

составило $3,82 \pm 0,07$ дптр ($p < 0,01$). Иная картина наблюдалась у детей I группы сравнения: увеличение РА составило в среднем $3,2 \pm 0,11$ дптр, ЗОА $2,5 \pm 0,1$ дптр, что выше исходных данных в 2,3 и 1,3 раза ($p < 0,05$). У пациентов основной группы положение БТЯЗ изменяется на расстоянии от глаза в $5,7 \pm 0,21$ см. Выводы. Применение рефракционной терапии у пациентов с миопией способствует улучшению функционального состояния аккомодационного аппарата. Это выражается в повышении резервов аккомодации в 3,8 раза, увеличении запаса относительной аккомодации в 2,8 раза, увеличении БТЯЗ на 2,4 см. Состояние аккомодационной функции полезно в алгоритме дифференцированного подхода к назначению средств оптической коррекции при данном заболевании.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ КИШКОВОГО ІЕРСИНІОЗУ У ДІТЕЙ

Калмиков О.Ю., Москаленко О.В., Пухір В.П.
Науковий керівник: к.мед.н., ас. Сіліна Є.А.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Мета: вивчення деяких епідеміологічних, клінічних і серологічних особливостей кишкового ієрсиніозу у дітей, які мешкають у Запорізькій області. Проаналізували статистичні дані щодо частоти реєстрацій випадків ієрсиніозу та позитивних результатів серологічного обстеження в Запорізькій області. Також проведений ретроспективний аналіз 35 медичних карт стаціонарних хворих дітей, в яких було діагностовано кишковий ієрсиніоз. Для виявлення в сироватці крові пацієнтів специфічних до *Y. enterocolitica* антитіл використовувались діагностичними кішково-ієрсиніозні (антигени О3 та О9) ліофілізовані. Частота виявлення специфічних антитіл була майже однаковою і у мешканців м. Запоріжжя - 8,2 %; і в районах області - 7,1 %. У всіх пацієнтів діагноз було підтверджено лабораторно: наявність специфічних антитіл у діагностичних титрах $\geq 1:200$ та збільшення їх у динаміці спостереження. У всіх хворих захворювання починалося гостро. Температурна реакція була тривалою і зберігалася тиждень та більше. Респіраторний синдром відмічався у 65,7% хворих. Кожен п'ятий скаржився на болі у животі без певної локалізації, що потребувало консультації дитячого хірурга. У 15 % були скарги на болі у суглобах. У кожного третього виявлено екзантему у вигляді дрібно-краплинного висипу на тулубі та кінцівках, ще у всіх хворих – гепатомегалія. Таким чином, труднощі діагностики обумовлені відсутністю специфічних ознак захворювання у інфікованих пацієнтів. Тому кожний випадок лихоманки у дитини, яка триває понад 7 діб, повинен розглядатися як вірогідний випадок ієрсиніозу і з подальшим проведенням специфічного дослідження.

СУТОЧНЫЙ ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА КОМОРБИДНОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Капшитарь Н.И.
Научные руководители: проф. Сыволап В.Д., доц. Каджарян В.Г.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра внутренних болезней 1

Цель. Оценить особенности взаимосвязи показателей систолической и диастолической функции сердца и суточного гликемического профиля (ГП) у больных хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза коморбидной с сахарным диабетом 2 типа путем исследования вариабельности ГП и структурно-функциональных показателей сердца. Материалы и методы. У 46 пациентов, средний возраст 66 (61;72) лет, проводилась эхокардиоскопия (Samsung SonoAse 8000 SE), биохимическое исследование крови, ГП в капиллярной крови (4 раза в сутки), и определение стандартного отклонения и коэффициента вариации ГП. В I группе ($n=20$) фракция выброса (ФВ) левого желудочка сохранена ($>45\%$), во II группе ($n=26$) - снижена ($<45\%$). Результаты исследования. У пациентов II группы по сравнению с I группой отмечалось более высокое стандартное отклонение на 49%, коэффициент вариации на 46%, уровень мочевого кислоты на 22%, креатинина на 16%, С-пептида на 31% и более низкий уровень общего холестерина на 14%. Выявлена прямая корреляционная зависимость коэффициента вариации с креатинином (0,32), и обратная с уровнем холестерина (-0,37), триглицеридов (-0,42), С-пептида (-0,61), ИМТ (-0,35), ТЗСЛЖ (-0,29), ФВ (-0,56), А пик (-0,52). Выводы. У пациентов со сниженной ФВ левого желудочка отмечается более высокая вариабельность гликемического профиля, уровень мочевого кислоты, креатинина, С-пептида, и более низкий уровень общего холестерина в сравнении с пациентами с сохраненной ФВ.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Кемкин В.В.
Научный руководитель: ас. Стешенко А.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской хирургии

Цель исследования. Оценить безопасность методов эндоскопического гемостаза у больных после эндоскопических транспилярных вмешательств. Материалы и методы. В исследование включены 18 (18/233; 7,72%) больных с кровотечением, возникшим во время или после эндоскопической

процедуры. В первую группу включены 11 (11/18; 61,1%) пациентов, которым выполнялась подслизистая инъекция раствора адреналина (1:10000) с орошением спрей-катетером слизистой папиллы. Во вторую группу включены 7 (7/18; 38,8%) пациентов, которым выполнялась аргонплазменная остановка кровотечения (поток 1,5 л/мин, мощность 35 Вт). Обе группы были сравнимы по возрасту, нозологии, уровню риска кровотечения. В отдаленном периоде до 1 года проводилась оценка качества жизни пациентов с использованием международного опросника EORTC QLQ-C30. Результаты. У 3 (3/11; 27,3%) больных 1-й группы и у 3 (3/7; 42,8%) – II-й в послеоперационном периоде отмечалась преходящая гиперамилаземия без клинических событий. Проявления пост-ЭРХПГ панкреатита были у 4 (4/7; 51,1%) пациентов II-й группы. В отдаленном периоде (до 1 года) у пациентов 1-й группы отмечалось достоверно лучшее качество жизни, по данным опросника EORTC QLQ C-30. Выводы. Выбор метода остановки кровотечения при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах должен основываться на принципах минимального инвазивного вмешательства, профилактических мер развития отека и спазма устья главного панкреатического протока. Применение APC-коагуляции является более травматичным методом остановки кровотечения и требует обязательного временного стентирования вирсунгова протока.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Киосов А.М., Курилова Д.В.

Научный руководитель, к.мед.н., доц. Избицкий В.В.

Запорожский государственный медицинский университет,

Кафедра факультетской хирургии, КУ УНМЦ ЗГМУ «Университетская клиника»

Центр диагностической и лечебной эндоскопии

Цель работы: определить возможности и клиническую эффективность комбинированных подходов в лечении ахалазии кардии с использованием эндоскопической пневмокардиодилатации и инъекций ботулотоксина при различных стадиях заболевания. Материалы и методы. Применялись инъекции препарата «Диспорт» и баллонная кардиопневмомодилатация. Содержимое флакона с ботулотоксином развели в 0,9% растворе натрия хлорида, чтобы получить раствор, содержащий 60 ЕД в 1 мл. В каждый из четырех квадрантов НПС производили 2 инъекции по 0,5 мл препарата «Диспорт» с концентрацией раствора 30 ЕД в 0,5 мл на расстоянии 1 см одна от другой. Результаты и их обсуждение. Клинический случай №1. Пациентка И., установлен диагноз: ахалазия кардии II стадии. Проведено комбинированное эндоскопическое лечение: инъекция препарата «Диспорт» в четыре точки кардиального сфинктера и изолированная ЭПКД. Клинический случай №2. Пациент В., установлен диагноз: ахалазия кардии II-III стадии. Пациенту проведена изолированная ЭПКД баллонном Витцеля. Клинический случай №3. Пациент Н., установлен диагноз: ахалазия кардии III-IV стадии, моторно-эвакуаторные нарушения пищевода тяжелой степени, угроза развития спонтанной перфорации. Проведено эндоскопическое лечение ахалазии пищевода комбинированным методом с помощью инъекции препарата «Диспорт» при одномоментно установленном баллоне для дилатации. Выводы: 1. Комбинированный эндоскопический метод значительно улучшает результаты лечения ахалазии пищевода, оказывая прямое воздействие на патогенетические механизмы ее развития. 2. С учетом эффективности лечения ахалазии пищевода инъекцией ботулотоксина и пневмокардиодилатации данный метод можно применять у пациентов с коморбидной патологией и высоким операционным риском как альтернативу лапароскопической кардиомиотомии по Геллеру, особенно у пациентов старших возрастных групп. 3. Неудовлетворительные результаты комбинированного эндоскопического метода лечения ахалазии кардии III-IV стадии в сроки до 2-х месяцев являются показанием к проведению хирургического лечения данной патологии.

КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ НА ПСОРІАТИЧНУ ХВОРОБУ

Кірієнко В.О., Аббуд Аймен

Науковий керівник: Федотов В.П.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО

Псоріаз – поширений папуло-сквамозний дерматоз мультифакторної природи з хронічним рецидивуючим перебігом. На сьогоднішньому етапі дослідники відмічають, що взаємовплив захворювань, віку, статі, медикаментозного патоморфозу значно змінюють клінічну картину і перебіг псоріатичної хвороби, погіршують якість життя хворого, а також ускладнюють лікувальні заходи. Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення у хворих на псоріатичну хворобу сукупності коморбідних станів. Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилося 60 хворих на псоріатичну хворобу. Результати. При детальному вивченні коморбідних станів у хворих на псоріаз виявлено, що у 45 (75%) пацієнтів відмічається підвищення маси тіла. При цьому, у чоловіків з підвищеною вагою найбільш часто зустрічається патологія серцево-судинної системи, а також захворювання шлунково-кишкового тракту. Слід відмітити, що зазначені патологічні стани зустрічалися достовірно частіше у хворих на псоріаз з підвищеною вагою у порівнянні із хворими без підвищення ІМТ. У жінок, хворих на псоріаз із підвищеною масою тіла, найбільш частіше зустрічались захворювання ендокринної системи, кардіоваскулярна патологія, а також захворювання шлунково-кишкового тракту у порівнянні із хворими на