

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

радикально видаляється джерело патологічного кілінга тромбоцитів. На жаль у частини хворих після СЕ спостерігається рецидування захворювання. Існує припущення, що це зумовлено розвитком спленозу в результаті травматизації пульпи селезінки під час оперативного втручання та її диссимінації по черевній порожнині, а регенерована селезіночна тканина набуває всіх патологічних властивостей видаленої селезінки.

Мета: Вивчити частоту рецидування ХВ у хворих після спленектомії та визначити роль постспленектомічного спленозу у його розвитку.

Матеріали та методи. За період 1990–2015 роки в хірургічному відділенні СОКЛ з приводу гематологічних захворювань виконано 56 СЕ, серед них у хворих з ХВ – 25 (44,6%). Жінок було - 18 (72 %), чоловіків – 7 (28 %). Співвідношення ж/ч 3:1. Вік хворих коливається у межах 16 – 62 років. У хворих використовувалася традиційна СЕ лапаротомним доступом. Клініко-лабораторне і інструментальне обстеження включало загальноклінічні методи (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограму, рентгенографію органів грудної клітки, ЕКГ), специфічні дослідження формених елементів крові (ретикулоцитограма, тромбоцитограма, визначення осмотичної резистентності еритроцитів, визначення дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly), дослідження клітинного складу кісткового мозку, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Результати. Рецидив захворювання після СЕ спостерігався у 9 (36 %) прооперованих хворих, з приводу чого вони були повторно госпіталізовані для консервативного лікування. Ділянки ектопічної селезінкової тканини розмірами від 1,5 до 4см у великому сальнику, у лівому підребер'ї чи над лівою ниркою діагностовані за допомогою ультрасоноскопії у 6 (66,7%) із них. Підтвердженням функціонуючої селезіночної тканини у цих хворих була відсутність дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly у периферійній крові.

Висновки. Спленектомія є ефективним методом лікування хвороби Верльгофа, стійка ремісія після неї досягнута у 74% хворих. У більшості (66,7%) прооперованих хворих рецидування захворювання зумовлено розвитком післяспленектомічного спленозу.

ПОРІВНЯЛЬНА ТАКТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ЙОГО УСКЛАДНЕННІ – РЕАКТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ.

Олісеєнко Д.В., магістрант, Антоненко О.М., магістрант, Шевченко О.О., лікар-інтерн, Чубун Д.В., лікар-хірург

Науковий керівник – д.мед.н., проф., Леонов В.В.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність: Реактивний плеврит є одним з ускладнень гострого панкреатиту, тому раціональна антибіотикотерапія дає змогу зменшити його прояви, внаслідок ліквідування основного захворювання.

Мета роботи: Визначення ефективності антибіотикотерапії щодо перебігу ускладнення гострого панкреатиту – реактивного плевриту.

Матеріали та методи: Проведено аналіз ефективності антибіотикотерапії у 20 хворих з гострим панкреатитом, у яких виникло ускладнення в вигляді реактивного плевриту за період з 01.08.2014 по 28.02.2015 у хірургічному відділенні КУСМКЛ № 1.

Результати: 15 хворим з гострим панкреатитом проводилась антибіотикопрфілактика препаратом «бліцеф» (цефтріаксон), у дозі 1,0 2 рази на добу, до 7 днів, до нормалізації рівня лейкоцитів крові. Паралельно проводились плевральні пункції. На 3 день застосування антибіотику кількість плеврального ексудату зменшилась у всіх 15 хворих. У 3 хворих виникло тяжке ускладнення – панкреонекроз, тому було необхідне застосування антибіотиків з більшим спектром антимікробної дії – у всіх 3 випадках застосовувався «позінег» (цефепім), в дозі 1,0 2 рази на добу до 10 днів, також «оргіл» (орнідазол), у дозі 100 мл в/в крапельно 2 рази на добу, враховуючи важкість перебігу захворювання. У всіх хворих з асептичним панкреонекрозом також виник ексудативний

реактивний плеврит, всім проводились щоденні плевральні пункції. У 2 хворих при першій пункції рівень ексудату становив 400 та 450 мл відповідно, ще у одного хворого 350 мл ексудату. Після комплексної терапії із застосуванням антибіотикотерапії кожна наступна пункція давала більш позитивні результати з меншою кількістю плевального ексудату, також спостерігалось покращення всіх лабораторних та клінічних показників. У всіх 3 випадках захворювання завершилось формуванням постнекротичної псевдокісти та повним ліквідуванням явищ плевральної ексудації. У 3 хворих антибіотикотерапія не проводилась через легкий перебіг захворювання та згідно стандартам надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота.

Висновки: Вчасна та правильно проведена антибіотикотерапія та антибіотикопротекція дає змогу ліквідувати всі явища такого важкого захворювання як гострий панкреатит, та одного з його ускладнень – реактивного плевриту. Але, всі ці дії повинні проводитись разом з повноцінною терапією, яка включає весь спектр лікування гострого панкреатиту – антисекреторна терапія, спазмолітики, застосування інгібіторів протеаз, аналгетичні засоби, інфузійна терапія, постановка перидурального катетеру, плевральні пункції.

РЕАКТИВНІ ПЛЕВРИТИ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ: БІОХІМІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ЕКСУДАТУ

Олісеєнко Д.В., магістрант, Антоненко О.М., магістрант, Шевченко О.О., лікар-інтерн, Чубун Д.В., лікар-хірург

Науковий керівник – д.мед.н., проф., Леонов В.В.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність: Одним з ускладнень при гострому панкреатиті є виникнення реактивного плевриту, при якому в плевральній порожнині секретується надмірна кількість плевральної рідини, тому лабораторне дослідження якісного складу рідини є вкрай важливим прогностичним фактором.

Мета роботи: Визначення біохімічних складових у плевральній рідині та їх значення при прогнозуванні тяжкості перебігу основного захворювання – гострого панкреатиту.

Матеріали та методи: Досліджувався плевральний ексудат, отриманий при плевральній пункції у 12 хворих. Пункції проводились з 01.12.14 до 20.02.15. Досліджувались наступні показники – рівень глюкози, загального білка, діастази, рН. У всіх хворих досліджувалась рідина, отримана при першій пункції, саме ці дані будуть наведені.

Результати: Всім 12 хворим з реактивним плевритом проводилась плевральна пункція відразу ж після постановки діагнозу – реактивний плеврит. Кількість ексудату, який отримали, була різною – від 35 мл до 400 мл максимум. Рідина відразу набиралась в стерильні пробірки та досліджувалась у лабораторії КУСМКЛ №1. Результати: рівень діастази: у 5 хворих становив 1024 од, у 3 хворих 512 од, у 2 хворих 128 од, та ще у 2 – 8192; рівень глюкози – у всіх хворих варіював у межах – 3,2-3,6 ммоль/л; рівень білка- у всіх випадках більше 30 г/л, що підтверджувало ексудативний характер випоту; рівень рН – у 4 хворих рівень рН склав – 6,9, що вказує на інфекційну етіологію, у всіх інших від 7,1 до 7,3. Була виявлена кореляція, що у хворих з високим рівнем діастази (2 хворих) та з низьким рівнем рН (4 хворих) захворювання перебігало більш важко та з більшим періодом одужування, у одного хворого виник асептичний панкреонекроз, йому було виконане оперативне втручання – лапаротомія, дренажування сальникової сумки, санація та дренажування черевної порожнини, також було виконано дренажування плевральної порожнини за Бюлау.

Висновки: Дослідження плеврального ексудату, а саме визначення рівню діастази та рН дає змогу прогнозувати тяжкість перебігу основного захворювання – гострого панкреатиту, визначитись з тактикою лікування та своєчасністю її надання.