

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. Моргунцова, 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

була виявлена і у хворих з CLE як шлункового так і змішаного типу. Для оцінки ділянки ураження використовували ендоскопічну класифікацію C&M (Прага, 2004), яка враховує: критерій С – довжина (вертикальна) кругового сегмента метаплазії (см); критерій М – довжина максимального вертикального сегмента метаплазії (см). За цією класифікацією з ультракоротким сегментом було 453 хворих, короткий сегмент мали 382 хворих, довгий сегмент у 17 хворих. Результати дослідження: Всім хворим була проведена комплексна ВЕГДС з використанням ендоскопічної відеосистеми (FUJINON EPX 4450 HD, EG – 590ZW) з високою роздільною здатністю та збільшенням (цифровим 1x200, та оптичним 1.30), у вузькому спектрі світла (FICE), з хромоскопією і прецизійною біопсією. Для хромоскопії використовували розчин Люголя, 0.2% водний розчин індигокарміну, 1% розчин метиленового синього, 3% розчин оцтової кислоти. При виявленні метаплазії слизової оболонки стравоходу виконували прецизійну біопсію (4 щматочки по окружності стравоходу кожні 1-2 см). При використанні вузького спектра світла (FICE) найкращим спектром для виявлення метапластичного епітелію визнано 4 режим з довжиною хвилі (520-500-405 нм). При використанні ZOOM (1x200) ендоскопії виділяли 5 типів ямкового малюнку: 1-й тип – круглі ямки, 2-й тип – овальні ямки., 3-й тип – ворсинчаті або мозковидні ямки., 4 -й тип – відсутність ямок., 5-й тип- зруйновані ямки. Всім хворим з ознаками кишкової метаплазії була виконана аргоноплазмова абляція ділянок метапластичного епітелію, з використанням аргоноплазмового коагулятора Bowa ARC Plus, потік газу 2.0 літри в хвилину, з потужністю 40Вт, та подальшим гістологічним дослідженням редуційного епітелію. Період спостереження був 8 до 15 місяців. При повторному ендоскопічному дослідженні не було виявлено метапластичного епітелію стравоходу що підтвердилось гістологічно, у всіх хворих відмічена реепітелізація слизової оболонки стравоходу плоским епітелієм. Висновки: 1. Основним методом діагностики стравоходу Баррета є ендоскопія з використанням ендоскопічного обладнання з високою розподільною здатністю HD, з наявністю вузькополосного спектру (FICE, NBI, i-Scan) та збільшенням ZOOM та за допомогою вітальної хромоендоскопії і обов'язковою прицільною політопною біопсією. 2. Морфологічне заключення є основним методом при верифікації діагнозу СБ та прийняття рішення у подальшому спостереженні за хворим та вибору метода ендоскопічного лікування. 3. Для лікування хворих з CLE метаплазією без дисплазії та з дисплазією легкого ступеня (LGD) може бути застосована ендоскопічна аргоноплазмова абляція метапластичного епітелію з високим рівнем безпеки і подальшим одужанням хворого.

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ДИСТРОФІЇ

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: дуоденальна дистрофія (Groove pancreatitis, кістозна дуоденальна дистрофія, ектопія підшлункової залози в стінку ДПК) – хронічне запалення тканини підшлункової залози, ектапованої в стінку ДПК. Ектопія

підшлункової залози – аномальна локалізація тканини підшлункової залози, яка має особисте кровопостачання, протокову систему без судинового, нервового та анатомічного контакту з звичайно розташованою (ортотопічною) підшлунковою залозою. Ектопічна підшлункова залоза нерідко зустрічається в органах черевної та грудної порожнини, найчастіше в шлунку (25 % – 60 %) та ДПК (25 % - 35 %). *Мета роботи:* поділитись мультидисциплінарним підходом до діагностики та лікування такої патології як дуоденальна дистрофія. Матеріали та методи: Пацієнт 1963 р. н. звернувся в клініку ННМЦ «Університетська клініка» за направленням хірурга для проведення діагностичної відеоезофагогастродуоденоскопії. З анамнезу: у 2013 році хворий переніс холецистектомію та цистектомію підшлункової залози. Після ендоскопчної та КТ-діагностики, проведено дренажування кістозного утворення стінки ДПК під контролем УЗД, яке дало короткотривалий ефект. На КТ виявлено ектопію тканини підшлункової залози в стінку ДПК. Результат: Проведена діагностична відеоезофагогастродуоденоскопія зі збільшенням та хромоендоскопією FICE 2 режим на відеостійці FUJINON EPX 4450HD та відеогастроскоп FUJINON 590ZW. В ділянці нижньогоризонтальної гілки ДПК виявлено циркулярне звуження просвіту, з втягненням ВДС. Просвіт звужений до 1.0 см, при інсуфляції повітря не розправляється, при інструментальній пальпації щільноеластичної консистенції, слизова гіперемована та набрякла. Висновки: Таким чином в діагностиці такої рідкої патології як ДД, треба тісна співпраця сусідніх спеціалістів, гастроентерологів, хірургів, ендоскопістів та спеціалістів променевої діагностики.

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.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Кафедра хірургії №2

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №2

Метою дослідження є вивчення когнітивних функцій (КФ) у пацієнтів з АГ та ЦД II типу до та після хірургічного лікування каротидних стенозів. Матеріали і методи дослідження. Для дослідження було відібрано 120 пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) і цукровим діабетом (ЦД) II типу, що знаходились у відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні з метою проведення каротидної ендартеректомії (КЕ). Для оцінки особливостей КФ застосовувались експериментально-психологічні методи. Обстеження проводились в три етапи: за 2 дні до операції; на 7 день та через 6 місяців після операції. Результати та їх обговорення. Результати 1-го обстеження за методикою "10 слів" показали зниження об'ємів пам'яті та її продуктивності та статистично достовірне покращення показників на третьому етапі ($p < 0,05$). Відбулась достовірна позитивна динаміка зорової пам'яті ($0,48 \pm 0,01$ - I обст. та $0,67 \pm 0,02$ -III обст.,