

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

У зв'язку з високим ступенем ризику радикального втручання внаслідок супутніх захворювань 18 (2,6%) хворим проведено прошивання судин у виразці. Резекція шлунка проведена 364 (52%) хворим і 318 (45,4%) виконано висічення виразки з пілоропластикою у поєднанні з селективною ваготомією.

Післяопераційні ускладнення виникли у 117 (16,7%) хворих. З 700 оперованих хворих померло 32. Післяопераційна летальність склала 4,6%. Основною причиною летального наслідку після операції у 12 (37,5%) хворих була гостра серцево-судинна недостатність. Перитоніт став причиною смерті у 4 (12,5%) хворих. Причинами перитоніту були неспроможність швів анастомозів, перфорація гострих виразок порожнистих органів різної локалізації, інфікований гемоперитонеум.

У групі з 4545 госпіталізованих хворих загальна летальність склала 1%, післяопераційна - 4,6%. Головною причиною смерті оперованих хворих була гостра серцево-судинна та легенево-серцева недостатність, яка мала місце у 20 з 32 померлих (62,5%) хворих. Ці ускладнення зумовлені насамперед гострою крововтратою ще до поступлення в стаціонар, вторинною крововтратою при рецидивах кровотечі в стаціонарі. З цим пов'язана й поліорганна дисфункція. Більше половини цих хворих були старше 60 років, мали тяжкі супутні захворювання.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ П'ЯТКОВОЇ ШПОРИ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА ЇЇ МІСЦЕ У СТРУКТУРІ НЕПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ЛІКУЮТЬСЯ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ В УМОВАХ СУМСЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ.

Ашурбекова В. А., Авраменко А. М.

Науковий керівник - Москаленко Ю. В.

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії,
радіаційної медицини та фізіотерпії*

Актуальність теми. За даними медичної статистики, близько 10% пацієнтів, які звертаються за допомогою із захворюваннями опорно-рухового апарату, складають хворі з п'яtkовою шпорою. Прийти до лікаря цих людей змушує один головний симптом – біль в області п'яти. У більшості випадків больовий синдром обумовлений дегенеративно-запальними змінами плантарної (підшовної) фасції. Зустрічається це захворювання в будь-якому віці, але найчастіше до нього схильні жінки старше 40 років.

Мета дослідження: дослідити розповсюдженість п'яtkової шпори в Сумській області та її місце у структурі непухлинних захворювань, які лікуються променевими методами в умовах Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру (СОКОД).

Матеріали і методи дослідження. У групу дослідження увійшли 337 хворих, що пройшли амбулаторне лікування на рентгенотерапевтичних апаратах АГАТ-РМ і РОКУС-АМ з приводу непухлинних захворювань в умовах СОКОД. Спостереження проводилися за період 2014 року. Використовувалися статистичні методи дослідження.

Результати дослідження. Дослідження архівного матеріалу хворих показало, що серед усіх непухлинних захворювань, що лікувалися променевими методами, частка п'яtkової шпори складає 99,8%. Середній вік хворих – 58,2±5,6 років. Співвідношення чоловіків та жінок – 1 : 1,5 відповідно. При вивченні розповсюдженості п'яtkової шпори виявлено значне коливання рівнів захворюваності в різних районах області. При оцінці даних результати виявилися наступними: найбільше випадків захворювання зустрічається в м. Суми (273 випадки) та Сумському районі (36 випадків). По 7 випадків реєструється в Конотопському та Роменському районах. По 2 випадки виявлено в Краснопільському, Лебединському, Шосткинському та Білопільському районі, по 1 – в Охтирському, Буринському, Глухівському, Липово – Долинському, Путивльському та Середино – Будському районах.

Висновки. Результати дослідження показують, що п'яtkова шпора складає основну частку непухлинних захворювань, що лікувалися за допомогою рентгенотерапевтичних

апаратів у СОКОД. Розповсюдженість цього захворювання в Сумській області має неоднорідну структуру і потребує подальшого поглибленого вивчення.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Білан А., Тверезовський А., Тетюра Д. – студенти.

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

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП) до теперішнього часу залишається одним з найбільш складних і до кінця невирішених питань ургентної абдомінальної хірургії.

Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні оперативні втручання є операціями вибору за неефективності попередніх.

Метою роботи було вивчення результатів лікування хворих з гострим інфікованим некротичним панкреатитом, ускладненим розвитком гнійних, постнекротичних парапанкреатичних та параколярних ускладнень, розробка тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на ГДП, перебіг якого ускладнився розвитком дистрофічних і гнійних ускладнень у вигляді запального інфільтрату, а у подальшому - формуванням псевдокіст ПШЗ, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної (ППК) та параколярної (ПКК) клітковини, заочеревинної клітковини (ЗК), гнійного перитоніту.

Чоловіків було 105 (73,4%), жінок - 38 (26,6%). Середній вік пацієнтів склав $42,9 \pm 0,9$ років. Пацієнтів госпіталізували в різні терміни від початку захворювання. Запальний інфільтрат у проекції підшлункової залози виявляли на 5-10 добу від виникнення ознак ГП. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК діагностовано на $13 \pm 2,5$ добу захворювання.

Показанням до оперативного втручання були неефективність консервативної терапії впродовж 2-3 тижнів. Клініко-лабораторні та інструментальні ознаки гнійного ускладнення гострого панкреатиту - це ознаки перитоніту, поява і наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревинній клітковині, підтвердженої УЗД, КТ.

Оперативних втручань може бути декілька. При осередкових скупченнях рідини в ділянці ПШЗ і навколишніх тканинах з ознаками інфікування, наявністю детриту проводилось лапароскопічне втручання та дренування. За наявності сформованих гнійників у ПКК та ЗК з наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконувались з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією та дренуванням. При середньо-серединній лапаротомії обґрунтованим є формування серединної оментопанкреатостоми. При первинних лапаротомних операціях проводили санацію черевної порожнини, некрсеквестректомію ПШЗ, розкриття заочеревинного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Окрім стандартного дренування черевної порожнини застосовувалось поздовжнє дренування ложа ПШЗ по верхньому та нижньому контуру, правого та лівого фланків з виведенням дренажних трубок через праву та ліву попереково-бокову стінку черевної порожнини.

З метою профілактики і лікування гнійно-септичних ускладнень проводили антибактеріальну терапію.

У структурі летальності чоловіки становлять 35 (72,9%), жінки - 13 (27,1%). Основними причинами летальності були поліорганна недостатність як результат гострого інфікованого некротичного панкреатиту на фоні розлитого перитоніту, арозія крупної судини з масивною кровотечею.