

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО- МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

UKRAINIAN
SCIENTIFIC
MEDICAL
YOUTH
JOURNAL

ISSN 1996-353X
ISSN 2311-6951



www.nmu.ua

**WORLD
HEALTH DAY**
#safefood **2015**

www.mmj.com.ua

СПЕЦІАЛЬНИЙ ВИПУСК
№ 1 (85) 2015

ULRICH'S
PERIODICALS DIRECTORY

The global source for periodicals information since 1932



ISSN 1996-353X

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ВИДАННЯ

Спеціальний
випуск № 1 (85)
2015

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ МОЛОДІЖНИЙ ЖУРНАЛ

Засновник – Національний
медичний університет
імені О.О. Богомольця
МОЗ України

Періодичність виходу
4 рази на рік.

Журнал внесено до переліку
фахових видань
з медичних наук
(постанова Президії
БАК України)

№1-05/8 від 22.12.2010 р.)
Реєстраційне свідоцтво
КВ № 17028-5798ПР.

Рекомендовано
Вченою Радою
НМУ імені О.О. Богомольця
(протокол № 7
від 12 березня 2015 р.)

Усі права стосовно
опублікованих статей
залишено за редакцією.
Відповідальність за добір
та викладення фактів
у статтях несуть автори,
а за зміст рекламних
матеріалів – рекламодавці.
Передрук можливий за згоди
редакції та з посиланням
на джерело.

До друку приймаються
наукові матеріали,
які відповідають вимогам
до публікації в даному
виданні.

Видавець
ТОВ "Видавництво "КІМ"
Свідоцтво ДК № 2888
від 03.07.2007 р.

Підписано до друку
31.03.2015 р.
Формат 60х84/8
Друк офсетний
Папір офсетний
Тираж 500. Зам. № 004-15.

Адреса
для кореспонденції:
Редакція Українського
науково-медичного
молодіжного журналу,
науковий відділ,
бул. Т. Шевченка, 13,
м. Київ 01601

www.nmtj.com.ua
Телефон (044) 466-53-68
E-mail: 4665368@ukr.ua

© Національний медичний
університет
імені О.О. Богомольця, 2015
www.nmtj.com.ua

Видається за наукової підтримки Національної академії наук України
та Національної академії медичних наук України

Представлений в Ulrich's International Periodicals Directory
Видання індексується Google Scholar, Science Index, Index Copernicus

Головний редактор: Ковальчук О.І.

Заступник головного редактора: Мороз В.В.

Відповідальні секретарі: Антоненко О.В., Радиш Г.В.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Амосова К.М. (голова ред. ради), Антоненко М.Ю., Бардов В.Г., Боднар П.М.,
Бур'янов О.А., Булах І.Є., Бутенко Г.М., Васильєва І.В., Венцківський Б.М.,
Волосовець О.П., Голубовська О.А., Гринь В.К., Грузєва Т.С., Дронов О.І.,
Дубров С.А., Запорожан В.М., Захараш М.П., єпископ Іларій (Шишковський Є.С.),
Іоффе О.Ю., Книшов Г.В., Колеснікова І.П., Крамарьов С.О., Кремень В.Г.,
Кундієв Ю.І., Лазоришинець В.В., Лизогуб В.Г., Майданник В.Г.,
Максименко С.Д., Маланчук В.О., Михайличенко Б.В., Міхньов В.А.,
Мішалов В.Г., Мойбенко О.О., Мороз В.М., Музиченко П.Ф., Науменко О.М.,
Неспрядько В.П., Нетяженко В.З., Ніженковська І.В., митрополит
Олександр (Драбинко О.М.), Омельчук С.Т., Петренко В.І., Пиріг Л.А.,
Розенфельд Л.Г., Романенко О.В., Сердюк А.М., Скрипник Р.Л., Соколова Л.І.,
Степаненко В.І., Тяжка О.В., Фомін П.Д., Хайтович М.В., Хоменко Л.О.,
Цехмістер Я.В. (заступник голови), Цимбалюк В.І., Чазов Є.І. (РФ),
Чайковський Ю.Б. (заступник голови), Чалий О.В., Чекман І.С., Черкасов В.Г.,
Чешук В.Є., Ширококов В.П., Яворовський О.П., Яременко О.Б.,
Chorostowska-Wynimko Joanna (Польща), Freitas Jr. Robert A. (США),
Kowalski Janusz (Польща), Lotti Torello (Італія), Pace Joseph L. (Мальта),
Tsankov Nikola (Болгарія).

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Антонюк О.Я., Бичкова Н.Г., Божук Б.С., Болтянський В.В., Вельчинська О.В.,
Вітовська О.П., Волков К.С., Володій М.О., Волосовець А.О., Волох Д.С., Гапонова К.В.,
Давтян Л.Л., Демченко І.С., Ішук В.О., Карвацький І.М., Кораленко В.В., Кузьміна Д.Р.,
Курбанов А.К., Курченко А.І., Ліходівський В.В., Лисенко О.Ю., Маликов О.В.,
Малунова Г.Д., Мелкумян Г.А., Мельник В.С., Мойсєєнко В.О., Мурланова К.С.,
Мсведєєв В.В., Наумова Л.О., Небесна Т.Ю., Парій В.Д., Петелицька Л.Б., Петросян А.А.,
Покотило О.А., Полова Ж.М., Попович В.П., Приступок Л.О., Пузиренко А.М.,
Редькіна О.А., Рибачук А.В., Рижкова Т.А., Савчук О.М., Сарафенюк Л.А., Саханда І.В.,
Свінцицький А.С., Сокурєнко Л.М., Степаненко Р.Л., Стеченко Л.О., Сятиня М.Л.,
Тарасюк Т.В., Тімохіна Т.О., Ткаченко М.М., Устїнов С.І., Фіщенко Я.В., Цуркан О.О.,
Шандюк В.Ю., Ярмолюк Є.С.

печення хороших результатів лікування з мінімальним травмуючим впливом на організм пацієнта.

Summary. SPTLCE has more advantages than disadvantages above, so this technique is a promising type of surgery for wide implementation in practice of surgeons to ensure good treatment results with minimal traumatic effect on the patient.

СУЧАСНІ МЕТОДИКИ МАЛОІНВАЗИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ГОСТРИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

MODERN TECHNIQUES OF MINIMALLY INVASIVE DRAINAGE ACUTE PERFORMANCE LIQUID ACCUMULATIONS IN ACUTE PANCREATITIS

Захарук Є.Л., Пахалюк С.І., Насташенко І.Л. /
E. Zacharuk, S. Pahaluyk, I. Nastashenko

Науковий керівник: д.мед.н., професор О.І. Дронов
Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра загальної хірургії №1
(зав. каф.: д.мед.н., професор О.І. Дронов)
м. Київ, Україна

Актуальність. Гострий панкреатит (ГП), особливо його деструктивні форми, є важким захворюванням органів черевної порожнини, що займає лідируючі позиції в клініках невідкладної хірургії. За ГП міцно утвердилось третє місце в структурі абдомінальної патології – близько 12,5%. Неухильно зростає кількість його деструктивних форм, що складають до 5-10% пацієнтів хірургічного профілю. Стабільно високою залишається летальність при важкому ГП – 20-45%. При розвитку інфекційних ускладнень панкреонекрозу летальність досягає 85%. Нерідко ГП супроводжується утворенням рідинних скупчень (РС): гострі парапанкреатичні РС і постнекротичні інтра- і парапанкреатичні РС, панкреатичні псевдокісти чи відмежований некроз підшлункової залози. РС можуть бути стерильними та інфікованими.

Мета. Проаналізувати клінічну ефективність застосування малоінвазивних методів дренивання гострих РС.

Матеріал і методи. Лікування гострих РС може проводитись консервативно, пункційно – з одномоментною аспірацією їх вмісту, або ж з постійним дрениванням їх порожнини. Постійне дренивання РС може призводити до їх інфікування, що в подальшому набагато ускладнює лікування даних станів. Малоінвазивне дренивання може виконуватись за допомогою таких методів, як: черезшкірне дренивання під контролем сонографії чи комп'ютерної томографії, ендоскопічні транслюмінальні, транспаплярні і відеолапароскопічні втручання.

Результати та їх обговорення. ГП запускає синдром системної запальної відповіді, що призводить до поліорганної недостатності з фатальними наслідками. Застосування сучасних малоінвазивних методик у хворих з ГП за

наявності РС дозволяє покращити результати лікування пацієнтів даної групи.

Висновок. 1. При наявності інфікування РС у хворих з ГП показано виконання їх пункції з подальшим дрениванням. 2. При відсутності ознак інфікування пункція показана при наростанні больового синдрому.

Summary. The feasibility of using minimally invasive techniques sharp drainage of acute accumulation in acute pancreatitis and prevent the induction of systemic inflammatory response syndrome.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З PH-МЕТРІЄЮ У ХВОРИХ НА АХАЛАЗІЮ СТРАВОХОДУ

RESULTS OF ENDOSCOPY WITH A PH-METER IN PATIENTS WITH ACHALASIA

Назаров Я.С., Курбанов А.К. / Y. Nazarov, A. Kurbanov

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії № 3
(зав. каф.: академік НАМН України, д.мед.н.,
професор П.Д. Фомін)
м. Київ, Україна

Ахалазія стравоходу (АС) – важке нервово-м'язове захворювання стравоходу, що характеризується порушенням прохідності стравохідно-шлункового переходу і зниженням тону стравоходу, що веде до прогресуючої дисфагії і виникнення важких ускладнень (хронічний езофагіт, кровотечі, легеневі ускладнення, рак стравоходу). Одним із високоінформативних методів в діагностиці АС вважається ендоскопічне дослідження. Метод дозволяє візуально охарактеризувати стан слизової оболонки стравоходу, визначити його просвіт, еластичність стінок, поширеність патологічного процесу. Даний діагностичний метод дає можливість виявити зміни діаметру і форми стравоходу, зміни в області кардіального сфінктера, явища езофагіту, виконати біопсію, а також обстежити шлунок і дванадцятипалу кишку.

Мета – вивчити рівень рН черевного відділу стравоходу у хворих на АС за допомогою ендоскопії.

Методика дослідження. Ендоскопічне дослідження всіх хворих проводилось гнучким волоконним фіброендоскопом "Olympus GIF-XQ30" з біопсією. Для оцінки функціонального стану слизових оболонок шлунка і стравоходу в режимі реального часу використовували метод комп'ютерної ендоскопічної експрес-рН-метрії із застосування двохелектродного рН-зонда "AG-IrH-M".

Результати. Проведений аналіз ендоскопічного дослідження стравоходу у 10 хворих на АС. З них жінок – 4, чоловіків – 6. За віком пацієнтів розділено на дві вікові групи: до 60 років та старші 60 років. Результати коливались від вираженої гіперактивності до гіпоактивності, з них у 2 хворих нормаактивність, абсолютна виражена гіпера-

цидність у 2 хворих, виражена гіперацидність у 2 хворих, абсолютна помірна гіпоацидність у 2 хворих, помірна гіпоацидність у 1 хворого, тотальна гіпоацидність у 1 хворого.

Summary. Fluctuations of abdominal esophagus pH in achalasia patients have shown no patterns. The range of pH showed hypochlorhydria to hyperchlorhydria. All AE patients, especially older ones, needed endoscopic study of esophagus and pH-level.

АНАЛІЗ ДОСВІДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

ANALYSIS OF EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF MORBID OBESITY

Чернишов Д.М. / D. Chernyshov

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Насташенко І.Л.
Національний медичний університет
імені О.О.Богомольця

Кафедра загальної хірургії №1
(зав. каф.: д.мед.н., проф. Дронов О.І.)
м. Київ, Україна

Актуальність. У більшості розвинутих країн світу на ожиріння страждає від 15% до 25% дорослого населення. Відсутність стійкого ефекту в лікуванні хворих з морбідним ожирінням (МО) терапевтичними методами і прогресування зв'язаних з ним захворювань сприяло розробці більш ефективних методів лікування. На сьогоднішній день бариатрична хірургія – найбільш ефективний метод лікування МО.

Мета. Провести порівняльну оцінку існуючих методів хірургічного лікування МО.

Бариатрична хірургія – це оперативна зміна анатомії шлунково-кишкового тракту, в результаті чого змінюється об'єм поглинутої та засвоєної їжі, пацієнт поступово і рівномірно втрачає загальну масу тіла. Сьогодні в бариатрії використовується декілька видів операцій:

- бандажування шлунка (gastric banding)
- поздовжня гастропластика (sleeve gastrectomy)
- шунтування шлунка (gastric bypass)
- біліопанкреатичне шунтування (biliopancreatic bypass)

Бандажування шлунка (БШ) полягає у встановленні силіконового кільця на верхню частину шлунка, яке зовні обмежує його об'єм. БШ передбачає зниження маси тіла до 50%, ефективність БШ при ІЦД 2 типу – 56%. Переваги БШ полягають у зворотності та технічній простоті операції. Недоліком БШ є необхідність регулювання бандажа та висока частота ускладнень.

Шунтування шлунка (ШШ) включає накладання анастомозу між зменшеним за об'ємом шлунком та тонкою кишкою. Прогнозоване зниження маси тіла на 65-70%, ефективність при ІЦД 2 типу – 80%. Недоліком ШШ ймовірність демпінг-синдрому та необхідність пожиттєвого прийому вітамінів та мікроелементів.

Поздовжня гастропластика (ПГ) полягає у формуванні із шлунка поздовжньої трубки об'ємом 80-150мл. Зниження маси тіла на 65%, ефективність при ІЦД 2 типу – 90%. Перевагами методу є висока ефективність, відносно невеликий об'єм оперативного втручання. При необхідності є можливість переходу на БПШ.

Біліопанкреатичне шунтування (БПШ) включає поздовжню гастропластику та часткове виключення жовчі та панкреатичного соку з процесу травлення. Зниження маси тіла на 70-80%, ефективність при ІЦД 2 типу – 99%. Даний метод є найефективнішим, але передбачає ряд ускладнень – діарея, зміна характеру випорожнень та газів – які суттєво погіршують якість життя пацієнта.

Висновок: На сьогоднішній день методом вибору при лікуванні МО є поздовжня гастропластика. Кишківник при цьому інтактний, відсутній демпінг-синдром, непрохідність та дефіцит вітамінів, а втрата ваги близька до БПШ та гастрощунтування.

Summary. Bariatric surgery is a safe and effective treatment option for those affected by severe obesity. Bariatric surgery is a recognized and accepted approach for both weight-loss and many of the conditions that occur as a result of severe obesity.

ЗМІНИ СКОРОТЛИВОСТІ МІОКАРДУ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ПУПОВИННОЇ КРОВІ У ХВОРИХ З КАРДІОМІОПАТІЄЮ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

CHANGES IN MYOCARDIAL CONTRACTILITY AFTER CORD BLOOD STEM CELL TRANSPLANTATION IN PATIENTS WITH ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY

Якушев А.В. / A. Yakushev

Національний інститут хірургії
та трансплантології імені О.О. Шалімова
НАМН України
м. Київ, Україна

Актуальність. Одним з нових та перспективних підходів до лікування серцевої недостатності (СН) є трансплантація стовбурових клітин (ТСК). В ході низки досліджень було показано, що ТСК призводить до покращення зниженої скоротливої здатності лівого шлуночка (ЛШ), проте клінічних даних на сьогодні ще недостатньо. Тому, метою роботи був аналіз впливу трансплантації стовбурових клітин пуповинної крові на знижену скоротливу здатність міокарду.

Матеріал і методи. Дослідження базувалося на поетапному (до ТСК, і 3 місяці після ТСК) аналізі перебігу післятрансплантаційного періоду у пацієнтів з СН стадії Іа-Іб, ІІ-ІV функціональним класом за NYHA та фракцією викиду (ФВ) ЛШ < 35 %.

Для оцінки стану внутрішньосерцевої гемодинаміки (ВсГ) використовували загальноприйняті методи ЕхоКГ. При напівкількісній оцінці порушень локальної скоротли-