

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

ТАКТИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Анциферова І. В. – студ.

Науковий керівник - д.м.н. проф. Леонов Василь Васильович

СумДУ, Медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність: Перфорація виразки – це важке ускладнення виразкової хвороби, що виникає, приблизно, у 10% хворих з виразкою дванадцятипалої кишки і у 4,4% випадків призводить до смерті. Зважаючи на недостатню ефективність сучасної терапії, частота розвитку ургентних станів залишається доволі великою.

Мета і завдання: З'ясувати тактику хірургічного лікування перфоративних виразок дванадцятипалої кишки.

Методи та матеріали: Було проведено аналіз статистичних даних, хірургічного відділення Сумської міської клінічної лікарні №5 за 2015 рік.

Результати: За 2015 рік в хірургічному відділенні СМКЛ №5 було проведено 19 ургентних операцій з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. Серед прооперованих 79% (15 пацієнтів) складають чоловіки і 21% (4 пацієнта) – жінки. У 94,7% випадків перфорація супроводжувалась явищами невідмежованого місцевого серозно-фібринозного перитоніту. У 5,25% - перфорація, окрім перитоніту, була ускладнена субкомпенсованим стенозом. У 73,7% випадків була виявлена одинична виразка з перфоративним отвором. А у 26,3% - окрім, основної виразки з перфорацією, була знайдена «дзеркальна» виразка без перфорації, що розташовувалась на задній стінці дванадцятипалої кишки. Середній розмір перфоративного отвору становить 0,59 ($\pm 0,33$) см. Середній розмір виразкового валу, при цьому, дорівнює 2 см ($\pm 0,8$). А середній розмір «дзеркальної виразки» 0,47 ($\pm 0,27$) см. У 94,7% випадках було проведено висічення перфоративної виразки з ушиванням і дуоденопластикаю по Джадду-Хорслі. При комбінації перфорації зі стенозом (5,3%) – проведено циркулярну резекцію цибулини ДПК з термінальним дуоденальним анастомозом. У разі виявлення дзеркальної виразки – додатково проводилось її ушивання дворядним капроновим швом. У всіх випадках проводилась санація і дренивання черевної порожнини.

Висновки: Операцією вибору, для лікування перфоративної виразки ДПК є її висічення з наступним ушиванням і дуоденопластикаю по Джадду-Хорслі. Показанням до даної операції є перфорація на передній стінці ДПК на 1,5 см. дистальніше пілоруса. При ускладненні перфорації, субкомпенсованим стенозом рекомендовано - циркулярну резекцію цибулини ДПК з термінальним дуоденальним анастомозом.

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ РЕНОПРОТЕКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАННЯМ НИРКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Анциферова І.В., студ. 4-го курсу

Науковий керівник – доц. Сікора В.В.

СумДУ, Медичний інститут,

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність роботи. Захворювання нирок комбінуються з артеріальною гіпертензією (АГ) у 65-100% хворих, залежно від ниркової патології. По мірі зниження функції нирок, частота виникнення артеріальної гіпертензії помітно збільшується, що пов'язано з недостатнім виведенням натрію та води з організму. В свою чергу, АГ сприяє зниженню функцій нирок за рахунок вазоконстрикції, змін ниркових судин, розвитку гіперфільтрації і спричиняє прогресування ниркової недостатності.

Мета. Визначити стратегію ренопротекції у хворих з поєднанням захворювань нирок та артеріальної гіпертензії.

Результати дослідження та їх обговорення. Стратегія ренопротекції у хворих з комбінацією захворювань нирок та артеріальної гіпертензії ґрунтується на поєднаному впливі на фактори ризику і полягає у зниженні артеріального тиску (АТ) принаймні до 139/89 мм.рт.ст (при діабетичній нефропатії до 120/75 мм.рт.ст.), протеїнурії до показників

не більше 0,3 г/добу, запобіганні розвитку гіпокаліємії та гіпернатріємії. Дані показники досягаються наступними заходами: гіпотензивна терапія, рекомендація щодо зниження маси тіла хворого, зниження добового вживання білку до 0,6г/кг, хлориду натрію до 2-3 г/добу, солі до 5 г/добу. Окрім того, слід звернути увагу, що для патогенетичного лікування хвороб нирок не можна призначати глюкокортикоїди, адже це сприяє підвищенню АТ.

Висновки. Артеріальна гіпертензія та різноманітні ниркові патології міцно пов'язані між собою за принципом «хибного кола», а тому, потребують комплексного підходу до лікування та попередження прогресування захворювань. Особливістю лікування у таких випадках є необхідність комбінування гіпотензивної терапії та патогенетичного лікування ниркового захворювання.

ПОШИРЕНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНИХ ДИСТРОФІЙ СІТКІВКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ РЕФРАКЦІЇ

Ашурбекова В.А., студ. 6 курсу

Науковий керівник: к.м.н. Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Введення. Периферична хоріоретинальна дистрофія (ПХРД) сітківки достатньо поширене захворювання очного дна, яке викликає тяжкі ускладнення аж до втрати зору.

Мета. Вивчення частоти виникнення хоріоретинальних дистрофій при різних видах рефракції.

Матеріали та методи. Обстежено 55 осіб (110 очей), у віці від 16 до 50 років. З них 10 очі з еметропією, 30 очей з міопією слабкого ступеню, 40 очі з міопією середнього ступеню, 20 очей з міопією високого ступеня та 10 очі з гіперметропічним видом рефракції. Обстеження включало візометрію, рефрактометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію.

Результати та їх обговорення. Відзначено, що 90 очей при різних видах рефракції, мають на своїй периферії хоріоретинальні дистрофічні вогнища. У пацієнтів з еметропією на 2 очах виявлені дистрофічні зміни за типом «решіток», патологічної гіперпігментації. На 20 очах з міопією слабкого ступеню, виявлені дистрофічні зміни периферії сітківки, в основному, у вигляді «сліду равлики», патологічної гіперпігментації, в декількох випадках - осередки Гартнера і на 2 очах були виявлені периферичні розриви сітківки. На 25 очах з міопією середнього ступеня, були виявлені в основному решітчаста дистрофія сітківки, осередки Гартнера, а також в 6 випадках розриви сітківки, на 15 очах з міопією високого ступеня виявлено решітчаста дистрофія і в 8 випадках розриви сітківки і на 2 очах з плоскою відшаруванням сітківки. Дистрофічні зміни сітківки у вигляді гратчастої дистрофії і були виявлені на 4 очах, і на 1- розриви сітківки. Пацієнти отримали лікування у вигляді відмежовуваної лазеркоагуляції сітківки.

Встановлено, що частота виникнення ПХРД при гіперметропії та еметропії нижче, в порівнянні з частотою виникнення у короткозорих високого ступеня.

Висновок. Виникнення периферичних хоріоретинальних дистрофій часто не прямо пропорційно ступеню короткозорості і враженості змін передньо-задньої осі ока.

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ, ПОСДНАНУ ІЗ НАБУХАЮЧОЮ КАТАРАКТОЮ

Балагуш О.-Г.С. Ціфринцев О.І.

Науковий керівник – асист. Н.А. Мартінек

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра офтальмології ФПДО

Актуальність. Глаукома – захворювання очей, що характеризується підвищенням внутрішньоочного тиску, яке призводить до атрофії зорового нерва і значної втрати зору, аж до сліпоты. Останнім часом особливу увагу звертають на форми глаукоми, при яких