

**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.

.....

МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Никоненко О. С., Никоненко А. О., Гайдаржі Є. І., Головка М. Г., Грушка В. А., Охрименко Г. І., Гуров Т. В., Іщук О. А.
Запорізький державний медичний університет

Вступ. На сучасному етапі розвитку хірургії проблема лікування гострого панкреатиту (ГП) залишається актуальною у всьому світі. Частота цієї патології неухильно зростає, витрати на адекватну терапію є серйозною економічною проблемою, а летальність навіть в спеціалізованих стаціонарах досягає 11-25% при стерильному панкреонекрозі (СП) і 60-80% при інфікованому (ІП). **Мета дослідження.** Вивчити результати діагностики і лікування хворих на ГП з використанням мініінвазивних хірургічних втручань і розробити оптимальний лікувально-діагностичний алгоритм на підставі отриманих даних. **Матеріали і методи.** З 2014 по 2018 роки було обстежено 324 хворих на ГП, які перебували на лікуванні у клініці госпітальної хірургії на базі Запорізької обласної клінічної лікарні. Чоловіків було 186 (57,4%), жінок - 138 (42,5%). Середній вік – 43 роки. У 216 хворих діагностована легка (інтерстиціальна) форма гострого панкреатиту. У 98 хворих встановлена тяжка форма гострого панкреатиту. Із них у 66 хворих захворювання супроводжувалось СП, поліорганною недостатністю в ранні терміни, та приєднанням панкреатичної інфекції в більш пізні терміни (2-3 тиждень) від початку захворювання. Всім пацієнтам з тяжкою формою ГП виконувалась комп'ютерна томографія черевної порожнини (КТ ЧП) з визначенням об'єму ураження підшлункової залози (ПЗ) та індексу тяжкості по Balthazar. Ультразвукове обстеження органів черевної порожнини і заочеревинного простору проводили УЗ-апаратом Toshiba (Японія). КТ ЧП і заочеревинного простору виконували з контрастним підсиленням на апараті корпорації «Toshiba». При дрениванні черевної порожнини було використане лапароскопічне устаткування фірми «Stryker» USA. **Отримані результати.** У 216 хворих з легкою формою ГП при УЗД діагностували помірне збільшення всіх розмірів підшлункової залози, нечіткі її контури та неоднорідну її структуру. Цим пацієнтам проводили стандартну медикаментозну терапію. Практично у всіх хворих впродовж 2-3 днів спостерігалась позитивна динаміка, яка супроводжувалась регресом клініки захворювання та нормалізації загального та біохімічного аналізів. Хворі з тяжкою формою ГП знаходились у відділенні інтенсивної терапії. У пацієнтів з СП превалювали форми з обмеженим панкреонекрозом – некроз 1/3 тіла підшлункової залози (2 бали по Balthazar). В цілому клінічне поліпшення спостерігали у 61 з 66 хворих зі стерильним панкреонекрозом. Померли 5 (7,5%) пацієнтів. Основна причина смерті – пр.огресуюча поліорганна недостатність (ПОН) на тлі вираженої ендогенної інтоксикації. У групі з ІП переважали пацієнти з поширеним (субтотальним-тотальним) панкреонекрозом і множинними рідинними утвореннями в панкреатичній / перипанкреатичній області. Клінічно у цих хворих, як правило, мав місце сепсис, а також ПОН. У групі з ІП померло 10 (31,2%) хворих. Основна причина смерті - сепсис і ПОН. При розвитку ферментативного перитоніту, гострого рідинного скупчення, абсцесу чепцевої сумки 38 хворих були оперовані за допомогою мініінвазивних методів. Деяким хворим з ІП першим етапом виконувалась операція за допомогою мінімально інвазивних методів, з подальшою лапаротомією або люмботомією на 2-3 тиждень захворювання, у зв'язку з гнійними ускладненнями.

Висновки.

1. Серед пацієнтів з гострим панкреатитом переважають легкі форми захворювання, які добре піддаються медикаментозній терапії в умовах хірургічного відділення.
2. При септичному панкреонекрозі, ускладненому ферментативним перитонітом, гострими рідинними утвореннями черевної порожнини, показано виконання мініінвазивних хірургічних втручань.
3. Мінімально інвазивні методи лікування гострого панкреатиту є операціями вибору, але при наявності суворих показаннях.

Міренков К. В., Лежнюк А. С. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ СКЛАДНИХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ	89
Мосаєв Ю. В. РОЛЬ СОЦІОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ ТА СОЦІОЛОГІЇ ПРАВА В РЕФОРМУВАННІ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	90
Мудренко І. Г. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ЧИННИКИ САМОГУБСТВА ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ	90
Недельська С. М., Вакула Д. О. ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ pH-МЕТРІЇ ШКІРИ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ	90
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Гайдаржи Е. И., Головкин Н. Г., Децько Д. А., Проценко А. С. РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	91
Никоненко О. С., Никоненко А. О., Гайдаржи Е. И., Головкин М. Г., Грушка В. А., Охрименко Г. І., Гуров Т. В., Іщук О. А. МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	91
Никоненко О. С., Никоненко А. О., Макаренко А. Л., Осауленко В. В., Матерухін А. М., Наконечний С. Ю. 64-ЗРІЗОВА КТ-КОРОНАРОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	92
Никоненко А. О., Зубрик І. В., Подлужний О. О., Русанов І. В., Матерухін А. М., Макаренко А. Л. ДОСВІД МІНІІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ГІПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМУ	92
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Гайдаржи Е. И., Головкин Н. Г., Подлужный А. А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛУКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	93
Никулин М. И., Стоев Р. В. СПЕЦИФИКА БОРЬБЫ С РОНХОПАТИЕЙ (ХРАПОМ) В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	93
Новикова Л. В., Козёлкин А. А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА.....	94
Олейник Н. С., Дунаєва Д. А. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	94
Онищенко Д. О., Полулях В. О., Мазур В. І. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	95
Остафійчук В. В., Коровін С. І., Кукушкіна М. М., Палівець А. Ю., Костюк В. Ю. БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ, ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН ВИСОКОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ	95
Павличенко В. Д., Матвеев С. О. ВИБІР ТРОМБОЛІТИКУ ПРИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ	95
Пахомова С. П., Федорова О. П., Непрядкіна І. В., Дудко О. В. КОМОРИДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА.....	96
Пацера М. В., Іванько О. Г. CLOSTRIDIUM DIFFICILE - ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ РИФАМПІЦИН З ПРИВОДУ ЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ	97
Пашкова О. Є., Рубей О. І. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	97
Перцов В. І., Телушко Я. В., Савченко С. І. СОНОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ СТАДІЇ ЕМПІЕМИ ПЛЕВРИ.....	98
Пилипенко Р. В., Синяченко Ю. О., Самойленко Г. Є., Яковленко В. В. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	98
Плохушко Р. В., Семенов Д. М. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЗА ТИПОМ ВИЗНАЧЕНОГО ДЕФЕКТУ	99
Помазан Д. В., Єрмолаєва М. В., Синяченко О. В., Суярко В. І., Седея Л. В. СУДИННІ РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КРОВІ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТАХ.....	99
Поруб С. Є., Пахольчук Т. М. ОСОБЛИВОСТІ МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ	100
Потапов Ю. О., Синяченко Т. Ю., Верзилова С. Ф., Кушакова Н. І. ПОЛОВОЙ И ВОЗРАСТНОЙ ДИМОРФИЗМ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ	100
Похвата М. П. ЭХО-ПРИЗНАКИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ.....	101
Прескуре В. В., Гаразда М. З., Козловська І. М. ВИКОРИСТАННЯ VAS-АСОЦІЙОВАНИХ ПОВ'ЯЗОК У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	101