

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

краніограма – для виключення пухлинної причини; вимірювання базальної температури протягом 2- 3 місяців, тести на овуляцію; УЗД; огляд очного дна та полів зору.

Усіх жінок було розділено на три групи :

I - Група 15-ти жінок, у яких рівень пролактину крові на початку складав – 880-910 мОД/л. Для пацієнтів цієї групи обрано лікування Алактином.

II– Група 15-ти жінок. У жінок цієї групи рівень ПРЛ на початку лікування становив 870-900 мОД/л. Для лікування обраний препарат - Нормоменс.

III–Контрольна група 25 жінок. Рівень ПРЛ на початку дослідження становив 860-900 мОД/л.

У результаті лікування Алактином у перші 3 місяці: у 11 рівень ПРЛ знизився до норми (410-500 мОД/л)(73%); у 11 жінок виявлено овуляцію(73%), з них 5 завагітніло(33%). Через 6 місяців лікування: Овуляція виявлена у 13 жінок(86%), а 9 з них завагітніли(60%).

При лікуванні Нормоменсом у перші 3 місяці рівень ПРЛ знизився у 7 (47%) 510-560 мОД/л; завагітніло 2(13%) жінки з найменшим від початку рівнем ПРЛ; овуляцію виявлено у 5(33%) пацієнток. Результати лікування протягом 6 місяців: рівень пролактину знизився до норми у 8 жінок (53%) до 460-510 мОД/л. , завагітніло 4жінки(26%), овуляція виявлена у 9 жінок(60%) .

У контрольній групі лікування проведено не було. Але систематично перевірялися показники рівня гормонів крові, які суттєвих змін не показали від своїх стартових показників. Також жінки вимірювали базальну температуру та проводили УЗД-дослідження, які теж позитивних результатів не дали.

В результаті проведеної роботи отримано дані, які свідчать, про те що препарат Алактин є найбільш ефективним препаратом для нормалізації гормонів та відновлення овуляції при функціональній (ідіопатичній) гіперпролактинемії.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНІ КРОВОТЕЧЕЮ

Ситнік О.Л., Шаповал М.М.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Проаналізовано результати лікування 8 хворих на післянекротичні кісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею, в хірургічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні №5. У 6 пацієнтів кровотечу у порожнину кісти було діагностовано на основі клінічних даних, результатів лабораторного та інструментального (ультразвукове дослідження) обстеження. Найбільш вагомими були наступні симптоми:

- посилення болю у животі;
- прогресуюча анемія;
- прогресуюче збільшення розмірів кісти, яке визначали пальпаторно та за допомогою ультразвукового дослідження;
- поява симптомів подразнення очеревини при розриві кісти та внутрішньочеревний кровотечі.

У 2 хворих арозивна кровотеча виникла у післяопераційному періоді після зовнішнього дренивання чепцевої сумки та проявилася витяканням незміненої крові по дренажам черевної порожнини та крізь лапаростомну рану.

Із 6 хворих, в яких було запідозрено кровотечу у порожнину кісти, 5 були терміново прооперовані. Один пацієнт помер неоперованим внаслідок розриву кісти та профузної внутрішньочеревної кровотечі. Хворим виконували верхньосередню лапаротомію. Діагноз підтверджували пункцією кістозного утворення, потім розтинали стінку кісти та швидко тампонували її порожнину. Після досягнення тимчасового гемостазу здійснювали спробу верифікації джерела кровотечі. У одного хворого була виявлена арозована селезінкова артерія, яку прошили капроговою лігатурою. У 4 хворих виявити джерело профузної кровотечі не було можливо, операцію завершували тугою тампонадою порожнини та марсупілізацією кісти.

Якщо кровотеча виникала після зовнішнього дронування чепцевої сумки, виконували тугою тампонадою порожнини та оментобурсостомією.

У післяопераційному періоді проводили комплексну протипанкреатичну терапію, гемостатичну терапію, відновлювали крововтрату. Тампони видаляли поетапно, починаючи з 7 доби після досягнення гемостазу.

Померли 3 хворих, з них 2 – після операції. Загальна летальність – 37,5%, післяопераційна летальність – 28,6%.

Таким чином, кровотеча у порожнину післянекротичної кісти підшлункової залози є надзвичайно небезпечним ускладненням і супроводжується високою летальністю. Такі хворі підлягають негайному оперативному лікуванню. Найбільш ефективним способом втручання є тампонада порожнини кісти та її марсупілізація (оментобурсостомія).

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Ситнік О.Л., Креховецький Н.В.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Показаннями до виконання відеолапароскопічних втручань вважали прогресуючий панкреатогенний перитоніт (у 4 хворих), формування обмежених рідинних утворень (у 1 пацієнта) або післянекротичної псевдокісти з ознаками абсцедування (у 1 пацієнта).

Перед відеолапароскопічним втручанням пацієнтам виконували ультразвукове обстеження органів черевної порожнини (виявлення вільної рідини у черевній порожнині, чепцевій сумці, топічна діагностика обмежених рідинних утворень) та рентгенографію органів грудної клітини для виключення легеневих ускладнень та плеврального випоту. Двом хворим з рівнем плеврального ексудату до 5-3 ребер виконано плевральну пункцію в 9 міжребер'ї по лопатковій лінії безпосередньо перед відеолапароскопічним втручанням, що важливо для запобігання ускладнень, пов'язаних з накладанням карбоксиперитонеуму.

Оптичну систему встановлювали по середній лінії над пупком. Інструментальні порти розташовували у підреберних та здухвинних ділянках. Перітонеальний ексудат виявляли в усіх відділах черевної порожнини, видаляли електровідсмоктувачем. Рихлі спайки у верхньому поверсі черевної порожнини розділяли тупим шляхом, розкривали рідинні утворення (правобічна піддіафрагмальна локалізація - 1, лівобічна піддіафрагмальна локалізація -3, підпечінкова локалізація – 1). У всіх хворих в проекції підшлункової залози виявили щільний інфільтрат та підвищену кровоточивість тканин, що не дало змогу розкрити чепцеву сумку.

У 2 пацієнтів діагностовано ферментативні затьoki по лівому заочеревинному простору («скловидний» набряк заочеревинної клітковини, зміщення нисхідної ободової кишки догори та медіально). Заочеревинний простір розкривали окремим широким поперековим розрізом під візуальним контролем, дронували 2 - 3 гумовими трубками 10 мм у діаметрі та рукавичками.

Операцію завершували промиванням та дронуванням черевної порожнини за Петровим.

Із 30 оперованих відкритим способом хворих померли 8 пацієнтів, післяопераційна летальність – 26,7%. Після відеолапароскопічних втручань летальності та ускладнень не було. Таким чином, перший досвід застосування відеолапароскопічних втручань при некротичних формах гострого панкреатиту довів свою ефективність.