

(G.Panozzo, A.Mercanti, 2004; M.Johnson, 2012; T.Lai, 2014). Результаты: В 16,3% случаев, когда МТМ связана исключительно со стафиломой, эффективен пилинг внутренней пограничной мембраны (ВПМ) непосредственно по краям стафиломы. В 83,7% случаях синдром связан с действием внутренней тракции (витреомакулярные спайки и эпиретинальные мембраны), часто в сочетании со стафиломой, что определяет сложность прогнозирования результатов пилинга ВПМ, витрэктомии, тампонады силиконовым маслом, пневморетинопексии. Методы витреоретинальной хирургии успешны в случаях выявления основных тракционных механизмов и комплексного подхода с удалением всех клеточных и стекловидных компонентов текущих или будущих тракционных сил. Однако возможны рецидивы осложнений в связи с потерей хориоретинальной ткани, атрофией пигментного эпителия сетчатки и невозможностью устранения аномальной конфигурации глаза в связи с развитием задней стафиломы. Выводы: Методы витреоретинальной хирургии считаются успешными в лечении МТМ. Существует сложность прогнозирования результатов в связи с малоизученным патогенезом и необратимыми изменениями конфигурации глаза при МТМ. Для снижения риска рецидивов необходима тщательная диагностика и комплексное лечение с прогнозированием возможных будущих тракционных механизмов.

ТОТАЛЬНАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Руденко Д.И.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Лятуринская О.В.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра детской хирургии и анестезиологии

Болезнь Гиршпрунга – врождённый аганглиоз толстого кишечника. Частота встречаемости среди новорождённых – 1:5000, из них до 10% тотальная форма. Нарушения эмбриогенеза на 7-й неделе внутриутробной жизни ведут к аганглиозу всей толстой кишки и части подвздошной кишки. Отсутствие способности аганглионарной зоны к перистальтике приводит к хроническим запорам и вторичному мегаколон. Тотальная форма болезни Гиршпрунга характеризуется поздней выявляемостью (до 3-6 месяцев), картиной тяжёлой тонкокишечной непроходимости, частыми осложнениями и в подавляющем большинстве случаев синдромом короткой кишки. Цель исследования: изучить признаки ранней диагностики и особенности течения тотальной формы болезни Гиршпрунга, проведения лечения и его эффективность. При анализе случаев болезни Гиршпрунга за последние 10 лет, тотальная форма присутствовала в 2-х случаях: в первом случае мама оперировалась в детском возрасте с ректосигмоидной формой болезни Гиршпрунга, во втором – условия работы матери неблагоприятные (работа с лакокрасочными материалами). Дети родились доношенными с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. К груди приложены в родзале. Меконий отошел на 2-е сутки. Склонность к запорам, в последующем рвота желчью и вздутие верхних отделов. На 7-9-е сутки жизни при ирригографии диаметр тонкого кишечника на всем протяжении равномерный в обоих исследованиях. В 12- и 25-дневном возрасте произведены оперативные вмешательства - удаление участка стеноза с наложением илеоасцендоанастомоза конец в бок. На операциях визуально отмечалось уменьшение в диаметре дистальной части подвздошной кишки. Расценено как стеноз подвздошной кишки. При гистологическом исследовании участка подвздошной кишки подозрение на аганглиоз кишечной стенки. На фоне нарастающей клиники кишечной непроходимости в течении месяца выведены концевые илеостомы и проведена полноценная биопсия участка толстого кишечника. Гистологическое и гистохимическое исследования показали повышение активности тканевой ацетилхолинэстеразы и выявлена нейрон-специфическая энлаза. Детям длительно проводилось частичное парентеральное питание ввиду послеоперационного синдрома короткой кишки. Оперативное вмешательство- операция Дюамеля-Мартина с операцией по Болею произведена в возрасте 1 года у одного ребенка. В послеоперационном периоде в течение 2 недель проводилась инфузионная терапия, антибиотикотерапия (цефалоспорины третьего поколения, современный аминогликозид и метрогил), адекватное обезболивание, клинико-лабораторный мониторинг. В последующем в течении 1 года частичное парентеральное питание. На данный момент ребёнку 3 года, растёт и развивается соответственно возрасту. Второй ребёнок готовится к радикальной операции. Выводы: Тотальная форма болезни Гиршпрунга – крайне редкое и тяжело протекающее заболевание. На этапах новорождённости диагноз клинически удаётся поставить в единичных случаях. Обязательно гистологическое и гистохимическое исследования. Оперативные вмешательства проводятся в несколько этапов. Требуется длительные и тяжелые этапы выхаживания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ЛИДОКАИНА ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОМ И ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Савельев Н.А.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Бойко К.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии

Целью работы было сравнить один из эффектов лидокаина – противовоспалительный – у пациентов с острым панкреатитом при перидуральном и в/в введении. Материалы и методы. Проведено исследование 27 пациентов (возраст – 35-55 лет, женщины – 8, мужчины – 17), 1-я - группа контроля,

пациентам 2 группы проводили ЭПА лидокаином в дозировке 80 мг/час, пациентам 3 группы лидокаин вводился в/в в дозировке 1,5 г/сутки; клинический протокол лечения у пациентов стандартный. Сравнительный анализ противовоспалительного действия лидокаина проводился при помощи формул Кальф-Калифа в модификации Островского (1987г., индекс лейкоцитарной интоксикации, ИЛИ), индекса внутрисосудистой альтерации (ИВА, Горбачев С.В. 2009г.). В результате проведенного исследования отмечается снижение ИЛИ и ИВА во 2 и 3 группе пациентов на 2 сутки (2 группа ИЛИ с 12,63 до 2,73; ИВА с 114 до 101; 3 группа ИЛИ с 11,3 до 2,76 и ИВА с 113 до 102) в сравнении с контрольной группой пациентов, у которых тенденция к снижению отмечается на 4 сутки. К 5-м суткам показатели ИЛИ и ИВА в 2 и 3 группах приходили к норме, в контрольной группе на 7 сутки (норма ИЛИ $1,6 \pm 0,5$, ИВА 100-105%). Выводы: перидуральное и в/в введение лидокаина уменьшает воспаление в среднем на 1,5 дня ранее чем без их применения. Лидокаин одинаково эффективно уменьшает воспаление вне зависимости от пути его введения при остром панкреатите.

ПРЕПАРАТЫ ТЕРБИНАФИНА В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

Савенко А.В.

Научный руководитель: проф. Федотов В.П.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической медицины ФПО

Цель: разработать и оценить методики и особенности применения крема и спрея Ламикон в наружной терапии дерматомикозов. Методика: препарат применяли наружно в виде Ламикона крем или спрей в зависимости от клинических особенностей заболевания 1-2 раза в день. Материалы: исследовали грибковые поражения: кандидоз складок – 12 пац., паховый эпидермомикоз - 8 пац., микоз стоп и кистей - 28 пац., дерматомикоз гладкой кожи – 12 пац., рубромикоз – 13 пац., малассезиоз кожи – 22 пац. Результаты: Основные симптомы (кожный зуд, краснота) исчезали уже на 2-3 день лечения. В очагах уменьшилась гиперемия, мокнутия, эпителизировались эрозии, устранялась инфильтрация кожи, наблюдалось обильное шелушение. К 7-10 дню очаги микоза клинически разрешались. Выводы: таким образом, по целому ряду показателей, Ламикон превосходит многие современные наружные антимикотики и не вызывает побочных явлений и осложнений. Препарат Ламикон можно рекомендовать для широкого применения в лечении дерматомикозов с поражением складок и гладкой кожи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗА РЕБЕР ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Савченко С.И., Карпенко Д.О.

Научный руководитель: к.мед.н., ас. Телушко Я.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра медицины катастроф, военной медицины, анестезиологии и реаниматологии

Цель работы: изучить эффективность видеоторакоскопии у больных с закрытой травмой груди при металлоостеосинтезе (МОС) ребер. Материалы и методы. Изучены результаты лечения 55 больных с закрытой травмой груди за 2011-2014 гг. Всем пациентам произведен МОС ребер спицами Киршнера. Для устранения интраплевральных осложнений в 27 случаях (1я группа) выполнены видеоторакоскопические вмешательства, в 28 (2я группа) - торакотомия. Медиана возраста пострадавших составила 55 лет [47;62]. Мужчин 44 (80%), женщин – 11 (20%). Болевой синдром в послеоперационном периоде оценивался по десятибалльной ВАШ на 2, 5 и 10 сутки. Методика периоперационной анальгезии была идентична в обеих группах и соответствовала принципам мультимодальности. Результаты. Средний бал ВАШ боли на 2 сутки составил $4,5 \pm 0,3$ и $5,2 \pm 0,6$ для первой и второй групп, статистически достоверной разницы не наблюдалось ($p=0,23$), что обусловлено болевым синдромом в результате МОС ребер. Однако на 5е сутки отмечено значительное снижение интенсивности боли в 1ой группе – $2,4 \pm 0,4$ в сравнении со 2й – $3,6 \pm 0,3$ ($p=0,031$). Тенденция сохранялась на 10 сутки: 1 группа $1,2 \pm 0,2$, 2я группа – $2,4 \pm 0,4$ ($p=0,027$). Уменьшение болевого синдрома в 1ой группе способствовала ранней активизации больных и сокращению сроков лечения. Медиана койко-дня в 1 группе - 19 суток [18;26,5], во второй – 17 [16;19] ($p = 0,004$). Выводы. Видеоторакоскопия снижает интенсивность послеоперационной боли, способствует уменьшению сроков лечения у больных с травмой груди.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ ІНЕРЦІЙНО-ДЕЛЕЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ В ПРОГНОЗУВАННІ ВАЖКОСТІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ СУДИН РІЗНИХ БАСЕЙНІВ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Садомов А.С., Гончаренко Е.Г., Діденко Ю.В.

Науковий керівник: проф. Візір В.А.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб №2

Враховуючи провідну роль ренін-ангіотензинової системи в реалізації негативних дій факторів ризику серцево-судинних захворювань та розвитку їх ускладнень, особлива увага приділяється ключовому фактору цієї системи ангіотензину II, рівень і активність якого залежить від експресії гену