакі та його значенням в утворенні аутоімунного міокардиту людини, відсутністю інформації про структуру та розповсюдження даного білка у природі.

Мета: визначити біорізноманіття білка VP1, його домени та структуру за допомогою біоінформатичних методів.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували 54 амінокислотні послідовності білка VP1 *Coxsackievirus* з бази даних Національного центру біотехнологічної інформації (National center of biotechnology information, NCBI) [www.ncbi.nlm.nih.gov]. Біорізноманіття білка VP1 визначалось за допомогою локального вирівнювання даних амінокислотних послідовностей за алгоритмом Сміта-Вотермана [Smith, Waterman, 1981] з використанням он-лайн програми “BLAST-N”.

Виявлення доменів даних амінокислотних послідовностей проводили за допомогою он-лайн програми DELTA BLAST.

Структура білка була визначена за допомогою серверу SWISS-MODEL.

Результати. За результатом вирівнювання показано, що білок VP1 присутній лише у представників групи ентеровірусів *Coxsackievirus*.

Всі досліджувані білки мали наступні домени:

- 1) *Rhv*. Має гідрофобні ділянки. Біохімічні властивості даного домену поки не визначені.
- 2) *Rhv* -подібний домен. Має структуру 8-струного бета-сендвічу. Містить гідрофобні ділянки посередині. Присутній у багатьох представників родини *Picornaviridae*. Біохімічні властивості даного домену поки не визначені.

Висновки. Вперше побудована за допомогою біоінформатичних методів часткова структура білка VP1, яка потребує подальшого підтвердження методом ядерно-магнітного резонансу, рентген-структурного аналізу тощо.

За результатом проведеного аналізу виявлено домени, які присутні у всіх досліджених VP1 білків. Частково описана їх структура. Функції даних доменів поки залишаються невідомими, але подальше їх виявлення допоможе в розробці препаратів, що нейтралізуватимуть або будуть здатні знешкодити даний фактор патогенності *Coxsackievirus*.

Підтверджено присутність VP1 білків лише у представників групи ентеровірусів *Coxsackievirus*, що значно звужує коло можливих патогенів при виявленні даного білка у хворого.

О. В. Граніна,

асистент кафедри анатомії людини

ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ У ПОЄДНАННІ З ПОДАГРОЮ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра анатомії людини

м. Харків, Україна.

Цукровий діабет (ЦД) – синдром хронічної гіперглікемії, який належить до найпоширеніших неінфекційних захворювань.

Подагра – хронічне системне метаболічне захворювання, що характеризується порушенням обміну пуринів, що призводить до відкладання кристалів моноурату натрію у різних тканинах і проявляється запаленням у місцях фіксації уратів. Подагра та ЦД нерідко перебігають поєднанно. Поширеність подагри в Європі становить 1-2% від дорослого населення та має тенденцію зростання, а саме з віком. У жінок до менопаузи із сечею екскретується більше сечової кислоти, ніж у чоловіків, цьому сприяють естрогени.

Мета роботи. Визначити етіологічні фактори при ЦД 2 типу, які поєднані з подагрою.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 60 хворих: 30 хворих з ЦД 2 типу та 30 хворих з подагрою. Для дослідження були використані методи препарування, морфометрії і ін'єкції судин.

Результати досліджень. У ході дослідження було визначено, що однією з причин розвитку обох захворювань є нераціональне харчування.

Початок цих захворювань: вік від 50-55 років. Обидва захворювання погіршують якість життя пацієнтів, а ускладнення часто супроводжуються больовим синдромом, що досить важко та тривало лікується.

Фактори ризику, що сприяють розвитку подагри та ЦД 2 типу є ожиріння, тривале голодування, малорухливий спосіб життя, емоційні стреси,

травми або операції, переохолодження, інтенсивна м'язова робота. Також до подагри призводить вживання великої кількості продуктів, що містять пурини: м'ясо, печінка, нирки, оселедець, сардини; порушення мікробного біоценозу кишечника, унаслідок чого порушується утилізація сечової кислоти мікроорганізмами в товстій кишці й вона реабсорбується.

Розрізняють первинну та вторинну подагру. Первинна подагра виникає при підвищенні продукції сечової кислоти або порушенні її вивідення нирками.

Вторинна подагра, сприяє підвищенню рівня сечової кислоти: поліцитемії, перніціозної і гемолітичної анемії, лейкозів, мієломної хвороби, гіпер- і гіпопаратиреозу, алкоголізму, злоякісних новоутворень тощо; а також є наслідком тривалого застосування кортикостероїдів, цитостатиків, сульфаніламідів, солей золота тощо.

Висновок. Тому, що подагра та ЦД 2 типу нерідко перебігають поєднанно, однією з причин розвитку обох захворювань є нераціональне харчування, що призводить до порушення обміну речовин, тим самим викликає підвищення рівня сечової кислоти (при подагрі) та гіперглікемію (при ЦД).

А. А. Абилхас

V курс, факультет «Общая медицина»

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

Науч. руководители: Д. Ж. Батырбаева (к. мед. н.), А. И. Нуфтиева (к. мед. н.)
Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова
Научная клинико-диагностическая лаборатория
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: патология мозговых сосудов на сегодня является одной из важнейших проблем, в связи с большой распространенностью цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), высоким процентом смертности от мозговых инсультов, существенным омоложением заболевания и глубокой инвалидизацией лиц трудоспособного возраста. По данным ряда исследований в развитых странах инсульт является третьей ведущей причиной смерти, уступая заболеваниям сердца и злокачественным новообразованиям [Dong-Wha K., Yung-Hee Y.S., Sail C. -2009.Vol. 40. - P. 1653-1658].

Цель: выявить характер изменений в системе гемостаза у больных ЦВЗ, находящихся на стационарно-замещающем лечении; выяснить, в какой из фаз свертывания крови происходят сдвиги при ЦВЗ.

Материалы и методы: первую группу составили 30 больных с ЦВЗ (15 мужчин и 15 женщин), которые находились на стационарном лечении; группу контроля – 18 здоровых лиц. Средний возраст больных составлял 62,5 года, в контрольной группе 59 лет. У всех обследованных лиц определяли протромбиновое время (РТ), протромбиновый индекс (РИ), активированное частичное тромбoplastиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), содержание фибриногена, тромбиновое время (ТТ).

Результаты: у больных с ЦВЗ исходно отмечали укорочение РТ, среднее значение РТ составляло 9,1 у мужчин и 8,78 у женщин. РИ у большинства пациентов повышен и равнялся в среднем 132,4% у мужчин и

135,235% у женщин. Значения МНО в среднем 1,407 у мужчин и 5,01 у женщин, превышало показатели контрольной группы, у женщин значительно. Изменений АЧТВ не выявлено. Содержание фибриногена несколько повышено и равно 4,259 у мужчин и 4,02 у женщин. Показатели ТТ снижены по сравнению с контрольными цифрами на 25,0% у мужчин и 21,0% у женщин.

Выводы: у пациентов с ЦВЗ существует высокий риск тромбообразования, несмотря на прием антикоагулянтов, так как присутствует тромбогенный сдвиг показателей системы гемостаза в сторону гиперкоагуляции. Данные коагулограммы свидетельствует о повышении образования протромбиназы по внешнему пути, это ведет к чрезмерному протеолитическому расщеплению протромбина и образованию тромбина в большем количестве. При этом количество фибриногена незначительно увеличено, из этого следует, что у больных с ЦВЗ наблюдается ускорение первой и второй фазы свертывания крови. В результате повышения активности протромбиназы, переход протромбина в тромбин ускорен. Но при этом изменения в третьей фазе менее выражены. Следовательно, основные усилия патогенетической терапии должны быть направлены именно на эти звенья.

СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ

А. М. Островский

магистр медицинских наук, ассистент кафедры общественного здоровья и
здравоохранения

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ГОМЕЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность: Развитие науки и техники привело к созданию и внедрению в практику здравоохранения новых медицинских технологий, как в диагностике различных видов заболеваний, так и в их оперативном лечении. Одним из таких перспективных направлений развития в системе здравоохранения Республики Беларусь является эндоскопическая и сердечно-сосудистая хирургия.

Цель: Оценить современное состояние и возможности дальнейшего развития хирургической помощи пациентам с сосудистой патологией в Гомельском регионе (на примере отделения сосудистой хирургии Учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр»).

Материалы и методы: Первое отделение сосудистой хирургии было создано в 1973 году на базе Гомельской областной специализированной клинической больницы. С 2003 года отделение размещено на базе Гомельского областного клинического кардиологического диспансера и является старейшим специализированным центром в Республике Беларусь.

Результаты: Более чем за сорокалетнюю историю отделение превратилось в мощную специализированную службу, основными направлениями работы которой на сегодняшний день являются

реконструктивная хирургия аорты и магистральных артерий, гибридная и эндоваскулярная хирургия и флебология. Отделение располагает мощной диагностической базой. Ежегодно в нем проходит лечение более 1400 пациентов, амбулаторно консультируются свыше 9000 человек – жители, как Гомельской области, так и других регионов Беларуси, а также граждане соседних государств. В год здесь выполняется более 1200 вмешательств. Среди экстренных оперативных вмешательств – операции при травме магистральных сосудов, операции при острой ишемии конечностей различного генеза, а также операции при разрыве аневризм артерий и аорты. Спектр выполняемых плановых оперативных вмешательств намного шире. Прежде всего, это реконструктивные операции на аорте при ее аневризме и облитерирующих заболеваниях, реконструктивные операции на периферических артериях при облитерирующих заболеваниях, реконструктивные операции на ветвях дуги аорты из шейного доступа, каротидная классическая и эверсионная эндартерэктомия, реконструктивные операции на висцеральных артериях, хирургическая флебология, хирургическая флебология с использованием современных методик (минифлебэктомия, лазерная термооблитерация), нереконструктивные оперативные вмешательства (поясничная симпатэктомия, реваскуляризирующая остеотрепанация), эндоваскулярные вмешательства (баллонная дилатация, установка стента в сосуд) и др. Протезирование сосудов осуществляется синтетическими протезами производства ведущих мировых производителей (Германия, США). Лазерная термооблитерация выполняется на современном радиальном аппарате производства Германии под УЗИ контролем без разрезов и швов. К приоритетным методам обследования относятся компьютерная томография с контрастированием, рентген-ангиография и ультразвуковое дуплексное сканирование.

Выводы: Таким образом, дальнейшее расширение диапазона оперативных вмешательств, в первую очередь, будет зависеть от оснащения отделения сосудистой хирургии современным медицинским оборудованием и соответствующей квалификации врачей-специалистов данного профиля.

Р. Ж. Телеупов

старший преподаватель, магистр юриспруденции

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ОБЛАСТИ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Казахстанский университет инновационных и телекоммуникационных систем
г. Уральск, Республика Казахстан

Актуальность темы настоящей работы обусловлена наличием пробелов в законодательстве, регламентирующей трансплантологию в Казахстане. Говоря о трансплантологии в целом, необходимо отметить, что первая трансплантация почки была проведена в 1979 году в научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной хирургии. Больше подобные операции не проводились. И только после обретения Казахстаном независимости данные операции стали проводиться на системной основе [1]. Благодаря проделанной государством в данном направлении работе за последние пять лет проведено 1 057 трансплантаций органов и тканей [2].

Вместе с тем, на наш взгляд, некоторые законодательные пробелы все еще являются сдерживающим фактором для развития трансплантологии в Казахстане.

Цель. Определить необходимость совершенствования законодательства в области трансплантологии.

Задачи. Проанализировать законодательство и практику.

Результаты. Согласно статистическим данным в Казахстане 3 531 человек, нуждаются в экстренной трансплантации органов, из них: в трансплантации почек – 2 860, сердца – 135, печени 526 и легких – 10 [3].

Статистические данные свидетельствуют о наличии проблемы нехватки донорских органов. Для решения данной проблемы в Казахстане была принята норма о «презумпции согласия» на посмертное донорство, которая на наш взгляд является оправданной [4].

В соответствии с п.3 ст.169 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» купля-продажа тканей (части ткани) и (или) органов человека запрещается [5]. На наш взгляд, указанное положение закона запрещает любую передачу донору от реципиента либо его родственника любого денежного вознаграждения.

В этой связи, на наш взгляд, не урегулированным остался вопрос получения пособия по временной нетрудоспособности в связи с забором органов и тканей, а также случаи наступления инвалидности донора.

Выводы. С учетом изложенного, на наш взгляд необходимо внести изменения в законодательство Казахстана, предусмотрев право донора на получение пособия по временной нетрудоспособности в связи с забором органов и тканей, а в случае наступления инвалидности приравнять ее к инвалидности, связанной с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием.

Список литературы:

1. История трансплантологии. Официальный сайт Республиканского координационного центра по трансплантации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://transplant.kz/istoriya.html> (дата обращения 01.11.2017).
2. В Казахстане увеличивается число операций по трансплантации донорских органов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://vlast.kz/novosti/23706-v-kazahstane-uvelicivaetsa-cislo-operacij-po-transplantacii-donorskih-organov.html> (дата обращения 01.11.2017).
3. Донорство органов в Казахстане. Подробная инструкция [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ng.kz/modules/news/article.php?storyid=27053> (дата обращения 05.11.2017).
4. Телеупов, Р. Ж. Дискуссионные вопросы в области трансплантологии в Республике Казахстан / Актуальные вопросы современной медицины // Сб. научных трудов II международной конференции Прикаспийских государств. – Астрахань.: АСТГМУ, с.175-177.

5. О здоровье народа и системе здравоохранения: кодекс Республики Казахстан от 18 сен. 2009 года № 193-IV [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193> (дата обращения 05.11.2017).

В. М. Мельник

викладач кафедри філософії та суспільних наук ВНМУ ім. М. І. Пирогова,

**ПСИХОАНТРОПОЛОГІЧНА МЕТОДОЛОГІЯ В ТЕОРІЇ ОЦІНЮВАННЯ
ЯКОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ЖИТТЯ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ХІРУРГІЧНОГО
СТАЦІОНАРУ**

Науковий керівник: О. О. Белов (к. мед. н., асистент кафедри медичної
психології та психіатрії ВНМУ ім. М. І. Пирогова)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Сенс використання соціальними психологами психоантропологічного підходу для оцінки якості життя (ЯЖ) має на меті формування моделі імпліцитної соматопсихічної кореляції (МІСК). Створення МІСК, базованої на структурно-порівняльній моделі співвідношення стереотипізації та адаптації (Герберт Маркузе), в умовах різних захворювань хірургічної клініки, дозволить не тільки визначити вплив таких захворювань на зміну та адаптивну спроможність соціальної ЯЖ пацієнтів, але також і визначити гранично допустиму межу трансформації культурної поведінки.

Мета. Інтеграція світового досвіду психоантропологічних та етнопсихологічних польових досліджень в структуру вітчизняної практики оцінювання якості життя пацієнтів закладів охорони здоров'я (базуючись на доступному для дослідження секторі пацієнтів хірургічного стаціонару – в першу чергу із судинними, серцево-судинними та серцевими захворюваннями). Доповнення спеціального Індексу психометричної оцінки (ІПО) двома новими критеріями: а) критерієм оцінки якості соціального життя; б) критерієм оцінки допустимої межі трансформації культурної поведінки. З точки зору психологічної теорії, проведене дослідження створить нову платформу для взаємодії культурної та клінічної психології.

Матеріали та методи. Використано базову авторську модель IPO (Мельник, 2017) у поєднанні з вчинковою концепцією В. А. Роменця (Роменець, 2003; Роменець, 2005), етнопсихологічною концепцією І. М. Данилюка (Данилюк, 2010), принципом людської непевності Дж. Сороса (Сорос, 2014). Визначення поняття «якість соціального життя» здійснено за методикою монографії Б. О. Кістяківського «Суспільство та індивід. Методологічне дослідження» (Кістяківський, 1899, репр. 2012). Програма використання «методики структурування психіки» базується на положеннях статті Дж. Сороса «Помилковість, рефлексивність і принцип людської непевності», яку було опубліковано в січні 2014 року у журналі «Journal of Economic Methodology» (Сорос, 2014).

Концепція дослідження. Психіка – глибоко структуроване та суб’єктивне явище (Роменець, 2005-2017; Мельник, 2015). Внаслідок цього, спеціальний IPO пропонується вважати локальним нестандартним опитувальником у сфері оцінки ЯЖ. Дослідження структури психіки має здійснюватись за індивідуалізованими показниками внутрішньо- та зовнішньо психічного розвитку людини (обґрунтовано – Мельник, 2016). Поряд із цим, психометричні висновки повинні забезпечити наявність єдиної картини якості соціального життя серед пацієнтів хірургічного стаціонару. Отже, об’єктивність для психоантропологічної теорії має бути визначена як сума суб’єктивностей. Наприклад, сенс використання спеціального IPO серед пацієнтів закладу охорони здоров’я із серцевою або серцево-судинною патологією, полягає в створенні МІСК для кожної конкретної патології. Польовий характер психоантропологічних досліджень, вимагає використання комунікативно-просторової формули (КПФ), що складатиметься із таких результатів анкетування: а) зміст і структура соціальної комунікації людини, б) контексти культурної життєдіяльності людини, в) ідентифікація соціальних процесів із культурними патернами. Опитування пацієнтів хірургічного стаціонару має на меті визначення кореляції між перебігом захворювання, лікуванням і

реабілітацією (з одного боку) та соціально-культурним статусом і світоглядом людини (з іншого боку).

Висновки. Переміщення випробуваної в польових умовах етнопсихологічних та психоантропологічних досліджень МІСК до складу спеціального ІПО для пацієнтів хірургічного стаціонару дозволить розширити діапазон культурно-семіотичних висновків у клінічній психології.

О. О. Коломієць

VI курс, ЛС-223

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА 2016-2015 РОКИ

Науковий керівник: Д. В. Овечкін (к. мед. н., доц.)

Сумський державний університет

Кафедра ортопедії та травматології

м. Суми, Україна

Актуальність. Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості дітей більшість захворювань, які підлягають хірургічному лікуванню, в дитячому віці протікають атипово. Характерними є гнійно-запальні процеси, а саме гострий апендицит, який у маленьких дітей не має класичної клінічної картини, важче діагностується, частіше призводить до ускладнень. Також у періоді новонародженості зустрічаються захворювання, які не спостерігаються в інших вікових групах (омфаліт, флегмона новонароджених, абсцес, лімфаденіт). Особливе місце займають вроджені вади розвитку, гострий остеомієліт, та інші стани, що потребують оперативної корекції, правильного вибору терміну та способу оперативного втручання.

Мета. Проаналізувати найбільш розповсюджену хірургічну патологію серед дітей Сумської області.

Матеріали та методи. В основу роботи взята діяльність хірургічних стаціонарів Сумської області за період 2016-2015 рр.

Результати. В структурі оперативних втручань серед дітей вагомий відсоток займають операції на органах черевної порожнини-46,88 на 10 тис дитячого населення, при цьому має тенденцію до збільшення за рахунок грижесічення при вільній килі-17,1(2015 р.-16,0). Відмічається зменшення операцій на гострий апендицит 253(2016 р.-283). Враховуючи проведення санітарно-просвітньої роботи лікарями-хірургами зменшився відсоток з 7,9 до 4,5 пізньої доставки хворих з гострим апендицитом, що впливає на

ефективність діагностики, лікування та відсутність післяопераційних ускладнень. Але відмічається збільшення операцій при гнійних запаленнях м'яких тканин, флегмон, абсцесів - 29,0(2015 р. - 28,5), операції при гострому остеомієліті-0,3(2015 р.-0,2), операції при вроджених вадах розвитку ШКТ - 0,8(2015 р.0,5) але післяопераційних ускладнень не спостерігалось. За для підвищення ефективності надання хірургічної допомоги дітям в Сумській області проводяться заняття з педіатрами і лікарями станції швидкої допомоги "Особливості перебігу гострих хірургічних захворювань черевної порожнини у дітей". Впроваджено 10 нових методів діагностики і лікування хірургічної патології, які зменшують тривалість лікування хворих на 2-3 дні та підвищують медичну ефективність.

Висновки. Таким чином, проаналізувавши дані в Сумській області великий відсоток займають операції на органах черевної порожнини-46,88 на 10 тис дитячого населення, за рахунок грижесічення при вільних килах. Досвідченість лікарів, постійне вдосконалення свого рівня знань та впровадження нових методів впливає на своєчасну діагностику та лікування хірургічної патології та підвищує якість життя дітей.

А. А. Абилхас

V курс, факультет «Общая медицина»

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ЖИЗНИ СЕЛЬСКОЙ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА.

Научный руководитель: А. Г. Шамсутдинова (нач. отд. менеджмента
и инноваций НИР)

Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

НИИ ФПМ им. Б. Атчабаровской

г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность: в подростковом периоде наблюдается повышенная ранимость нервной системы, происходит становление образа жизни, вырабатываются стиль и стереотипы поведения, включая социальное и репродуктивное. В связи с этим в этом периоде существует риск раннего начала половой жизни юношами и девочками, а кроме того у девочек высокий риск забеременеть. К сожалению, одним из решений проблемы подростковой беременности является аборт, наносящий непоправимый вред организму. Основные причины абортов у подростков обусловлены особенностями поведения в этот период жизни, низкой сексуальной культурой и отсутствием должного уровня знаний о репродуктивном и сексуальном здоровье, современных методах контрацепции и опасных последствиях аборта [Patton G., Coffey C., Lancet. 2009.Vol. 374.C. 881-892]. Это исследование было направлено на определение уровня знаний о репродуктивном здоровье, выявление проблем социальной и сексуальной жизни молодежи, ведущих к столь ущербным последствиям для молодого организма.

Методы и материалы исследования: была разработана анкета для девушек из 36 вопросов, адаптированная к мобильным приложениями Android и iOS. Для получения углубленных и достоверных данных были проведены групповые и индивидуальные беседы с респондентами по принципу «равный-равному». Было получено 1258 анкет, обработаны в программе SPSS.

Результаты: до поступления в ВУЗ 31,5% респонденток проживала в городе, а 68,5% – в селе. Это позволило обратиться к целевой группе – девушкам, приехавших из сельской местности. 62,8% респонденток ответили, что сами все знают о репродуктивном здоровье (беременности, половых контактах, ЗППП), 30,8% никогда не разговаривали на эту тему с родителями и только с 6,4% эти вопросы обсуждали с родителями. 66,0% студенток, информацию о репродуктивном здоровье хотели бы получать на лекциях в университете, 16,3% – из специальной литературы, 7,9% - в Интернете, 4,6% в беседе с врачом, 2,1% - в беседе со сверстником, 3,0% - из просмотра видеофильмом и видеопередач. 25,8% девушек указали на наличие сексуальных отношений. Из них 24,7% начали половую жизнь до достижения 18 лет. 36,9% опрошенных знают о методах контрацепции только в общем, 37,2% знают практически все, 25,9% ответили, что впервые слышат об этом. На вопрос «Кто рассказал о способах предохранения о нежелательной беременности?» каждая третья респондентка отметила, что узнала о контрацепции от родителей (31,0%), от друзей (34,2%) и из Интернета (34,2%). Наиболее популярные методы контрацепции у девушек противозачаточные таблетки – в 21,8%, и 20,0% пользуются презервативами. Прерванный половой акт практикуют 26,5% девушек. Не предохраняются от 31,7% девушек.

Выводы: у нашей целевой группы имеются проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем. Недостоверная информация в Интернете, утрата культурных и нравственных ценностей, привело к формированию нового представления сексуального поведения молодежи. Об этом свидетельствует тот факт, что 25,2% девушка начала половую жизнь до исполнения 18 лет. У сексуально активных использование контрацепции низкое, а у 1/3 использующих имеет место неэффективный метод - прерванный половой акт. Треть девушек не имеют представления о методах контрацепции. Основным источником информации о сексуальном и репродуктивном здоровье среди студентов стали Интернет-ресурсы. Поэтому возникает острая необходимость в

грамотном и правильном информировании молодежи о репродуктивном и сексуальном здоровье с помощью тренингов и просветительной работы.

А. М. Мельник

IV курс, медичний факультет №1

НЕБАЖАНА ВАГІТНІСТЬ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ВИНИКНЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ ПІСЛЯ НАРОДЖЕННЯ

Науковий керівник: Л. О. Ющенко (к.мед.н., доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Небажана вагітність може розглядатися як одна з причин психологічного нездоров'я дитини. Ще у 2001 році Д. Б. Чемберлен у доповіді на III Міжнародному конгресі Всесвітньої організації з перинатального навчання зазначив: «...немовлята «знають», бажані вони чи ні... у небажаних дітей різко зростає ризик загибелі у перші 28 днів життя». Досі ця проблема залишається актуальною в розділі перинатальної психології.

Мета: проаналізувати вплив небажання матері мати дитину на виникнення психологічних змін у дітей після народження.

Матеріали та методи дослідження: використано сучасні літературні джерела, що містять інформацію про вплив небажаної вагітності як на стан плоду, так і на стан здоров'я дитини після народження.

Результати. Небажана дитина є не лише джерелом стресу для матері, але й стресогенним фактором для власного розвитку. Будь-який емоційний стрес під час вагітності негативно пливає не лише на подальший розвиток дитини, а й на перебіг даної вагітності (А. І.Захаров, 1998). Тривожність матері, посилення її експресивної мови прискорює серцевий ритм плоду через підвищення виділення стресових гормонів. Якщо відчуття страху у жінки триває протягом 50 с, плід починає відчувати гіпоксію (А. С.Батуєв, 2000). Тривалий стан тривоги, сильна апатія та небажання мати дитину призводять до сильної внутрішньоутробної психічної травми, що, на думку Г. Аммона (2000), викликає нервово-психічну нестабільність у дитини. Виношування небажаної

вагітності супроводжується несвідомими негативними емоціями: тривожністю, невпевненістю, страхом, озлобленістю, породжує відчуття, аналогічні стану людини, яка перебуває у небезпеці (П. І.Сидоров, Г. Н.Чумакова та ін., 2015). У матерів небажаних дітей пологи здебільшого передчасні, маса тіла новонароджених низька, діти фізично слабкі, більш схильні до рекурентних інфекцій, з більшою вірогідністю можливі різні психопатологічні стани, низький IQ, тощо. Учені Н. Р. David, Z. Dybrich (1998) довели, що хлопчики, матері яких не хотіли мати дітей, схильні до кримінальних дій. Небажані діти легко засмучуються, неспокійно сплять, багато плачуть і довго не можуть заспокоїтись. Натомість, якщо вагітна швидко справляється з негативними емоціями і різке прискорення пульсу короткочасне, то дитина, з більшою вірогідністю, буде емоційно стійкою і добре контролюватиме себе (Подобед Н. Д., 2001).

Висновок. Отже, сьогодні науково доведений тісний, нерозривний не лише фізичний (через спільний орган – плаценту), а й психічний зв'язок між організмом матері та організмом плода. У випадку наявності небажаної вагітності у дитини після народження, з більшою вірогідністю, виникають різні психологічні порушення, що можуть призводити до захворювань.

А. І. Бранько

І курс, медичний факультет №1

ОГЛЯД СТРУКТУРИ СУЧАСНОГО РИНКУ МЕДИЧНОГО ОБЛАДНАННЯ: ПОПИТ ТА РЕГІОНАЛЬНІ УМОВИ

Науковий керівник: В. М. Мельник (викладач)

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра філософії та суспільних наук

м. Вінниця, Україна

Актуальність. Ринок медичного обладнання є великою частиною галузі охорони здоров'я. Медичне обладнання складається з широкого спектру приладів: для підтримки життя, діагностичних, хірургічних, медичного лабораторного обладнання, обладнання для транспортування пацієнта, обладнання для виклику медичного персоналу тощо.

Вся індустрія світового медичного обладнання складає близько 400 мільярдів доларів США (Medical Technology Industry - Statistics & Facts, Режим доступу: <https://www.statista.com/topics/1702/medical-technology-industry>).

Незважаючи на те, що протягом останніх років спостерігався розвиток медичних технологій, варто констатувати, що наслідки фінансової кризи 2007-2008 років продовжують негативно впливати на галузь. Втім, починаючи з 2013 року, медико-технологічний ринок зростає зі швидкістю приблизно 6,9% на рік. За даними компанії Market Research Reports Search Engine (MRRSE), ця тенденція має зберегтися до 2023 року.

Світовий ринок медичних виробів залишається одним з найбільш динамічно прогресуючих. Наше твердження стосується не лише фінансово-економічного, але і технологічного сектору.

Результати дослідження. Попит на медичне обладнання та структура його розповсюдження безпосередньо залежать від політики держави в сфері охорони здоров'я. Можна виділити декілька факторів які впливають на цей ринок у кожній країні: демографічний, економічний, соціально-економічний та

рівень науково-технічного прогресу (технологічний фактор) [Козак В. А., Мировой рынок медицинского оборудования: современные тенденции и перспективы].

Найбільшим попитом (12,7%) користується електронне діагностичне обладнання.

Попит на інші види обладнання розподіляється так: ортопедичні прилади (7,9%), рентгенівське обладнання (3,8%), обладнання для респіраторної терапії (3,4%), шприци та голки (3,4%), кардіостимулятори (2,7%), стоматологічне обладнання (2,4%), медичні меблі (2,2%), обладнання для механотерапії (2,2%), офтальмологічні інструменти (2,2%), комп'ютерні томографи (2,2%), оториноларингологічне обладнання (1,8%), інші медичні вироби (53,1%) [Сильва-Вега М. В., Мировой рынок медицинского оборудования / Деловой журнал об индустрии здравоохранения Vademicum: Электронный ресурс].

Географічна структура ринку медичного обладнання є такою: на Північну та Південну Америку припадає – 45% , на Західну Європу – 27%, на Східну Європу – 4%, на Азію – 21%, на Близький Схід і Африку – 3%.

Темпи розвитку Американського регіону (США, Канада) близькі до загальносвітових. Європейський регіон складається з країн-лідерів ринку (Німеччина, Італія, Франція, Німеччина та Велика Британія), але демонструє незначний річний темп розвитку – від 3,6% до 6%.

Найбільший темп розвитку спостерігається в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні (Китай, Японія, Індія, Австралія). Слід звернути увагу на ринок Китаю де відбувається поступовий ріст виробництва медичних приладів. Втім, у китайському випадку йдеться про кількісне, а не якісне зростання.

Окремо потрібно згадати про ринок США. Виробництво медичного обладнання в цій країні – дуже динамічна галузь, зі стабільними темпами зростання. У США 90% виробників працюють тільки на внутрішній ринок. І лише 10% працюють на двох ринках – внутрішньому і зовнішньому. Система

побудована таким чином, щоб не допустити іноземного виробника на внутрішній ринок і тим самим полегшити «життя» (і, відповідно, знизити ризики конкуренції) місцевому виробнику.

Зазначимо, що відсутність іноземних конкурентів негативно впливає на ринок США. Це створює позитивні можливості для нарощення європейськими країнами відсоткової ваги на всесвітньому ринку. Боротьба між іноземними та місцевими виробниками – характерна риса європейської економіки медичного обладнання, що відрізняє його від американського, роблячи мобільним і динамічним.

Висновки. Світовий ринок медичного обладнання демонструє постійний позитивний темп розвитку (6-7% в рік).

Хоча європейський ринок медичного обладнання відрізняється економічною збалансованістю та конкурентним лібералізмом, ми можемо виокремити дві найбільш потужні економіко-географічні системи: Америку та Азіатсько-Тихоокеанський регіон.

Найбільшим регіональним ринком медичного обладнання є американський. На ньому можна спостерігати найсильнішу внутрішню конкуренцію. Можливості для іноземної участі медико-технологічних компаній в США та Канаді залишаються традиційно низькими.

Азіатсько-Тихоокеанський ринок характеризується більшою різноманітністю представленого медичного обладнання (у порівнянні з американським чи європейським), а, отже, меншою конкуренцією.

ЗМІСТ

А. М. Мельник, К. М. Паньків, В. М. Мельник (Вінниця, Україна). Іван Мітюк (1928-2012): біографія та головні наукові досягнення 1

Судинна та серцево-судинна хірургія

Ю. О. Мицик (Львів, Україна). Роль променевих біомаркерів у передбаченні ефективності проведеної селективної емболізації ниркових артерій у хворих із нирково-клітинним раком. 5

А. С. Смирнова (Київ, Україна). Многократные обмороки при рецидивирующей тромбоемболии легочной артерии (клинический случай). 7

Ф. С. Файзуллаев, Т. Р. Мурадов, С. Ф. Сулейманов (Бухара, Республика Узбекистан). Дифференцированный подход в лечении острого тромбоза большой подкожной вены. 9

С. В. Хитрук (Вінниця, Україна). Сучасне хірургічне лікування хворих з кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу. 11

Т. С. Бордюг, А. О. Мірошниченко (Харків, Україна). Хірургічне лікування хворих з багатоповерхневим ураженням артерій нижніх кінцівок та критичною ішемією. 13

І. М. Верболоз, С. О. Колибашкін (Київ, Україна). Відпрацювання технологій лазерного зварювання та різання деталей макету каркасу аортального клапану з надпружного матеріалу. 15

О. О. Коломієць, В. В. Зубко (Суми, Україна). Клінічний випадок розшаровуючої аневризми аорти. 17

А. Г. Рышкевич, О. В. Сахарук, И. И. Дубровский (Гродно, Республика Беларусь). Ротационно-аспирационная тромбэктомия – современный способ хирургического лечения ишемии конечностей. 19

О. В. Сахарук, А. Г. Рышкевич, И. И. Дубровский (Гродно, Республика Беларусь). Чрескожная транслюминальная баллонная ангиопластика при болезни Бюргера: клинический опыт применения. 22

Olaru Natalia Vitalie (Chisinau, Republic of Moldova). Prevention of inguinal neovascularization after sapheno-femoral disconnection: two-year results of a randomized study comparing closing of cribriform fascia and epigastric vein preservation. 24

М. В. Григорова, А. А. Сокол (Харьков, Украина). Митральные стенозы у детей. 26

- О. М. Казмірчук, М. В. Пилипчук (Вінниця, Україна).** Віддалені наслідки стегново-підколінного аутовенозного шунтування на фоні атеросклерозу із супутнім цукровим діабетом (клінічний випадок). 28
- А. В. Лукьянец, А. А. Петушкова (Минск, Республика Беларусь).** Ложная аневризма бедренной артерии после катетерной коронарографии. 30
- М. А. Андала, Е. Д. Бойко (Минск, Республика Беларусь).** Использование внутрнней грудной артерии при операции аорткоронарного шунтирования. 32
- А. А. Моїсєєнко (Вінниця, Україна).** Сучасні методи лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку. 34
- А. С. Леванчук, Д. О. Пучков, Б. Є. Сокрут (Вінниця, Україна).** Повторна реваскуляризація міокарда у пацієнтів, що перенесли АКШ (клінічні випадки). 37

Хірургія та мінінвазивна хірургія

- В. Н. Лыхман, С. Ю. Битяк, Г. О. Поликов (Харьков, Украина).** Лечение больных с несостоятельностью швов пищеводных анастомозов. 40
- М. А. Гайданка (Днепр, Украина).** Оценка эффективности эндоскопического лечения фронтитов. 43
- О. О. Коломієць (Суми, Україна).** Клінічний випадок лактореї після видалення фіброаденоми молочної залози. 45
- С. Б. Хамроев, Т. Р. Мурадов, С. Ф. Сулейманов (Бухара, Республика Узбекистан).** Восстановление клеточного звена иммунитета у больных острым деструктивным панкреатитом. 47
- Я. А. Василевская, А. В. Желудевич (Гродно, Республика Беларусь).** Применение концепции fast-track в хирургии и анестезиологии: её преимущества. 49
- М. Ю. Веселий (Лиман, Україна).** Лікування та профілактика рецидиву перекрута яєчка у дітей. 51
- Г. С. Григориади (Ташкент, Республика Узбекистан).** Возможности эндоскопии в диагностике и лечении кровотечений из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки. 53
- А. Ю. Бурко (Днепр, Украина).** Особенности анатомии и хирургического доступа к лобной пазухе. 55

| | |
|---|-----------|
| А. В. Грибок (Гродно, Республика Беларусь). Динамика объемов и структуры оперативных вмешательств на органах брюшной полости в отделении общехирургического профиля. | 57 |
| А. С. Завгородній, О. В. Гриценко (Харків, Україна). Відеоторакоскопія при діагностиці та лікуванні новоутворень грудної клітини. | 60 |
| В. В. Казырод, Д. О. Беда (Харьков, Украина). Фиброколоноскопия у больных шигеллёзами. | 62 |
| А. С. Пумпур (Минск, Республика Беларусь). Роль оценки показателей общего анализа крови, биохимического анализа крови и гемостезиограммы у пациентов с колоректальным раком. | 64 |
| В. А. Щebetенко (Харьков, Украина). Способ предотвращения забрасывания желудочного содержимого в плевральную полость при спонтанном разрыве пищевода (клинический случай). | 67 |
| В. В. Юсевич (Гродно, Республика Беларусь). Роль грыжевого мешка в герниопластике паховых грыж. | 70 |
| Д. В. Глухонюк (Вінниця, Україна). Гістерорезектоскопія, як метод вибору малоінвазивного оперативного лікування поліпів та гіперплазії ендометрію. | 72 |
| А. С. Лесная (Харьков, Украина). Сравнительная характеристика современных методов лечения острого аппендицита. | 74 |
| А. С. Лесная (Харьков, Украина). Диагностика и миниинвазивное хирургическое лечение илеопсоита. | 77 |
| А. С. Гриценко (Харків, Україна). Визначення ефективності малоінвазивних хірургічних втручань на прикладі лапароскопії надниркових залоз. | 80 |
| Ю. Г. Жадан (Харьков, Украина). Влияние препаратов для внутривенной анестезии на когнитивные функции при экстракции катаракты у пожилых пациентов. | 82 |
| Т. М. Сазонова (Харків, Україна). Хірургічне лікування раку ендометрія. Порівняльна характеристика лапароскопічного та традиційного лапаротомного методу хірургічного втручання. | 84 |
| О. С. Богомолов, В. Л. Жебелєв (Вінниця, Україна). Особливості лікування гангрени стопи. | 86 |

Внутрішні хвороби

- А. М. Венгер, О. О. Колесник, А. П. Боровик (Одеса, Україна).** Молекулярна структура та біорізноманіття фактору збудника аутоімунного міокардиту vp1 вірусу коксакі Coxsackievirus. **88**
- О. В. Граніна (Харків, Україна).** Етіологічні фактори при цукровому діабеті у поєднанні з подагрою. **90**
- А. А. Абилхас (Алматы, Республіка Казахстан).** Особенности системы гемостаза у больных с цереброваскулярными заболеваниями. **92**

Соціальні проблеми медицини

- А. М. Островский (Гомель, Республіка Беларусь).** Современное состояние и перспективы развития хирургической помощи пациентам с сосудистой патологией в гомельском регионе. **94**
- Р. Ж. Телеупов (Уральск, Республіка Казахстан).** Совершенствование законодательства Республики Казахстан в области трансплантологии. **97**
- В. М. Мельник (Вінниця, Україна).** Психосоціологічна методологія в теорії оцінювання якості соціального життя серед пацієнтів хірургічного стаціонару. **100**
- О. О. Коломієць (Суми, Україна).** Епідеміологічна характеристика хірургічної патології у дітей Сумської області за 2015-2016 роки. **103**
- А. А. Абилхас (Алматы, Республіка Казахстан).** Проблемы репродуктивной и социальной жизни сельской молодежи в условиях мегаполиса. **105**
- А. М. Мельник (Вінниця, Україна).** Небажана вагітність як одна з причин виникнення психологічних змін у дітей після народження. **108**
- А. І. Бранько (Вінниця, Україна).** Огляд структури сучасного ринку медичного обладнання: попит та регіональні умови. **110**
- ЗМІСТ** **113**