

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 колдоскопії 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

занять з означеним контингентом хворих. Висновки: структуровані заняття в «Школі пацієнтів з гіпертонічною хворобою» допомогли підвищити інформованість та прихильність до лікування ефективніше, ніж індивідуальні бесіди лікаря з хворими.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕГОСПИТАЛЬНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ С УЧЁТОМ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Киреева Т.В., Коротя Н.Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Кафедра внутренней медицины I

Цель: установить основные закономерности ранней диагностики ТЭЛА у пациентов с внегоспитальными пневмониями с учётом фоновых заболеваний. Материалы и методы: в ходе исследования было изучено 30 историй болезни пациентов с диагностированной внегоспитальной пневмонией при поступлении и умерших в стационаре с неуточнённой причиной смерти на госпитальном этапе. Для оценки степени риска возникновения ТЭЛА использовались валидизированные шкалы Wells (2001) и Geneva prognostic score (2008). Также во внимание брались предшествующая данному заболеванию заболеваемость на ХОЗЛ, хронический алкоголизм, ХПН, ожирение. Результаты: в структуре заболеваемости пневмонией преобладали мужчины (70%). Одновременно ТЭЛА патоморфологически была подтверждена у 23,8% обратившихся мужчин, среди женщин показатель составил 44,5% что обусловлено их меньшинством в общем количестве госпитализированных. Среди мужчин с патолого-морфологическим диагнозом ТЭЛА 60% набрали 7 баллов по шкале Wells, 40% – 6 баллов; среди женщин данный показатель следующий: 66,6% – 6 баллов, 33,3% – 6,5 баллов. В этой же выборке 80% мужчин имели клинически подтверждённый диагноз ожирение, 60% страдали хроническим алкоголизмом, 80% имели ХОЗЛ, 20% имели тромбоз глубоких вен голени в анамнезе. Повышение уровня D-димера на госпитальном этапе для выявления ТЭЛА показало достоверность в 50% случаев. Выводы: вероятность возникновения ТЭЛА у больных внегоспитальной пневмонией довольно высока. Таблицы риска возникновения ТЭЛА показали высокий уровень информативности в диагностике, однако они не учитывают ряд других провоцирующих факторов, используемых в ранней диагностике ТЭЛА, таких как: маркерная диагностика ТЭЛА с помощью определения D-димера и прокальцитонина; наличия фоновых заболеваний в виде: хронического алкоголизма, ХОЗЛ, ХПН и др.

ЗАСТОСУВАННЯ ХОЛОДНОПЕТЛЕВОЇ ПОЛІПЕКТОМІЇ, ЯК МЕТОДА РОЗШИРЕНОЇ БІОПСІЇ, ПРИ СКРИНІНГОВІЙ КОЛДНОСКОПІЇ

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

¹Запорізький державний медичний університет, кафедра факультетської хірургії

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

Актуальність: Враховуючи поширену розповсюдженість епітеліальних новоутворень товстої кишки та їх роль в процесі розвитку колоректального раку,

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., Кісов 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