

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

пусковим механізмом є стан кришталика (збільшені розміри, прозорість), така глаукома має назву факоморфічної.

Мета. Визначити ефективність оперативного та консервативного методів лікування глаукоми, поєднаної із набуваючою катарактою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 20 карт стаціонарних хворих, які проходили лікування в офтальмологічному відділенні ЛОКЛ із січня по грудень 2015 року. Усім пацієнтам проведено стандартні офтальмологічні обстеження: візометрія, рефрактометрія, гоніоскопія(лінза Гольдмана), біомікроскопія, дослідження переднього відрізка ока (Pentacam), тонометрія за Маклаковим, пневмотонометрія(Торсон, СТ-80).

Результати. У пацієнтів вимірювалась товщина кришталика, яка становила від 3,36 до 5,2мм (у середньому 4,49мм). Також досліджувався стан передньої камери ока, яка була мілкою у 70% пацієнтів, середньої глибини – у 20% і глибокою – у 10%пацієнтів. Оперативне лікування проведено 85% пацієнтів (операція – видалення катаракти методом факоемulsифікації з імплантацією ІОЛ), консервативне(краплі Діакарб, Арутимол) – застосоване у 15% пацієнтів. Ефективність лікування оцінювалась за зниженням ВОТ. Після оперативного лікування у пацієнтів ВОТ знизився на величину від 5 до 23мм.рт.ст. (у середньому на 12мм.рт.ст.), також відзначалось поглиблення передньої камери. Після проведеного консервативного лікування ВОТ знижувався на величину від 3 до 13мм.рт.ст. (у середньому на 8мм.рт.ст.)

Висновки. При аналізі результатів лікування відзначено більш ефективне зниження ВОТ після оперативного втручання. У пацієнтів, яким була застосована медикаментозна терапія, ВОТ все ще утримувався на високих цифрах, тому усім їм було рекомендоване оперативне лікування. Отже хірургічне лікування слід вважати більш ефективним у хворих на факоморфічну глаукому.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Банадига Андрій

Кафедра хірургії ННПО

Науковий керівник : доктор мед. наук , проф. І.Я. Дзюбановський

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Інструментальна візуалізація підшлункової залози (ПЗ) досягла досить високого рівня, але питання неінвазивної діагностики інфікованого гострого некротичного панкреатиту (ГНП) - неповністю вирішені. Швидко, точно та своєчасне визначення характеру та ступеню деструкції ПЗ та заочеревинної клітковини, а також пошук «інструментів» для прогнозування перебігу ГНП є одним із можливих шляхів вирішення проблеми адекватного лікування даного захворювання.

Мета: удосконалення методів ранньої діагностики ГНП.

Матеріали і методи. Проаналізована клінічна картина, проведено комплексне обстеження і лікування 105 хворих з ГНП, що знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні , в рамках дослідження було сформовано 2 групи пацієнтів: I –з гострим панкреатитом (ГП) середньої тяжкості(n=20) і II - з важким і критичним ГП(n=20). Ступінь тяжкості визначався на основі наявності локальної детермінанти(некроз ПЗ і/або некроз перипанкреатичної клітковини, що представлено терміном ”перипанкреатичний некроз”) та системної детермінанти(органна дисфункція) згідно Міжнародного консиліуму (2012).Результати. На підставі скарг, анамнезу, об’єктивних методів обстеження та інструментальних встановлювався діагноз ГП. Проведення УЗД при надходженні до стаціонару у пацієнтів I групи виявило зміни в ПЗ, що характерні для ГП, у 16 пацієнтів (88,88 %), це були хворі із середньою тяжкості (наявність стерильного (пери)панкреатичного некрозу),при цьому у 2 хворих дослідження було неінформативним. При проведенні УЗД у пацієнтів II групи хибнонегативні результати отримали у 8 хворих(34,78%). Основні труднощі, що виникли, були пов’язані з явищами вираженого метеоризму, особливо

гіперпневматозу поперечно-ободової кишки та надмірною масою тіла пацієнтів, що часто поєднувались. Комп'ютерна томографія (КТ) проводилась з метою уточнення об'єму та характеру змін. Зокрема, КТ у 16 хворих II групи з тяжким(10) і критичним(6) ГП, засвідчило діагностичну цінність методу у хворих з критичним ГП у 83,33% пацієнтів, з тяжким - у 90% випадків.

Висновки. Діагностика ГНП вимагає оцінки результатів клінічних, інструментальних методів, а саме на першому етапі – УЗД ПЗ, надалі при тяжкому перебігу - КТ.

ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Білан А.О., Тверезовський А.В, Тетюра Д.В., студенти 4 курсу

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Леонов В.В.

*Сумський державний університет, медичний інститут,
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Актуальність: ураження жовчного міхура і жовчовивідних шляхів із запальними захворюваннями підшлункової залози приводять до виділення особливої клініко-морфологічної форми гострого панкреатиту(ГП) – біліарного.

Мета дослідження: вивчити сучасні методи діагностики і лікування ГБП та їх результати.

Матеріали і методи дослідження: Було проведено ретроспективний аналіз лікування 219 хворих на ГП за період 2015 рокув КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5».

Результати: Чоловіків було 150, жінок 69. Вік коливався від 19 до 72 років. Пацієнтів госпіталізували у невідкладному порядку, обстежили з використанням УЗД, рентгенологічного дослідження, КТ, діагностичної лапароскопії. У 79 (36%) пацієнтів причиною розвитку ГП була жовчнокам'яної хвороба, у 94 (43%) – аліментарний фактор, у 46 (21%) – причина не встановлена.

Консервативне лікування: купірування больового синдрому, паранефральна новокаїнова блокада, антибактеріальна терапія, покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, комплексна детоксикація організму, інфузійна терапія на забезпечення корекції порушень водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану, стимуляцію моторики кишечника за показаннями, блокада секреторної функції підшлункової залози, гістопротекція впродовж 5-7 діб.

Показання до невідкладних та ранніх хірургічних втручань: неефективність консервативної терапії впродовж 2–3 тижнів, ознаки перитоніту, деструктивний холецистит, гнійний холангіт, конкремент в дуоденальному сосочку, поліорганна недостатність.

Ургентна операція здійснена у 5 (2,28%) пацієнтів. Показання до відтермінованих операцій: парапанкреатичні та (або)ретроколярні гнійні осередки, формування обмежених рідинних утворень чепцевої сумки та парапанкреатичної клітковини, флегмон парапанкреатичної клітковини, параколярної, клітковини, панкреатогенного перитоніту, піддіафрагмального абсцесу. Виконувалася лапаротомія з дрениванням черевної порожнини, чепцевої сумки, ППК, ПКК. Санацію жовчовивідних шляхів виконували відкритим або лапароскопічним методом.

Висновок. Застосування стандартизованих диференційованих тактичних підходів у хворих на ГБП сприяло зменшенню тривалості перебування хворих у стаціонарі та поліпшенню результатів лікування.