

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ
«СТУДЕНТИ-НАУКОВЦІ ЗДМУ В СУЧАСНІЙ
МЕДИЦИНІ І ФАРМАЦІЇ – 2019»

в рамках І туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей звань і спеціальностей
у 2018 – 2019 н.р.»

06 – 07 лютого 2019 року

Запоріжжя – 2019

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О.

Заступники голови:

голова студентської Ради Усатенко М., помічник проректора з наукової роботи, проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

перший заступник голови Студентської ради Подлужний Г., члени науково-навчального сектору студради Москалюк А., Скоба В., Гонтаренко Е.

Секретар: Брезицька К.

ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКТИВНІ ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНЕ УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Концесвітна Є.С.

І медичний факультет, V курс

Атеросклероз це одне з найпоширеніших захворювань ХХІ століття в Україні. В загальній структурі серцево-судинних захворювань оклюзійно-стенотичні ураження артеріального русла нижніх кінцівок займають друге місце, поступаючись лише ІХС. По даним ВООЗ частота атеросклеротичного ураження складає 300 випадків на 1 мільйон населення в рік, крім того експерти ВООЗ вважають, що найближчим часом очікується ріст цієї патології на 5-7%. Відомо, що частота рестенозів при реконструкції артерій, досягає 40% від загальної кількості оперативних втручань. Прийнято поділяти реоклюзії по термінам виникнення на: ранні (формуються протягом трьох місяців), відстроченні (що розвиваються до 1,5 років) та пізні (проявляються через 1,5 року). Основною причиною ранньої реоклюзії прийнято вважати похибки в хірургічній тактиці та техніці. Причиною відстроченої реоклюзії є гіперпроліферативні процеси в зоні реконструкції. Пізні реоклюзії виникають внаслідок прогресування атеросклерозу.

Мета. Виявити основні причини необхідності проведення повторних реконструкцій на артеріальному руслі нижніх кінцівок в різні терміни післяопераційного періоду.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз повторних реконструктивних операцій виконаних в клініці госпітальної хірургії ЗДМУ на базі відділення судинної та ендovasкулярної хірургії Запорізької обласної клінічної лікарні з 2016 по 2018 рік. За цей час було прооперовано 31(100%) пацієнт, з них два пацієнта (6,5%) – одразу оперовані на обох нижніх кінцівках. У 18 (58,0%) хворих з загальної групи в різні терміни після операції розвинувся тромбоз, у десяти (32,5%) хворих виявлено аневризму анастомозу, у трьох (9,5%) хворих – гнійно-запальні ускладнення в зоні реконструкції. Пацієнтів булорозподілено на дві групи: У І групу увійшли пацієнти, яким була проведена повторна операція на аорто-клубовому сегменті, кількістю 17 (100%) чоловік, вік яких складає від 48 до 77 років (середній вік - 62,5 років). У восьми (47,5%) хворих виникла гостра ішемія нижньої кінцівки (ГІНК): 1Б ст. – чотирьох (50%) хворих, 2А ст. – двох (25%) хворих, 2Б ст. – двох (25%) хворих. У дев'яти (52,5%) хворих була хронічна ішемія нижньої кінцівки (ХІНК): 1 ст. – двох (22,5%) хворих, 2А ст. – одного (11%) хворого, 2Б ст. – двох (22,5%) хворих, 3 ст. – одного (11%) хворого, 4 ст. – трьох (33%) хворих. У ІІ групу увійшли 14 (100%) пацієнтів, що оперовані на стегново-підколінному сегменті. Її склали 12 чоловіків (85%) та дві жінки (15%), вік яких складає від 53 до 73 років (середній вік - 60,0 років). У чотирьох (28,5%) хворих виникла ГІНК: 1Б ст. – двох (50%) хворих, 2Б ст. – двох (50%) хворих. У десяти (71,5%) хворих була ХІНК: 2А ст. – двох (20%) хворих, 2Б ст. – трьох (30%) хворих, 3 ст. – двох (20%) хворих, 4 ст.–трьох (30%) хворих.

Результати. В структурі післяопераційного ускладнення в І групі переважає тромбоз – десять пацієнтів (58,5%). Тромбоз наступив в різні терміни після операції: в ранній період – один (3%) хворий, в відстрочений – один (3%) хворий, в пізній – вісім (26%) хворих. Результатом проведення повторної реконструктивної операції-є збереження кінцівки. У шести (35,5%) пацієнтів, як причину, було виявлено аневризму- у відстрочений період у одного (3%) пацієнта, у інших п'яти (17%) – в пізній період. Результатом лікування аневризми анастомозу є збереження кінцівки. У одного (6%) пацієнта відбулося гнійне запалення зони судинного алопротезу в ранній післяопераційний період– 3%. Було проведене оперативне лікування - видалення інфікованого протеза з перехресним стегново-стегновим алошунтуванням з позитивним результатом. В ІІ групі переважає тромбоз – у восьми (57%) пацієнтів. У ранній період – двох (6,5%) хворих, в відстрочений – двох (6,5%) хворих, в пізній період – чотирьох (13%) хворих. У всіх пацієнтів проведена повторна реконструктивна операція і кінцівка була збережена. Аневризма розвинулась у чотирьох (28,5%) пацієнтів. У ранній період – двох (6,5%) хворих, у пізній період – двох (6,5%) хворих. Пацієнтам виконана операція – резекція аневризми з реконструкцією дистального анастомозу. В результаті зберегти кінцівку вдалося усім. Запалення зони алопротезу відбулося у двох (14,5%) пацієнтів, в відстрочений період – один (3%) хворий, в пізній період – один (3%) хворий. Результат лікування цих хворих:

збереження кінцівки з ішемією 2А ст. у першого пацієнта, та ампутація нижньої кінцівки в пізній період у другого пацієнта.

Таким чином, було проведено 18 реконструкцій анастомозу з тромбектомією, десять резекцій дистального анастомозу з реконструкцією, два видалення інфікованого алопротезу з репротезуванням та одна ампутація на рівні середньої третини стегна. У одного хворого було тричі проведено повторну реконструкцію артерії (вперше через аневризму анастомозу, вдруге через тромбоз, втретє через аневризму).

Висновки:

1. Провідною причиною повторних реконструкцій є тромбоз в пізній післяопераційний період, який формується завдяки прогресуванню атеросклерозу.

2. Результатом операцій було збереження кінцівок у 97% випадків і лише у 3% випадків була проведена ампутація на рівні середньої третини стегна.

ЕКЗИСТЕНЦІАЛЬНА ПСИХОПАТОЛОГІЯ ВИМІРУ ЕСКАНІЗМУ	49
Ямпонець К.С.	
СУЧАСНА ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО І НЕОНАТОЛОГІЯ	50
CD25+ ІНТЕРЛЕЙКІН-2 РЕЦЕПТОРНЕСУЧІ АКТИВОВАНІ ЛІМФОЦИТИ, ЯК ПРЕДИКТОРНИЙ МАРКЕР СТЕНОЗУЮЧИХ УСКЛАДНЕНЬ У ДІТЕЙ З ДВОСТУЛКОВИМ АОРТАЛЬНИМ КЛАПАНОМ СЕРЦЯ	50
Афанасьєва А.Д.	
ОЦІНКА ПОСТНАТАЛЬНОГО РОСТУ НОВОНАРОДЖЕНИХ З НИЗЬКОЮ ВАГОЮ ЯКІ ПОТРЕБУВАЛИ ТРИВАЛОЇ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ.	51
Газін О.М., Богдан І.І.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	52
Іщенко К.А.	
ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ	53
Кузьо Л.В.	
КРІОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛИТУ В ДИТЯЧОМУ ВІСІ.....	53
Плотнікова К.В.	
ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЗУЮЧОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕННИХ.....	54
Пришвицина Я.В.	
НЕЙРОСОНОГРАФІЯ. ПОКАЗАННЯ ДО НСГ	55
Пустова К.В., Амро А.Т.	
НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ	56
Ройко М.В.	
МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН КІСТКОВО-М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	57
Тисленко В.Г.	
КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВЕРІФІКОВАНИХ ВИПАДКІВ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ З ПОРІВНЯННЯМ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ.....	58
Тищенко Д.Р.	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН РАННЬОЇ НЕОНАТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ І ОБГРУНТУВАННЯ ШЛЯХІВ ПРОФІЛАКТИКИ.....	59
Шемчишина О.Б.	
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ.....	61
СПЕЦИФІЧНІСТЬ ЩІЛЬНОСТІ ПРОСТАТСПЕЦИФІЧНОГО АНТИГЕНУ В ПОРІВНЯННІ З ПАТОГІСТОЛОГІЧНИМ ДОСЛІДЖЕННЯМ ПІСЛЯ ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В РАННЬОМУ ВИЯВЛЕННІ РАКУ ПРОСТАТИ	61
Богун М.Ю.	
ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АНОРЕКТАЛЬНИХ ВАД У НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	62
Давидова А.Ж.	
ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКТИВНІ ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОТИЧНЕ УРАЖЕННЯ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК.....	63
Концесвітна Є.С.	