

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
«УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА»

ЗБІРКА ТЕЗ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ
УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК У ПРАКТИКУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

26-27 жовтня 2017 р.

м. Запоріжжя

ОРГКОМІТЕТ

Голова оргкомітету

Ректор Запорізького державного медичного університету,
д.мед.н., професор **Ю.М. Колесник**

Заступники голови

Проректор з наукової роботи Запорізького державного медичного університету,
д.мед.н., професор **В.О. Туманський**

Директор ННМЦ «Університетська клініка»,
Запорізького державного медичного університету,
д.мед.н., професор **В.І. Кривенко**

Члени оргкомітету

к.мед.н., доцент М.О. Авраменко, д.мед.н., професор В.А. Візір,
к.мед.н., доцент С.А. Моргунова, д.мед.н., доцент М.Ю. Колесник,
д.мед.н., доцент О.В. Возний, д.біол.н., доцент С.В. Павлов, д.мед.н. А.В. Демченко,
к.мед.н. В.В. Вакуленко, Е.В. Котляревська, Л.І. Бородавко

Відповідальний секретар

д.мед.н. А.В. Демченко

Секретаріат

А.В. Алтухов, О.М. Кіосов

Комплексне лікування хронічного генералізованого пародонтиту з використанням препарату «Бішофіт полтавський» Дементьєва О.В., Федянович І.М., Кокарь О.О.	19
Контрольно-динамическая лапароскопия при подозрении на травматические повреждения абдоминальных органов Капшитарь А.В.	20
Мониторинг цитолитических ферментов при лечении тиотриазолином после хирургической коррекции закрытой травмы печени Капшитарь А.А., Капшитарь А.В.	20
Технические особенности выполнения минилапароскопии у пациентов с различной степенью ожирения в неотложной абдоминальной хирургии Капшитарь А.В.	21
Удаление экссудата из брюшной полости с её дренированием под контролем минилапароскопа при стерильном панкреатогенном перитоните Капшитарь А.В.	22
Частота виникнення гострого пошкодження нирок у пацієнтів з декомпенсованою серцевою недостатністю в залежності від коморбідності Качан І.С., Кучерова А.В., Нікітюк О.В., Котляревська Е.В.	22
Ефективність роботи школи для пацієнтів з гіпертонічною хворобою в умовах університетської клініки Качан І.С., Нікітюк О.В., Миронова О.І., Борота Д.С.	23
Основные закономерности возникновения и ранней диагностики ТЭЛА у пациентов с внегоспитальными пневмониями с учётом фоновых заболеваний Киреева Т.В., Коротя Н.Н.	24
Застосування холоднопетлевої поліпектомії, як метода розширеної біопсії, при скринінговій колдоноскопії Клименко А.В., Гулевський С.М., Кіосов О.М., Вакуленко В.В.	24
Еозинофільні захворювання шлунково-кишкового тракту в практиці лікаря ендоскопіста Клименко А.В., Кіосов О.М., Гулевський С.М.	25
Аргоноплазма абляція в лікуванні хворих на CLE метаплазією кишкового типу (стравохід Баррета) без дисплазії та з дисплазією легкого ступеня (LGD) Клименко А.В., Кіосов О.М., Гулевський С.М.	26
Досвід ендоскопічної діагностики дуоденальної дистрофії Клименко А.В., Кіосов О.М., Гулевський С.М.	27
Вплив хірургічного лікування патології сонних артерій на когнітивні функції у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом II типу Кобза І.І., Діденко О.З., Кобза І.І., Яворський О.Г.	28
Впровадження генотипування у роботу антикоагулянтного кабінету при нмц «університетська клініка» у хворих з фібриляцією передсердь Колесник М.Ю., Михайловський Я.М., Миронова О.І.	29
Особливості деформації лівих камер серця у жінок в стані менопаузи залежно від наявності гіпертонічної хвороби Колесник М.Ю., Соколова М.В.	30

приймаючи до уваги той факт, що більшість утворень виявлених при колоноскопії мають розміри до 1,0 см, а при їх патоморфологічному дослідженні зустрічаються ворсинчасті структури, дисплазії тяжкого ступеня або ранній рак, а також відсутність єдиної тактики щодо невеликих неоплазій, виникає потреба в більш ретельному дослідженні цього питання. Мета роботи: Дослідити ефективність та безпечність холоднопетлевої поліпектомії (ХПП) як методу розширеної біопсії неоплазій товстої кишки при скринінговій колоноскопії (СКС). Матеріали та методи: За 9 місяців поточного року було виконано 503 колоноскопії з них тотальних 463 (92%) дослідження, чоловіків було 211 (42%), жінок 292 (58%), до 2-х поліпів було виявлено у 63 (12,5%) пацієнтів, 3 поліпа і більше у 39 (7,7%) пацієнтів. Всім пацієнтам з виявленими поліпами виконувалась щипцева біопсія, 22 хворим була виконана ХПП, 20 хворим стандартна поліпектомія з використанням діатермокоагуляції. Результат: За результатами патоморфологічного дослідження біопсій та видалених поліпів за класифікацією NICE було виявлено гіперпластичних поліпів Тип 1 в правій половині товстої кишки - 34 випадки, в лівій - 49; аденом Тип 2 в правій половині товстої кишки - 37 випадків, в лівій - 41; глибоких підслизових інвазивних новоутворень Тип 3 - в правій половині 2 випадки, в лівій - 5 випадків. В усіх випадках виконання ХПП, ускладнень у вигляді кровотечі, як в ранньому, так і в пізньому післяопераційному періоді не відмічалось. У хворих, яким виконувалася звичайна біопсія до ендоскопічної поліпектомії, суттєвої різниці даних патоморфологічного дослідження біопсійного та операційного матеріалу також не відмічалось. Висновки: Методика видалення неоплазій та аденом розміром від 5 мм до 10 мм "холодною петлею", є безпечною у відношенні розвитку кровотеч після видалення поліпів при розширеній біопсії і може бути рекомендована в якості одномоментного видалення дрібних аденом. Така тактика значно зменшує вартість і підвищує якість скринінгу колоректального раку.

ЕОЗИНОФІЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЕНДОСКОПІСТА

Клименко А.В., Кіусов О.М.¹⁻², Гулевський С.М.²

¹Запорізький державний медичний університет, каф. факультетської хірургії

²ННМЦ «Університетська клініка», центр ендоскопічної діагностики та лікування

Актуальність: Еозинофільні захворювання шлунково-кишкового тракту є рідкісними станами з імуно-опосередкованим патогенезом та включають в себе такі прояви ураження ШКТ як Ео (еозинофільний езофагіт), ЕГЕ (еозинофільний гастроентерит) та еозинофільний коліт. Діагноз базується на ендоскопічних знахідках, клінічних проявах та достовірно підтверджується в 100% випадків за даними гістологічних досліджень біоптатів шлунково-кишкового тракту (інфільтрація еозинофілами ≥ 15 в полі зору та вторинним фіброзом слизової оболонки). Мета: Проаналізувати ендоскопічні та гістологічні заключення у пацієнтів в анамнезі котрих є алергічні захворювання (алергічний риніт, бронхіальна астма, atopічний дерматит, та. інш) та клінічними проявами дисфагії, біль у грудях та епігастрії. Методи: За період з лютого 2017 по вересень 2017 року було обстежено 238 пацієнтів з алергічними захворюваннями, яким виконали

обстеження крові на загальний IgE, ВГДС з проведенням політопної біопсії. Всі пацієнти мали помірні скарги на прояви порушення проходження їжі по стравоходу, важкості у шлунку, біль у грудях та епігастрії які не купірувались прийомом ІПП. Результати дослідження: Проаналізувавши 238 ВГДС з гістологічними заключеннями які виконували у пацієнтів з проявами алергічних захворювань, також оцінювали рівень загального IgE в крові. Більш ніж у 228 пацієнтів не було ендоскопічних ознак еозинофільного ураження органів шлунково-кишкового тракту, в біоптаті наявність еозинофілів не перевищувала 5-10 в полі зору, та рівень Ig E був 50-80 кЕ\л що не як не підтверджувало еозинофільне захворювання. У 10 пацієнтів було виявлено та підтвердженні еозинофільні ураження шлунково кишкового тракту. У трьох пацієнтів був виявлений та підтверджений еозинофільний езофагіт (підвищення рівня IgE більше 200 кЕ\л, наявність ендоскопічних ознаки еозинофільного ураження, кількість еозинофілів в біоптаті перевищувала 25-30 в полі зору). Сім пацієнтів були с проявами еозинофільного гастроентериту (ендоскопічні прояви гастродуоденостазу – відсутність перестальтики та наявність їжі у великій кількості), підвищення рівня IgE більше 200 кЕ\л, кількість еозинофілів в біоптаті перевищувала 25-30 в полі зору. Висновки: Еозинофільні ураження шлунково-кишкового тракту такі як еозинофільний езофагіт та гастроентерит є рідкісними захворюваннями, але мають чітку ендоскопічну та гістологічну семіотику. В зв'язку з погіршенням умов навколишнього середовища та харчування (присутність алергенів в їжі) ці захворювання мають тенденцію до збільшення. Своєчасна діагностика цих станів є запорука правильного лікування хворих, та покращення умов життя хворих.

АРГОНОПЛАЗМОВА АБЛЯЦІЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СLE МЕТАПЛАЗІЄЮ КИШКОВОГО ТИПУ (СТРАВОХІД БАРРЕТА) БЕЗ ДИСПЛАЗІЇ ТА З ДИСПЛАЗІЄЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ (LGD)

Клименко А.В., Кіусов О.М.¹⁻², Гулевський С.М.²

¹Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської хірургії

²ННМЦ «Університетська клініка», центр ендоскопічної діагностики та лікування

Актуальність: СLE метаплазія кишкового типу (стравохід Баррета) асоціюється з підвищеним ризиком розвитку аденокарциноми стравоходу, що спостерігається у 0.5-1% випадків. Ризик малігнізації при стравоході Баррета становить приблизно від 5.4-12%. По деяким даним 95% випадків раку стравоходу діагностують у хворих із СLE метаплазією кишкового типу (стравохід Баррета). Мета: Оцінити ефективність аргоноплазмової абляції в лікуванні хворих на СLE кишкового типу (стравохід Баррета) без дисплазії та з дисплазією низького ступеня (LGD). Методи: Проведено аналіз результатів ендоскопічного дослідження та лікування хворих на СLE (стравохід Баррета) без дисплазії та з дисплазією низького ступеня. В період з 2016-2017рр. було обстежено 2500 хворих, у 852 хворих було виявлено СLE метаплазію (кишкового типу у 252, шлункову метаплазію у 475, змішана метаплазія у 125 хворих). В загальній кількості без дисплазії було 752 хворих, с дисплазією легкого ступеня 100 хворих. Дисплазія спостерігалась у хворих з кишковою метаплазією, а в деяких випадках дисплазія