

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

аспектах не вирішене. Частота конверсії за різними даними знаходиться в широких процентних коливаннях.

Мета роботи. Порівняння частоти конверсії при лапароскопічній холецистектомії за даними різних наукових джерел хірургічної галузі.

Матеріали та методи. Дослідження частоти конверсії при ЛХЕ проводилися за допомогою обробки наукових робіт різних медичних видань, хірургічних клінік та авторів. На даний час накопичений величезний досвід проведення ЛХЕ в багатьох хірургічних відділеннях, навіть лікарень II - го рівня. Нами опрацьовано 32 статті, в котрих було приведено частоту конверсії доступу при ЛХЕ, відповідно власному досвіду авторів. Коливання результатів в середньому різняться великим діапазоном від 1 до 10 % при планових операціях, та від 12 до 20 % при ургентних. Досить влучно сказано в одній статті: «Хоч рівень переходу ЛХЕ у відкритий хірургічний доступ зазвичай складає 1,5 – 10,0 %, але реальна частота цієї події варіює від 1 до 70 % і залежить від числа оперованих хворих, принципів відбору та аналізу груп пацієнтів, а також від наявності впливаючих на конверсію факторів ризику» - М.М. Крилов, С.Б. Кашеров «Конверсія доступу при лапароскопічній холецистектомії» 2010 р.

Результати. Виявляється чіткий взаємозв'язок між кількістю проведених ЛХЕ та частотою К' - з накопиченням практичного досвіду та удосконаленням навичок володіння ендоскопічним методом, процент переходу до відкритої холецистектомії значно зменшується. Велике значення має також достовірність даних УЗД, що дає можливість диференціювати та відбирати хворих для малоінвазивного методу лікування. Проведення постійного аналізу та врахування факторів ризику дає можливість для зменшення процентного значення К' доступу при ЛХЕ.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Антоненко О.М., магістрант; Устименко О.Г., лікар-хірург;

Олісеєнко Д.В., магістрант, Онищенко М.В., лікар-інтерн

Науковий керівник – д-р мед. наук, проф. Леонов В.В.

Сумський державний університет,

кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом урології

Актуальність. Виконання лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ), як «золотого» стандарту в лікуванні різних захворювань жовчного міхура, дало досить багато позитивних ефектів для отримання хороших результатів лікування. Суспільство сприймає даний вид оперативного втручання зі значною психологічною легкістю, але все ж загроза тромбоемболічних ускладнень постійно існує, особливо у хворих з групи ризику. Частота тромбоемболічних ускладнень при лапароскопічних операціях на органах черевної порожнини, за різними джерелами, складає 0,3 - 0,5%, з них при ЛХЕ 0,03 - 0,06%.

Мета роботи. Прослідкувати результативність профілактики тромбоемболічних ускладнень у хворих, котрим виконувалися лапароскопічні холецистектомії.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб, де виконувалася за показаннями профілактика тромбоемболій у хворих, котрим було проведено ЛХЕ. За період з 01.01.2010 р. по 20.02.2015 р. в х/в КЛПЗ «ПЦМЛ» було виконано 1029 ЛХЕ, з них тромбoproфілактику в повному комплексі було проведено у 187 хворих (18%), ранню активізацію проводили всім хворим. З приводу хронічного калькульозного холециститу було 885 (86%) хворих, з гострим холециститом – 141 (13,7%), інші захворювання жовчного міхура - 3 (0,3%). З них жінок було 896 (87%), чоловіків – 133 (13%). Середній вік хворих припадає на - 52 роки. Профілактика тромбоемболічних ускладнень проводилася згідно «Стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності хірургія: профілактика тромбоемболічних ускладнень в хірургії» (наказ №297 від 02.04.2010), враховуючи основні показання при лапароскопічній операції. Комплекс профілактичних заходів складалася з

ранньої активізації хворого, еластичного бинтування н/к та використання низькомолекулярного гепарину (тільки *фраксипарину). Ранню активізацію хворих проводили протягом перших 12 годин після оперативного втручання. Еластичне бинтування виконувалося всім хворим при наявності варикозного розширення вен н/к. НМГ(*фраксипарин) вводився п/ш в мезогастральній області передньої черевної стінки в профілактичній дозі 0,3 N.5-7 (в залежності від показань), під контролем коагулограми.

Результати та обговорення. Ознак тромбоемболічних ускладнень не було виявлено в жодного хворого. Проведене дослідження показує, що дотримання основних регламентованих заходів профілактики, врахування показань у групі ризику та додаткового впливу внутрішньочеревної компресії CO₂ при ЛХЕ, дають змогу запобігти тромбоемболізму.

Висновки. Отримані результати вказують на відносну простоту, але досить високу ефективність профілактики тромбоемболічних ускладнень у наших хворих, котрі перенесли ЛХЕ. Обов'язкове виконання основних положень наказу дає змогу попередити неприємні випадки в практиці абдомінального хірурга.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ

Анциферова І. В. – студ.

Науковий керівник - к.м.н., доц. П'ятикоп Г. І.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки є одним з найбільш поширених захворювань. Їй властивий хронічний рецидивуючий перебіг та небезпечні ускладнення. Не дивлячись на загально визнану ефективність сучасних антисекреторних препаратів та антихелікобактерної терапії, що призвело до різкого скорочення кількості планових операцій з приводу виразкової хвороби, доводиться констатувати значне збільшення кількості хворих з ускладненнями цього захворювання, в тому числі з виразковими кровотечами.

У 2000 р. в КЗ СОКЛ, яка є базою кафедри загальної хірургії, був створений центр шлунково-кишкових кровотеч.

В роботі представлені результати лікування хворих з виразковими гастроудоденальними кровотечами з 2000 по 2014 рр. За цей період в клініку госпіталізовано 4545 хворих у віці від 18 до 92 років. На основі клінічних спостережень встановлено, що у 1636 (36%) пацієнтів причиною кровотечі була хронічна виразка шлунка, у 2909 (64%) - виразка дванадцятипалої кишки (ДПК).

Всім хворим в приймальному відділенні проводили невідкладні клінічні обстеження, що включали оцінку гемодинаміки і результатів лабораторних досліджень, виконували невідкладну фіброезофагогастроудоденоскопію (ФЕГДС), яка, безумовно, є ведучим методом діагностики джерела та характеру кровотечі. В клініці організоване цілодобове чергування хірургів-ендоскопістів, що дозволяє виконати ФЕГДС в перші години з моменту поступлення хворого в стаціонар. Поряд з встановленням джерела кровотечі оцінювали стан гемостазу, використовуючи класифікацію J. A. Forrest (1974 р.). У випадку продовження кровотечі застосовували ендоскопічний гемостаз.

З кровотратою легкого ступеню поступили 1300 (28,6%) хворих, середнього ступеню тяжкості - 1764 (38,8%), тяжкою - 1481 (32,6%) хворих. В стані геморагічного шоку при поступленні було 414 (9,1%) хворих. При госпіталізації всім хворим проводили інфузійну та гемостатичну терапію, призначали сучасні антисекреторні засоби.

З 4545 хворих оперовано 700 (15,4%). При оцінці показань до оперативного втручання та визначення термінів проведення операції дотримувалися активної індивідуально очікуваної тактики.

В екстреному порядку оперовані 107 (15,29%) хворих. Показами до екстреної операції були профузна кровотеча або рецидив кровотечі в стаціонарі.