

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНИХ ПОРАНЕННЯХ

Гуйван І.В.

Науковий керівник: проф. Замятін П.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1

Торакоабдомінальні поранення є одними з найважчих ушкоджень, оскільки має місце ушкодження двох суміжних порожнин. Частота таких ушкоджень 17% від усіх поранень черевної і грудної порожнини.

Метою даної роботи є дослідження вибору хірургічної тактики при ліво- та правосторонніх пораненнях.

Результати дослідження. Правосторонні торакоабдомінальні поранення зустрічаються в 20% від числа усіх торакоабдомінальних поранень, що в 4 рази менше лівобічних поранень. З органів черевної порожнини найчастіше, у 90-95%, ушкоджується печінка. Якщо поранення наскрізне, то в 7% випадків спостерігається також ушкодження сечового міхура. При ушкодженнях предметом великої довжини можливі ушкодження нижньої порожнистої вени, верхнього полюса правої нирки, правого вигину товстого кишечника, шлунку, підшлункової залози, дванадцятипалої кишки. При торакоабдомінальних пораненнях ліворуч, які зустрічаються в 80% випадків, частіше спостерігаються ушкодження селезінки, що може бути одним з небезпечних джерел кровотечі; тонкої кишки, товстої, лівою нирки, шлунку. При лівобічних пораненнях в 19% випадків виконується торакотомія з трансдіафрагмальною лапаротомією, в 37%-лапаротомія, 8%-торакотомія і лапаротомія, в 5%-лапаротомія з торакотомією. При правосторонніх торакоабдомінальних пораненнях в 8% випадків виконується торакотомія з трансдіафрагмальною лапаротомією, в 16% лапаротомія, 1,5%-торакотомія з лапаротомією і в 3%-лапаротомія з торакотомією. Проведення тораколапаротомія одним розрізом є методом вибору тільки при правосторонніх пораненнях з ушкодженням важкодоступних ділянок печінки, нижньої порожнистої вени.

Висновок. Хірургічна тактика має свої відмінності при право- і лівобічних ушкодженнях. Черговість оперативних втручань базується на визначенні пріоритету кровотечі в черевній або плевральній порожнинах

ПЕРШІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ЯЄЧКОВОЇ ВЕНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ВАРИКОЦЕЛЕ

Дейнека Т.І., Патлатюк Б.С. Горовий О.В.

Наукові керівники: к.мед.н., доц. курсу урології кафедри хірургії №1 Горовий В.І., асистент кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Чешанчук С.А., Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність теми. В структурі причин чоловічого безпліддя на варикоцеле, за даними літератури, припадає близько 20-40%. Основний метод лікування варикоцеле – хірургічний.

Мета роботи. Оцінити перші результати лікування хворих на варикоцеле після ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) яєчкової вени.

Матеріали та методи. У судинному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова ендовенозна лазерна коагуляція лівої яєчкової вени виконана 12 хворим у 2011-2016 рр. (Патент на корисну модель України №68494, 2012 р.). У 9 хворих була II ст. захворювання, у 2 – III ст. та у 1 – I ст. При виконанні операцій застосовували місцеве знечуження. Ендовенозна лазерна коагуляція проводилась за допомогою високоенергетичного діодного лазера з довжиною хвилі 940нм та потужністю 18Вт. Хворим виконували пункцію правої підключичної вени. Потім проводили катетеризацію лівої ниркової вени катетером «Cobra»7F та виконували флебографію для підтвердження скиду контрастної речовини в ретроградному напрямку по лівій яєчковій вені. У подальшому виконували селективну катетеризацію лівої яєчкової вени та контрольну флебографію для виявлення рівня встановленого катетера і подальшого проведення ЕВЛК. По катетеру проводили лазерний

світловод із фіксатором рівня та гемостатичним клапаном. Проводили ЕВЛК на протязі 1 – 1,5см у верхній третині яєчкової вени загальною дозою 60-100Дж. Наступним етапом виконували флебографію для підтвердження повної оклюзії лівої яєчкової вени у верхній третині. Оглядали хворих через 3, 6 та 12 місяців після операції.

Результати. У всіх хворих відмітили повну оклюзію лівої яєчкової вени за даними флебографії та спадіння варикозно розширених вен мошонки. Ускладнень під час виконання оперативних втручань не відмітили.

Висновки. ЕВЛК лівої яєчкової вени є мініінвазивною альтернативою традиційних хірургічних методів і потребує подальших досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЛЕВРИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРВИННОГО ПРОМЕНЕВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Дедкова К. А.

Науковий керівник: проф. Дужий І.Д.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотрії

Ще до кінця 80-х років минулого століття синдром плеврального випоту (СПВ) ототожнювався з плевритом. Лише фундаментальні праці вітчизняних вчених змінили клінічне мислення лікарів у цьому напрямку. Причиною накопичення випоту у плевральній порожнині може бути більше 90 різноманітних захворювань торакальної та позаторакальної локалізації.

Мета. Вивчити ендоскопічні зміни у плевральній порожнині хворих із синдромом плеврального випоту.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням було 329 хворих. Основну групу (142) склали хворі, у яких первинним методом променевого дослідження була ультрасоноскопія; порівняльну (187) – хворі, що обстежувалися рентгенологічно. Основним етапом верифікації захворювання була торакоскопія та плевробіопсія.

Результати. У хворих основної групи ультрасоноскопія дозволила встановити СПВ і, відповідно, провести ендоскопічне дослідження на 3-4 тижні раніше від хворих групи порівняння. У 85 (59,9%) хворих основної групи ендоскопічно встановлено туберкульозний плеврит, у 21 (14,8%) – неспецифічний, у 20 (14,1%) – неопластичний. По 5 хворих (3,5%) мали кардіальну та післятравматичну природу випоту, у 6 (4,2%) хворих була емпієма плеври. Поміж хворих групи порівняння туберкульозний плеврит був у 93 (49,7%) осіб. По 34 (18,2%) особи мали неопластичні та неспецифічні захворювання, у 13 (7,0%) хворих констатована емпієма плеври, у 9 (4,8%) та 4 (2,1%) мав місце кардіальний та післятравматичний плеврит відповідно.

У хворих основної групи плевральні нашарування спостерігали у 85,7%, 14,1% та 10,0% обстежених з неспецифічним, туберкульозним та неопластичним плевритом відповідно. Усі 100% хворих з післятравматичним плевритом та емпіємою плеври мали плевральні нашарування. Поміж хворих групи порівняння плевральні нашарування мали місце у 98,9%; 94,1%; 84,6%; 75,0% та 52,9% хворих з туберкульозним, неспецифічним плевритом, емпіємою, післятравматичним та неопластичним процесами відповідно. Отже, хворі на туберкульоз плеври групи порівняння мали нашарування у 7,0 разу частіше за хворих основної групи. Загалом же у хворих групи порівняння фібринні нашарування на плеврі спостерігали у 83,4% хворих проти 30,3% хворих основної групи, що частіше у 2,8 разу ($P < 0,05$).