

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ**

(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.

30 ТРАВНЯ 2018 р.

М. ЗАПОРІЖЖЯ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету: ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

Секретаріат: Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОЛИТОТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Клименко А. В., Сыволап Д. В.
Запорожского государственного медицинского университета

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространенное заболевание, которым страдает 10-15% жителей Западной Европы. Ежегодно в мире выполняется 2,5 млн холецистэктомий. Однако удаление желчного пузыря у значительного количества больных вызывает специфические послеоперационные расстройства с условным названием «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС). Органические изменения после холецистэктомии наблюдаются у 42% пациентов, функциональные нарушения – 58%, при этом морфологическим субстратом ПХЭС у 5-20% из них является рецидивный холедохолитиаз, резидуальный холедохолитиаз, а также стеноз большого дуоденального сосочка – определяется у 5-10%. Папиллостеноз, развивающийся после холецистэктомии, занимает второе место среди всех причин ПХЭС, составляя от 2,3% до 37,5%. Вторичный стеноз большого дуоденального сосочка является причиной развития ПХЭС в 29,4% случаев, при этом в 13,7% – сочетается с холедохолитиазом. В свою очередь, развивающийся папиллостеноз приводит к хологенной панкреатической недостаточности вследствие асинхронизма поступления химуса и желчи в 12-ти перстную кишку. С учетом этого, выполнение по строгим показаниям органосохраняющей операции на желчном пузыре – лапароскопической холецистолитотомии (ЛХЛТ), дополненной интраоперационной эндоскопической парциальной папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), позволило бы сохранить функционирующий желчный пузырь и профилактировать появление ПХЭС. **Материал и методы.** В исследование включено 130 больных ЖКБ (холецистолитиазом). Методом случайной выборки сформированы три

группы. В первую группу вошли 50 пациентов (женщины – 65%), которым выполнена стандартная ЛХЭ, средний возраст $51,48 \pm 14,86$ года; во вторую – 50, которым выполнена холецистэктомия из однопортового доступа (SILS), средний возраст $48,30 \pm 12,77$ года (женщины – 67%), в третью – 30 пациентов, которым выполнена органосохраняющая операция: лапароскопическая холецистолитотомия с парциальной интраоперационной ЭПСТ, средний возраст $39,40 \pm 13,67$ года (женщины – 66 %). В третью группу включались больные с четко определяющимися одиночными (от 1 до 3) конкрементами желчного пузыря, размер которых был не менее 1 см в диаметре. Группы больных были сопоставимы по возрасту, полу, росту, весу, индексу массы тела. Анализ полученных результатов выполнен методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0». Данные представлены в виде $M \pm m$, n (%). Достоверными считали различия при значениях $p < 0,05$. **Результаты.** Группы были сопоставимы по длительности выполнения хирургических вмешательств. Длительность ЛХЭ составила $38,9 \pm 4,0$ мин, SILS-холецистэктомии – $40,6 \pm 4,8$ мин, холецистолитотомии – $43,5 \pm 4,7$ мин ($p > 0,05$ для тренда). При выполнении оперативных вмешательств интраоперационных осложнений не было. Ни в одном случае не потребовалась конверсия (переход с лапароскопического на минимальный лапаротомный доступ). В группе SILS-холецистэктомий в 3 случаях понадобилась дополнительная установка одного 5 мм троакара в связи особенностями анатомического расположения желчного пузыря. Группы были сопоставимы по длительности пребывания больных в стационаре. Средняя длительность пребывания в стационаре после ЛХЭ составила $2,0 \pm 1,1$ дня, после SILS-холецистэктомии – $2,0 \pm 0,7$ дня, после холецистолитотомии с парциальной ЭПСТ – $3,0 \pm 0,8$ дня ($p > 0,05$ для тренда). **Вывод.** Органосохраняющая операция холецистолитотомия показана больным хроническим калькулезным холециститом с одиночными конкрементами желчного пузыря. Продолжительность холецистолитотомии, дополненной парциальной ЭПСТ сопоставима с продолжительностью ЛХЭ и SILS-ХЭ. Сроки пребывания больных в стационаре после ЛХЛТ не превышают сроки стационарного лечения после ЛХЭ и SILS-ХЭ. Лапароскопическая холецистолитотомия, с интраоперационной ЭПСТ сохраняет сократительную и концентрационную функцию желчного пузыря, определяет свободный отток желчи в 12 п.к., что профилаксирует развитие ПХЭС и может быть методом выбора хирургического лечения хронического калькулезного холецистита с учетом разработанных показаний.

Zavgorodnyaya N. G., Bezdenezhnaya O. A., Yerohina K. V. EFFICIENCY OF REFRACTIVE LENSECTOMY WITH MULTIFOCAL IOL IMPLANTATION FOR HYPERMETROPIA AND PRESBYOPIA CORRECTION	54
Zavgorodny S. N., Rylov A. I., Danyliuk M. B., Gatea M. S. MODIFICATION OF TREATMENT OF POSTOPERATIVE HYPOPARATHYROIDISM IN OPERATIONAL TREATMENT OF THYROID CANCER WITH VARIOUS LYMPHODISSECTIC TYPES	54
Завгородня Н. Г., Новікова В. Ю. РЕЗУЛЬТАТИ КОРЕКЦІЇ РОГІВКОВОГО АСТИГМАТИЗМУ ПРИ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ З ІМПЛАНТАЦІЄЮ ТОРИЧНОЇ ІНТРАОКУЛЯРНОЇ ЛІНЗИ.....	55
Завгородня Н. Г., Поплавська І. О., Беленко М. М. ВПЛИВ ЕКСИМЕР-ЛАЗЕРНОЇ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО АПАРАТНОГО ЛІКУВАННЯ НА СТУПІНЬ РЕФРАКЦІЙНОЇ АМБЛІОПІЇ	55
Іванько О. Г., Соляник О. В. ОСОБЛИВОСТІ СИНТЕЗУ ПРОТРОМБІНУ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ 6 МІСЯЦІВ ЖИТТЯ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ	56
Іванько О. Г., Товма А. В. ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СТУДЕНТАМ У ВІЦІ 16-21 РОКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	56
Ісак О. С. Авраменко Н. В. Сухонос О. С. ЦИТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ.....	57
Калинина А. К., Сидоренко А. М. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЙКОЗОВ В XX И НАЧАЛЕ XXI ВЕКА В МИРЕ, УКРАИНЕ И ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ	57
Калугіна С. М., Купновицька І. Г. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КРАТАЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДИСЦІРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	57
Каменщик А. В., Тиха Ю. І. ГІПЕРТРОФІЧНІ ЕКГ- ІНДЕКСИ У ДІТЕЙ З ДВОСТУЛКОВИМ АОРТАЛЬНИМ КЛАПАНОМ СЕРЦЯ.....	58
Капшитарь А. В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ФЕРМЕНТАТИВНОГО ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	58
Карнаух М. Н., Бенхаюн Р., Лабссири И., Межжати Н. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТУДЕНТАМИ ИНОСТРАННОГО ФАКУЛЬТЕТА СТАТИСТИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ, ОТНОСИТЕЛЬНО ПРЕДПОЧТЕНИЙ ЖИТЕЛЕЙ МАРОККО ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	59
Качан І. С., Кулікова К. С. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ЖІНОК: ВПЛИВ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТА СПОСОБУ ЖИТТЯ	60
Кедик А. В., Рішко М. В., Куцин О. О. ВПЛИВ ВИСОТИ ПРОЖИВАННЯ НА СТАН ЖИРНОКИСЛОТНОГО СПЕКТРУ ПЛАЗМИ КРОВІ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ З НАДМІРНОЮ ВАГОЮ ТА ОЖИРІННЯМ.....	60
Кечин И. Л., Топольницкая Т. О. ВЛИЯНИЕ КОГНИФЕНА НА СИНДРОМ УМЕРЕННОГО КОГНИТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	61
Кизима Н. В., Бойко Л. О. СУБЛІНГВАЛЬНА СПЕЦІФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ СЕЗОННОГО АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ У ДІТЕЙ	61
Клевцова А. Д., Сапальов С. О., Гладкий Д. П. КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАТИСТИКИ З ВИКОРИСТАННЯ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ. ЗАПРОПОНУВАННЯ МОЖЛИВИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ПОЛПШЕННЯ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ В ЗНІМНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ.....	62
Клименко А. В., Сыволап Д. В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТОЛИТОТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.....	62
Князевич П. С., Скріпкін С. В., Гоцуля А. С. ПРОБЛЕМИ ЗАПРОВАДЖЕННЯ E-HEALTH В УКРАЇНІ	63
Коваленко А. Ю., Дмитренко І. П. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	63
Ковальчук Л. Є., Чернюк Н. В., Дяченко Б. М. ВИКОРИСТАННЯ ГЕНЕТИЧНИХ МАРКЕРІВ СОМАТИЧНИХ КЛІТИН В ОЦІНЦІ ІМУНОГЕНЕТИЧНОГО СТАТУСУ ЛЮДИНИ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ	64
Кожем'яка М. О., Свечніков О. К. РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ КІСТОК ТАЗУ	64
Кокарь О. О. ПРОЯВА СИДЕРОПЕНІЧНИХ СТАНІВ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....	65