Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця
Студентське наукове товариство
імені О.А. Киселя

ТЕЗИ

58 науково-практичної конференції студентів та молодих вчених Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з міжнародною участю

"АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ"

28-31 жовтня 2003 року

м. Київ, Україна

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРЦА

TRANSPLANTATION OF THE HEART

Шидловський І.В., Ільченко В.В.
Науковий керівник: доцент Храпач В.В.
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
м. Київ, Україна
Кафедра госпітальної хірургії №2 (зав. каф. - проф. Мішалов В. Г.)

Главной проблемой пересадки сердца является дефицит донорских органов, который можно решить тремя путями – ксенотрансплантация, создание длительно работающего искусственного сердца и получение органов с помощью клонирования.

Основные причины ранней летальности при пересадке сердца – недостаточность трансплантанта, инфекционные осложнения, реакции отторжения.

Сердечную деятельность можно поддерживать, используя: адреналин, дигоксин, окись азота, контрпульсацию.

Инфекционные осложнения: применение антибиотиков, противовирусных препаратов, плановая вакцинация реципиентов от вирусных гепатитов.

Для профилактики реакции отторжения используют азатиоприн (имуран), циклоспорин-А, метилпреднизолон, иногда – антилимфоцитарный глобулин. Назначение антикоагулянтов (гепарин) и диеты со сниженным содержанием жиров уменьшает реакции отторжения до 4,5%.

Для диагностики реакции отторжения используют эндомиокардиальную биопсию, данные ЭКГ (снижение вольтажа, аритмии).

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МАММОПЛАСТИКИ

THE ANALYSIS OF RESULTS OF ESTHETIC MAMMOPLASTIC

Юрченко Д.А., Рыбинкина И.Ю., Дубовой А.Д., Татаренко М.М.
Научный руководитель: к.м.н., доцент Храпач В.В.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина
Кафедра госпитальной хирургии №2 с курсом грудной и сосудистой хирургии
(зав. каф. – профессор Мишалов В.Г.)

Оперативная коррекция косметических дефектов молочных желез – одна из наиболее распространенных и сложных сфер деятельности пластического хирурга.

В отделении пластической и реконструктивной хирургии Центральной городской клинической больницы – клинической базе кафедры госпитальной хирургии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца эстетическая маммопластика выполняется с 1992 года.

Произведен анализ результатов операций у 338 пациенток возрастом от 18 до 62 лет, имеющих следующие диагнозы: Гипомастия (186); птоз молочных желез 1-2 степеней (62), 3 степени (46); гипермастия (34); аномалии развития молочных желез (4); гермафродитизм, трансексуализм (6).

Были выполнены следующие операции:

1. Эндопротезирование молочных желез имплантантами объемом от 150 до 450 мл – произведено в 186 случаях, из них периареолярным доступом у 86,1 %, по инфрамаммарной складке у 13,9 %, в т.ч. с одномоментной мастопексией у 0,8 %.
2. Редукционная маммопластика – у 34 (8,9 %).
3. Мастопексия – в 108 случаях (28,4 %).

Применялись следующие методики мастопексии и редукционной маммопластики (142 случая): Мастопексия по Aries - 3 (2,2 %), Pitanqui-Bozola - 125 (88 %), передняя пластика периареолярным циркулярным доступом - 6 (4,2 %). Косой и фигурные доступы применялись при атипичной пластике в модификации клиники у 8 (5,6 %) пациенток с аномалиями развития и ряде повторных маммопластик.

Реэндопротезирование выполнено у 16 больных, повторные мастопексии и редукции выполнены у 12 пациенток (8,4 %), которым первичные операции выполнены в других клиниках.

Получены следующие результаты (период наблюдения 1-8 лет):

1. Хороший результат достигнут у 98,3 % пациенток. На протяжении 5 лет сохраняется четкая фиксация опорного кожно-железистого лоскута при использовании данной методики при маммопластике.
2. Отторжение имплантов наблюдалось у 2 пациенток в период 2-6 недель после операций, что потребовало их удаления и повторного эндопротезирования через 8-10 месяцев с хорошим эстетическим результатом.
3. Капсулярный фиброз 1 степени отмечался у 4,3 % из числа опрошенных, кальциноз капсулы у 1 (0,5 %).
4. Чувствительность сосков сохранена по данным опроса у всех пациенток, одна больная обратилась через 2 года после операции с жалобами на гиперчувствительность сосков, не потребовавших коррекции.
5. Проблем с послеоперационными рубцами не наблюдалось при четком соблюдении требований - кожа только «чехол», оболочка.

Выводы: Соблюдение критерия соответствия типа косметического дефекта молочной железы и выбранной методики операции при тщательном ее выполнении является первостепенным фактором достижения желаемого эстетического результата.

ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА ПРИ ТРАНССЕКСУАЛИЗМЕ

Юрченко Д.А.
Научный руководитель: к.м.н.,доцент Храпач В.В.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца,
г. Киев, Украина
Кафедра госпитальной хирургии №2 с курсом грудной и сосудистой хирургии
(зав. каф. - профессор В.Г.Мішалов)

В связи с популяризацией возможности смены пола хирургическим путем, число желающих выполнить данную операцию возросло в Украине почти вдвое. К сожалению, нет единой точки зрения об объеме оперативного вмешательства во время первых этапов хирургической коррекции пола у транссексуалов.

В отделении пластической и реконструктивной хирургии Центральной городской клинической больницы г. Киева - выполнение отдельных этапов коррекции пола началось с 1997 года. Все операции по коррекции пола производились после получения пациентами разрешения в соответствующей комиссии МЗ Украины. Нами произведено маскулинизирующих маммопластик - 26, гистерэктомий - 14, фаллопластик - 2; М/Ж- трансформаций - 4 человека. Возраст больных составлял от 22 до 33 лет.

Выполнялись следующие группы операций во время этапа хирургической коррекции пола при Ж/М трансформации: 1. Одномоментно экстирпация матки с обеими придатками, маскулинизирующая маммопластика (5); 2. Экстирпация матки с обеими придатками, маскулинизирующая маммопластика, аппендэктомия (6); 3. Маскулинизирующая маммопластика; 4. Экстирпация матки с придатками. Показанием к выполнению одноэтапно только одной операции (пп.3,4) являлось - в одном случае ожирение 3 степени, в трех- уже выполненная одна из операций в другом учреждении.

Маскулинизирующая маммопластика выполнялась одноэтапно посредством только периареолярных разрезов независимо от размера и степени птоза молочных желез с применением эндоскопической техники. При фаллопластике применялся свободный реваскуляризированный кожно-мышечный торако-дорзальный лоскут с использованием микрохирургической техники. Койко-день составлял – от 3 до 12 суток.

При хирургической коррекции пола в случаях М\Ж трансформации производилась кастрация, субтотальная резекция кавернозных тел, формирование неовлагалища методом пенальной инверсии в модификации Миланова Н.О., Адамяна Р.Т., что позволило одномоментно создать наружные половые органы максимально адекватные женским в эстетическом отношении.

Нами сформулированы оптимальные объемы операций коррекции пола у транссексуалов, выполняемые во время одного этапа: при ж/м и м/ж трансформации. В результате проведенных операций все пациенты сменили гражданский пол, большинство имеет постоянных половых партнеров, восемь - находятся в браке, у шести в семье имеются дети, что также подтверждает достижение основной цели хирургической коррекции пола у данных больных - социальной адаптации.