

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

84 пацієнта лікували за допомогою (ЕВЛК) апаратом BIOLITEC-1470. Ефективність оцінювали за такими критеріями: інтенсивний больовий синдром спостерігався в 3й групі в 49 (94.23%), 1й і 2й відсутній; підшкірна гематома в 3й групі в 22 (42.31); інфільтрати в 1й групі 3 (5.66%), в 2й групі 4 (7.48%), 3й групі 14 (26.92%); лімфорей в 1й групі 1(1.87%), 2й 1(1.96%), 3й 6(11.54%); набряк гомілки в 1й 4 (7.55%), 2й 5 (9.80%), 3й 11(21.15%); порушення шкірної чутливості в 1й 4(7.54%), в 2й 3 (5.88%), в 3й 12 (23.07%); тромбофлебіт в 1й 2(3.77%), 2й 2(3.92%), в 3й відсутні. Тривалість перебування в стаціонарі (ліжко-днів) в середньому в 1й і 2й групі 1 ± 0 , в 3й $5,20 \pm 0,16$; тривалість відновлення повної фізичної активності (доба) в 1й $2,80 \pm 0,12$, в 2й $3,20 \pm 0,14$, в 3й $12,30 \pm 0,32$; тривалість відновлення трудової активності (доба) в 1й $6,20 \pm 0,43$, 2й $6,40 \pm 0,41$, 3й $26,40 \pm 0,57$; косметичний ефект втручання в 1й і в 2й групі пацієнти трактували як добрий - загалом, в 3й незадовільний і задовільний; У терміни до 3 років після операції оглянуто 48 пацієнтів першої групи, 52 — другої і 24 — третьої. В усіх хворих спостерігали випадки рецидиву хвороби, причиною яких стали не лікувальні помилки, а подальше прогресування патологічного процесу. Різниця щодо кількості рецидивів у всіх групах була незначною: після ІКМСФ — 3 (2,58 %); після ЕВЛК — 5 (4,23 %), після стандартної флектомії — 2 (8,33 %) (різниця щодо першої групи статистично незначуща; $p > 0,05$).

На противагу 3м групам в 4й групі, яка лікувалася за допомогою (ЕВЛК) апаратом BIOLITEC-1470 – спостерігали: через 1 год після операції пацієнт своїми ногами покидає лікарню; операція є безболісною, відчуваються лише легенькі проколи від введення анестетика в тканини навколо вени; здійснюють лише проколи без швів і розрізів, як наслідок відмінний косметичний ефект; післяопераційний період не потребує ін'єкцій знеболення; пацієнт приступає до роботи в залежності від її навантаження; лімфорей, гематома, набряк, порушення чутливості, тромбофлебіти не виявлялися, рецидивів не спостерігалось.

Висновки. Таким чином, застосування (ЕВЛК) апаратом BIOLITEC-1470 для лікування ВХНК, можна вважати найкращим методом на теренах України.

СИНДРОМ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА ЯК ПЕРЕДУМОВА ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ.

Маюра Н.А., аспірант.

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

*Сумський державний університет, медичний інститут,
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Вступ. Навіть у теперішній час, коли у практиці використовуються високоякісні антисептики, сучасні антибактеріальні засоби та прогресивні шовні матеріали, частота ускладнень та рецидивів після оперативних втручань на жовчовивідних шляхах коливається від 0,8 до 14,8%. Причиною може бути не врахована при бакпосіві жовчі генералізована хламідійна інфекція з переважним ураженням органів верхнього поверху черевної порожнини, нині відома як синдром Фітц-Х'ю-Куртіса.

Матеріали і методи. Обстежено 104 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КЗ СМКЛ №5 м.Суми у 2013-2014 роках. Хронічний холецистит було діагностовано у 65 (62,5%) пацієнтів, гострий холецистит – у 39 (37,5%) пацієнтів, з них катаральна форма гострого холециститу складала 41%, флегмонозна форма – 52,6%, гангренозна – 6,4%. За медичними показаннями хворим проводилось хірургічне лікування методом лапаротомного (у 34 пацієнтів) або лапароскопічного втручання (у 70 пацієнтів).

Результат досліджень. Бактеріологічними дослідженнями виявлена наявність мікрофлори в жовчі у 91,3% пацієнтів з запаленням жовчного міхура та жовчних проток. Серед них домінують ентеробактерії. Слід зазначити, що бактероїди та пептострептококи виділяються з жовчі у всіх хворих з клінічними ознаками гнійного холангіту. Хламідійний перигепатит має специфічну макроскопічну картину. Під час лапароскопії виявляють

незначну кількість серозного випоту, хронічно запалений жовчний міхур з конкрементами, а у підребер'ї візуалізуються множинні напружені глісоперитонеальні зрощення які нагадують «струни скрипки».

Висновки. Виявлення спеціалізованими методами латентної хламідійної інфекції в організмі пацієнтки дозволяє індивідуально підбирати таргетну антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості всього спектру збудників, що сприятиме більш швидкому регресу запальних змін біліарної системи та дозволить говорити про ефективнішу профілактику рецидивів панкреатиту чи конкрементоутворення.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕНЕРГЕТИЧНИХ РЕЖИМІВ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ

Мелеховець Ю.В., Леонов В.В., Мелеховець О. К.

Сумський державний університет,

кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність. Варикозна хвороба залишається однією з найактуальніших медичних проблем сьогодення. За статистичними даними, близько 25% жінок та 10% чоловіків страждають на це захворювання. Розвиток малоінвазивної хірургії призвів до впровадження методу ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) вен нижніх кінцівок як провідного методу лікування хронічної венозної недостатності, який дозволив знизити витрати на лікування в 6 разів та підвищити ефективність лікування до 96%. Ефективність виконаної ЕВЛК оцінюється фактом наявності повної оклюзії вени, що унеможлиблює розвиток рецидивів захворювання. Найбільш дискусійною проблемою сучасної флебології є розробка режимів лазерної абляції з мінімальними термінами досягнення повної оклюзії без травматизації навколишніх тканин, косметичного дефекту та больового синдрому.

Метою роботи є вивчення енергетичних режимів лазерної абляції ВПВ (великої підшкірної вени) та МПВ (малої підшкірної вени) при використанні ЕВЛК з довжиною хвилі 1470 нм.

Матеріали та методи. Для проведення ЕВЛК використовувався апарат «Ліка-хірург» (виробництво «Фотоніка плюс», м. Черкаси). В залежності від режиму лазерної абляції було сформовано дві групи: в 1-у групу включено 48 пацієнтів після ЕВЛК з використанням довжини хвилі 1470 нм (безперервний режим, 10 Вт), у 2-у групу – 44 пацієнти з 1470 нм ЕВЛК (безперервний режим, 15 Вт). В усіх групах використовувалось торцеве світлооптичне волокно з діаметром 600 мкм.

Під місцевою анестезією виконувалась пункція ВПВ та вводився провідник до сафено-стегнового зв'язу на відстань 0,5 см або до сафено-підколінного зв'язу. Під контролем УЗД пороводилась перивазальна тумінесцентна анестезія розчином Кляйна з використанням помпи. Швидкість тракції світловоду при проведенні лазерної абляції складала 0,1-0,2 см/хв.

Передопераційне картування вен нижніх кінцівок проводилось за допомогою сонографії у положенні стоячи та лежачи.

Результати. Критеріями включення в дослідження була наявність хронічної венозної недостатності (ХВН) нижніх кінцівок клінічних класів С2 – С5 за класифікацією CEAP (Clinical, Etiology, Anatomical and Pathology) з діаметром ВПВ до 12 мм. Критеріями виключення були супутні захворювання в стадії декомпенсації у пацієнтів, наявність в анамнезі тромбозу глибоких вен та будь-яких інвазивних втручань з приводу ХВН та діаметр ВПВ більш за 12 мм (таким хворим проводилось ЕВЛК з кросектомією).

Після проведення загальноклінічного та лабораторного обстежень хворим виконувалось сонографічне дуплексне дослідження у сірошкальному В-режимі та кольоровому доплеровському режимі. Динамічне спостереження проводилось на 1, 7 добу, 2, 4, 6, 10 тижні.

При сонографічному моніторингу повна оклюзія ВПВ відмічається за наступними критеріями: відсутність кровотоку (кольорових спайків) при доплеровському дослідженні,