

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

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЇ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

*Зудіна Т.О., Мелеховець О. К., Жалдак Д.О.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

**Актуальність теми.** Жовчокам'яна хвороба (ЖКХ) є розповсюдженою патологією гепатобіліарної системи. У 10-20% населення працездатного віку розвиваються камені жовчного міхура. Цей показник кожних 10 років збільшується вдвічі. Зросла кількість пацієнтів молодого віку, у віці від 21-30 років хворіє 3,1-4,8% населення (переважно жінки). Патогенез розвитку ЖКХ – це комплексний процес, котрий включає в себе зміну складу жовчі і її потоку (застій жовчі). Існують наукові роботи, що описують дію холецистокініну та естрогенів на роботу жовчовивідних шляхів, але ефект тиреоїдних гормонів вивчений недостатньо. У клінічній практиці можна часто зустріти пацієнтів із ЖКХ, що мають в анамнезі такий діагноз як гіпотиреоз. Тому встановлення взаємозв'язку між зниженою функцією щитовидної залози і патологією жовчовивідних шляхів є актуальною темою сучасності.

**Мета.** Оцінити особливості перебігу патології жовчовивідних шляхів на тлі зниженої функції щитоподібної залози.

**Матеріали і методи.** Обстежено 45 жінок у віці від 21 до 71 року, що страждають на гіпотиреоз. Хворі розподілені за тривалістю захворювання, компенсацією процесу. Для діагностики змін застосовувались лабораторні методи, зокрема біохімічний аналіз крові (печінкові показники, ліпіди, Са, Р) та аналіз крові на ТТГ і Т<sub>4</sub>, а також УЗД жовчного міхура із застосуванням холекінетичного сніданку (оцінювались розміри жовчного міхура до і після сніданку, товщина його стінки, наявність осаду, функція викиду). Об'єм жовчного міхура обчислювали за формулою:  $V=P*(d/2)^2*L$  (де P=3,14; d-ширина жовчного міхура; L-довжина). Якщо залишковий об'єм становив більше  $\frac{2}{3}$  вихідного об'єму, то це розцінювалось як дисфункція жовчного міхура за гіпомоторним типом. Функція викиду обчислювалась за формулою  $EF(\%)=(1-RV/FV)*100$  (де EF-функція викиду; RV-залишковий об'єм жовчного міхура; FV-вихідний об'єм). При гіпотонічно-гіпокінетичній дисфункції жовчного міхура функція викиду становить менше 35%. Контрольну групу складали пацієнти гастроентерологічного відділення відповідного віку і статі (30 чоловік), без ознак зниженої функції щитовидної залози за лабораторно-анкетними даними.

**Результати.** У 81% пацієнтів, котрі страждають на гіпотиреоз при ультразвуковому дослідженні було виявлено ознаки гіпотонічно-гіпокінетичної дисфункції жовчного міхура. У 45% відсотків встановлено наявність УЗД ознак хронічного холециститу. У 19% пацієнтів патологічних змін з боку жовчовивідної системи не було виявлено. Біохімічний аналіз крові показав зростання рівня холестерину у 60% пацієнтів. Дані зміни, на відміну від пацієнтів контрольної групи, носили вторинний характер і мають прямий зв'язок із гіпотиреозом, його тривалістю та компенсацією процесу.

**Висновок.** Результати даного дослідження вказують на те, що зниження гормонів щитовидної залози призводить до затримки спорожнення жовчного міхура. Це відіграє важливу роль у збільшенні частоти виникнення ЖКХ у пацієнтів, хворих на гіпотиреоз.

## АУТОДЕРМАЛЬНА ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*Кащенко Л.Г., Шутка Н.А., Пабот К.А.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Лікування хворих на післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) є досить актуальною і практично значимою проблемою, оскільки зі збільшенням оперативних втручань на органах черевної порожнини та малого тазу, збільшується і кількість ПВГ.

Незважаючи на велику кількість розроблених і відпрацьованих методів герніопластики, що є в арсеналі хірурга, частота рецидивів залишається досить високою і досягає 50% і більше.

Особливої уваги заслуговують хворі на грижі великих і гігантських розмірів та рецидивні ПВГ так як, після кожного оперативного втручання значно зменшуються можливості надійного закриття грижового дефекту. Перспективним напрямком у лікуванні ПВГ, на наш погляд, є аутодермальна пластика (АДП).

Проаналізовано результати хірургічного лікування 37 хворих на ПВГ віком від 36 до 89 років. Чоловіків було 8 (21,6%), жінок – 29 (78,4%). Більшість (86,4%) склали ПВГ з серединною локалізацією грижового дефекту. У перші 3 місяці (ранні вентральні грижі) після перенесеного оперативного втручання ПВГ виникли у 8 (21,6%) пацієнтів, до 1 року – у 13 (35,1%), до 5 років – у 12(32,4%), пізніше 5 років – у 4 (10,8%) пацієнтів. По найбільшому розміру грижового випинання ПВГ розподілено на малі (до 5 см) – у 4 (10,8%), середні (6-15 см) – у 19 (51,4%), великі (15-25 см) – у 9 (24,3%), гігантські (більше 25 см) – у 5(13,5%). Важливим моментом при виконанні аутодермальної пластики грижового дефекту є підготовка самого шкірного клаптя. Ми використовуємо методику односторонньої термічної обробки трансплантата. Після викройки з ділянки операційного поля необхідного для трансплантації шкірного клаптя разом з підшкірною клітковиною (остання не повинна бути товщиною менше 1 см), обробляємо окропом тільки одну сторону при температурі 95°C з експозицією 5 сек. Після видалення епідермісу, ауто трансплантат зберігаємо у фізіологічному розчині натрію хлориду до моменту виконання пластики. Перед використанням шкірний трансплантат перфорували. Герніопластику виконували за методикою Мешалкіна-Цитовського. Краї грижових воріт зашивали поліспасними швами, попередньо мобілізувавши від підшкірної клітковини на 5-6 см по периметру. Ускладнень не відмічали. Середній ліжко-день склав 10±1,6. Післяопераційної летальності не було.

Таким чином, аутодермальна пластика є надійним і водночас дешевим методом закриття грижових дефектів у хворих на ПВГ середніх, великих та гігантських розмірів.

## **ГОСТРА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ**

*Кащенко Л.Г., Шутка Н.А.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Гостра непрохідність кишок (ГНК) біліарного генезу є порівняно рідкісним 0,2-7,0% захворюванням. У КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» за період з 2000 по 2014 рік з приводу жовчнокам'яного ілеусу лікувалось 13 жінок віком від 62 до 86 років. До 24 годин від початку захворювання було шпиталізовано 7 пацієнок, через 3 доби – 3, через 4 доби – 2 і через 7 діб – 1. При шпиталізації ГНК встановлена у 6, із них тільки в однієї пацієнтки запідозрено жовчну норицю і біліарний ілеус. До операції ЖКХ виявлена у 8 (61,5%) хворих. Діагноз у інших хворих: гострий апендицит (1), гострий панкреатит (2) дифузний перитоніт (1), гострий тромбоз мезентеріальних судин (1). Отже, жовчнокам'яна ГНК до операції була діагностована лише у однієї пацієнтки, в інших – під час хірургічного втручання. В усіх хворих в анамнезі була жовчнокам'яна хвороба. Хірургічна тактика тотожна тактиці при гострій тонкокишкової обтураційній непрохідності іншого генезу. Аерохолія виявлена тільки в однієї пацієнтки. При УЗД: запальні зміни жовчного міхура, міхурово-кишкова нориця, аэробілія, кишковий стаз і дискоординація перистальтичних рухів. Ентеротомію виконували дистальніше нижнього полюса каменя на незмінній ділянці тонкої кишки. Роз'єднання хронічної, з масивним рубцевим перипроцесом, білідигестивної нориці виконували лише при деструктивному холециститі, перфорації жовчного міхура чи 12- палой кишки. Ускладнень і летальних випадків не було.