

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 11 из 15 больных диагноз РМТ установлен до операции путем комплексного клинического и рентгено-цитологического обследования. Две пациентки были оперированы повторно через 1,5-2 месяца после нерадикальных операций в других ЛПУ, и у двух больных диагноз РМТ установлен во время лапаротомии. Кроме того, 9 больным РМТ до операции проведена прямая нижняя лимфография. По результатам обследования, кроме удаления нижних подвздошных, у четырех больных запланировано и произведено удаление верхних подвздошных и нижних поясничных групп лимфоузлов. Ретроспективно, на основании изучения протоколов операций и результатов морфологических исследований, произведено стадирование опухолей согласно современным рекомендациям FIGO. У 5 больных установлен диагноз РМТ стадия IA, у одной – IB, у двух – IC, у одной – IIA, у одной – IIIA, у двух – IIIC и у троих больных IV стадия РМТ, то есть в начальных стадиях заболевания было оперировано 9 (60±13%; ДИ 32-84) больных и 6 (40±13%; ДИ 16-68) – при распространенных формах РМТ. Метастазы в нижние подвздошные лимфатические узлы гистологически подтверждены у 6 (40±13%; ДИ 16-68) больных. Из них у двух в сочетании с метастазами в общих подвздошных и нижних поясничных лимфатических узлах, в том числе у одной – двустороннее поражение. Метастазы в яичник на стороне поражения и сальник обнаружены у одной больной, прорастание опухоли в ткани дугласового кармана – у одной. Всем больным на область таза был проведен послеоперационный курс телегамматерапии в дозах 35-40 Гр, а в случаях прорастания или подозрения на прорастание опухоли в задний свод (9 больных) дополнялся аппликацией кобальта к влажной рубцу в дозах 28-39 Гр. Из 15 больных у 11 проведен курс химиотерапии тиофосфамидом в дозах 300-350 мг который часто продолжался параллельно с лучевой терапией. До 1980 года сроки наблюдения представленной группы больных достигали 5,5-12 лет. Свыше 5 лет жили без рецидивов и метастазов 9 (60±13%; ДИ 32-84) женщин, а из группы больных первыми двумя стадиями – 7 (88±12%; ДИ 47-100). Остальные 6 больных РМТ прожили после операции от 8 месяцев до 4 лет, в среднем 28 месяцев. Это больные II-IV стадий и одна со стадией IB. Из этой группы больных одна умерла не от РМТ, а токсического гепатита.

Представленный анализ показывает, что РМТ обладает значительной инфотропностью, но при выявлении в ранних стадиях и радикальных операциях, представляется возможным достигнуть достаточно оптимальных результатов лечения.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УРОЛОГИИ НА БАЗЕ ЦГКБ №1.

Клинический ординатор - Хсино Исса;

Научный руководитель – доц. Сикора В.В.

СумГУ, Медицинский институт,

кафедра хирургии с детской хирургией с курсом урологии

Актуальность темы. В урологии оперативная лапароскопия стала внедряться сравнительно поздно и не столь широко, как в других разделах хирургии. Это связано скорее всего с тем, что изначально лапароскопические операции разрабатывались для органов брюшной полости и требовалось время для осознания возможностей данной технологии для вмешательств на других органах, в частности на органах забрюшинного пространства.

Анатомически и технически наиболее рациональны лапароскопические операции в урологии при варикоцеле и кистах почек. При этой патологии объекты операции находятся в непосредственной близости от брюшины или предлежат к ней, что существенно облегчает проведение вмешательства. С другой стороны известно, что традиционные операции при этих нозологиях не являются абсолютно эффективными и дают определённый процент рецидивов и осложнений, а при люмботомии несравненно более тяжёлую операционную травму.

Материалы и методы. В 2014 г. внедрены операции: лапароскопическое пересечение семенной вены и лапароскопическое иссечение простых кист почек. Прооперированно 31 чел. с варикоцеле (из них 5 - рецидивы после традиционных операций) и 19 чел. с кистами почек.

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, парапеллвикально - 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