

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

Варикоцеле у всех пациентов было левосторонним. Из пациентов с кистами почек было 14 женщин, 5 мужчин. Локализация кист 15 - правая почка, 4 - левая почка; нижний полюс - 12, средний сегмент - 4, верхний полюс - 2, парапелльвикально - 1. Возраст пациентов с варикоцеле колебался от 15 до 29 лет, с кистами почек от 38 до 66 лет. Показания к лапароскопическим операциям были те же, что и при традиционных вмешательствах. После наложения пневмоперитонеума проводилась диагностическая лапароскопия, определялась топография внутреннего пахового кольца с семенной веной или кисты почки. При варикоцеле над семенной веной рассекалась брюшина, вена выделялась, клипировалась и пересекалась. Многократное увеличение оптической системы делает ревизию области внутреннего пахового кольца абсолютно надёжной, даже при рассыпном типе семенной вены. При кистах почек брюшина рассекалась в продольном направлении, экстраренальная часть её максимально выделялась и после пункции иссекалась на расстоянии 3-5 мм от паренхимы почки. Интратренальная часть кисты после тщательного осмотра и исключения новообразований обрабатывалась склерозантом (спиртовой раствор йода). Иссеченная часть кисты удалялась из брюшной полости и направлялись на гистологическое исследование.

Результаты: все пациенты с варикоцеле и кистами почек через сутки после операции активизировались, вели обычный образ жизни. Жалоб не предъявляли. После иссечения кист почек обязательно проводилось контрольное УЗИ через 2-3 дня. Осложнений и рецидивов не было, но небольшой объем работы делает выводы предварительными.

Выводы:

- Ⓢ Лапароскопические операции при варикоцеле и кистах почек должны стать методом выбора в их лечении.
- Ⓢ Основным преимуществом лапароскопического варианта лечения варикоцеле является меньшая вероятность рецидива. Основным преимуществом лапароскопического иссечения кист почек является минимальная операционная травма при полном клиническом эффекте. Минимальная операционная травма снижает риск осложнений, длительность госпитального периода и сроки утраты трудоспособности, даёт отличный косметический эффект.

РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ, КАК ПОСТРЕАНИМАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ.

Червань И.В.

Научный руководитель: асс. Шушлятина Н.О.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра оториноларингологии

Введение. На сегодняшний день весьма актуальными вопросами остаются вопросы длительной интубации трахеи и способы ее реализации. Отсутствуют четкие параметры места и времени наложения трахеостомии. А возникающие постреанимационные рубцовые стенозы гортани и трахеи - до сих пор сложная и нерешенная проблема оториноларингологии.

Цель исследования. Анализ причин и механизмов развития стенозирования трахеи, поиск оптимальной тактики наложения трахеостомы.

Материалы и методы. Работа включала анализ 44 историй болезни пациентов с наложением трахеостомы и длительной интубацией больного (12-30 суток).

Результаты. Все наблюдаемые больные были распределены следующим образом: продленная эндоларингеальная интубация и ИВЛ-27 больных; интубация, через наложение трахеостомы по Бьерку-1 больной; интубация, при проведении трахеостомии продольным рассечением колец трахеи- 5 больных, поперечным- 3 больных; крестообразным- 2. В результате ретроспективного анализа историй болезни, было отмечено, что у 27 больных (61% случаев наблюдения) причиной формирования грубого рубцового процесса в гортанно-трахеальной зоне явилась продленная (12-30 суток) интубационная травма в этой области. Кроме того, были выявлены дефекты техники выполнения трахеостомии: высокая

трахеостомия с пересечением первого полукольца и повреждением перстневидного хряща и низкая трахеостомия на уровне 5-6 полуколец с ранением брахиоцефального ствола.

Выводы. Мы не нашли четкой достоверной зависимости возникновения стеноза от проводимых методов наложения трахеостомы, но установили четкую зависимость тяжести рубцового процесса от сроков интубации. Было отмечено, что длительное пребывание пациентов на ИВЛ приводит к формированию многоуровневого стеноза гортани и трахеи с нарушением трофики и иннервации тканей. Немаловажным является сохранение целостного каркаса трахеи с минимальной травматизацией ее колец (методом Бьерка), которое дает возможность предупредить возможные осложнения, связанные с последующим стенозом трахеи.

ГЛАУКОМА НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ)

*Цабадзе Т.Н. – клинический ординатор
Научный руководитель – к.м.н., асист. Лекишвили С.Э.,
Сумской государственной университет
кафедра ортопедии и травматологии*

Актуальность. В настоящее время считают, что глаукома нормального давления (ГНД) – это оптическая нейропатия с хронической потерей ганглиозных клеток сетчатки вследствие генетически обусловленной гиперчувствительности к повышению ВГД. В связи с нормальным уровнем ВГД заболевание часто выявляется уже в далеко зашедших стадиях. В настоящее время остается не до конца изученным патогенез ГНД. При ГНД с особой яркостью проявляются другие, помимо толерантного ВГД, факторы риска развития глаукомной оптической нейропатии. По данным мировой литературы ГНД составляет от 11 до 30% [Levene R., 1980] в европейских странах.

Причиной развития ГНД является снижение внутриглазного кровообращения, в частности, снижение перфузионного глазного давления в области ДЗН и сетчатки.

Цель. Изучение клинических особенностей глаукомы с нормальным давлением. Методы исследования стандартные офтальмологические и ОКТ.

Материал и методы. Нами обследован 41 больной (82 глаза) с ГНД.

Результаты. Проведенные нами исследования выявили следующее: ВГД у больных ГНД не превышало 26 мм рт.ст., у 26 больных (52 глаз) отмечалась глаукомная экскавация ДЗН, у 9 больных (18 глаз) была расширенная физиологическая экскавация, у 6 больных с подозрением на ГНД не было изменений ДЗН. ОКТ – исследование было проведено 20 больным. Это были преимущественно больные с I и II стадиями заболевания (18 больных – 36 глаз), с III стадией было 2 пациента (4 глаза). Изучение соматического состояния больных показало: наиболее часто встречались гемодинамические кризы, низкий уровень артериального давления, гипертоническая болезнь, носившая симптоматический характер; у одной больной в анамнезе был посттромботический синдром, у 5 – сахарный диабет, у 1 больного – болезнь Паркинсона.

Выводы. 1. При оценке клинического состояния больных ГНД следует больше внимания уделять общесоматическому статусу, так как это имеет большое значение при назначении им лечения. 2. С целью коррекции лечения данной категории больных следует учитывать показатели ОКТ-исследования. 3. При назначении медикаментозного лечения больным ГНД с учетом снижения перфузионного давления и первичной сосудистой дисрегуляции следует отдавать предпочтение препаратам простагландинового ряда.