

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

ТРАДИЦІЙНІ ТА МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Павлік О.В., Габрук І.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра загальної хірургії

Актуальність: Ішемічна хвороба серця (ІХС) є одним з найбільш поширених і, разом з тим, одним з найбільш небезпечних для людини захворювань. На сьогоднішній день найефективнішими методами лікування ішемії міокарда є аортокоронарне шунтування (АКШ) і стентування.

Мета: Аналіз літературних даних з приводу різних методів оперативних втручань при ІХС, визначення найбільш ефективного методу лікування серцево-судинних захворювань, порівняння різних методик АКШ.

Матеріали та методи: Вивчення і реферування наукових літературних джерел по даному питанню, збір дослідницького матеріалу і його аналіз.

Результати: Вибір оперативного втручання при ІХС визначається після проведення коронарографії та експертної оцінки ступеня ураження коронарних артерій серця. АКШ з використанням апарату штучного кровообігу – це традиційний метод, що виконується шляхом серединної стернотомії. На період основного етапу операції замість серця буде працювати апарат штучного кровообігу. При АКШ на відкритому серці застосовується спеціальне обладнання, що дозволяє зменшити коливання серця при шунтуванні коронарних артерій. Доступ до серця виконується повною серединною стернотомією. Використовуються спеціальні стабілізатори міокарда – фіксатор верхівки серця, і стабілізатор операційного поля. Хірургічна система «Da Vinci» - це складна роботизована платформа, призначена для виконання оперативних втручань через малоінвазивний доступ. При виконанні ендоскопічного шунтування із застосуванням хірургічної робот-системи «da Vinci», хірург виконує декілька невеликих проколів між ребрами, через які вводяться інструменти і ендоскоп. Для виконання операції на серці без його зупинки використовується сучасна технологія стабілізації серця.

Висновки: На сьогоднішній день АКШ є досить розповсюдженою операцією, що дозволяє пацієнтам відчувати значне клінічне поліпшення в короткі терміни і повернутися до звичного ритму життя.

РАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА СПАЙКОВА КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ, ЯК ПРИЧИНА РЕЛАПАРОТОМІЇ

Семенчук О.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Пак В.Я.

Сумський державний університет, кафедра хірургії та онкології

Актуальність: Рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність (РПСКН) – часте ускладнення операцій на ШКТ. До цього часу не достатньо розроблені критерії діагностики та хірургічної тактики.

Мета дослідження: Вивчити клінічні та лабораторні фактори розвитку РПСКН у динаміці.

Матеріали і методи: Виконано ретроспективне дослідження результатів лікування 72 хворих на РПСКН, усім їм у ранньому післяопераційному періоді проведена релапаротомія.

Результати дослідження: У 36(50,0%) хворих перші симптоми з'явилися на 3-6 день, у 14(19,4%) – на 7-10, а в 12(16,7%) – на 11-12 день після операції. Релапаротомія в 32(44,5%) хворих виконана на 3-6, у 18(25,0%) – на 7-10, а в 14(19,4%) – на 11-12 день від початку захворювання. Встановлено, що РПСКН більш характерна для чоловіків – 52(72,2%), з 0(І) групою крові – 32(44,4%), працездатного віку – 21-50 років - 52(72,2%). Частіше виникала навесні 30(41,7%) та восени – 22(30,6%), що загалом склало 52(72,2%) пацієнти, а також після операцій з приводу апендициту в 26(36,1%) хворих, спайкової кишкової непрохідності - 28(38,9%), перфоративної виразки ДПК – 12(16,7%). У 66(91,7%) дренажі були заведені в таз,

де при релапаротоміях у 100% випадків знаходили виражений спайковий процес, а у 70(97,2%) встановлено характер ексудату: серозно-геморагічний - 26(37,1%), гнійний – 20(28,6%), серозний – 16(22,8%), серозно-фібринозний – 8(11,4%). У 22(30,6%) хворих виявлено абсцес у порожнині очеревини, що локалізувався у 81,8% випадків між петлями кишок. Дифузний перитоніт діагностовано в 30(41,7%) хворих; у 8(11,1%) – перфорація тонкої кишки. У 70(97,2%) пацієнтів операція закінчена інтубацією тонкої кишки. Післяопераційний період у 10(13,5%) ускладнився пневмонією, в 20(27,8%) – нагноєнням післяопераційної рани. Лабораторно встановлено, що в період від попередньої операції до релапаротомії гіпопротеїнемія була у 29,1%, зниження рівня гемоглобіну в 52,7% і лейкоцитоз – у 62,9% випадків. Після релапаротомії на 2-4 день показники погіршились: рівень загального білка знижений у 57,3%, анемія була у 86,1%, а лейкоцитоз у 69,4% пацієнтів, зокрема у 62(86,1%) з них – зсув лейкоцитарної формули вліво. Ліжко-день після релапаротомії склав 19,5, загальний – 26,9.

Висновки: РПСКН призводить до глибоких порушень гомеостазу на фоні виснаження захисних сил організму. Виникають пневмонії, що є причиною застою та аспірації, а вони пов'язані з тривалим ліжковим режимом і трансназальною інтубацією тонкої кишки. Гнійно-запальні процеси в післяопераційній рані та порожнині очеревини є причиною раннього спайкоутворення, бо навколо них відбувається склеювання великого сальника і петель кишок. Рання діагностика РПСКН і своєчасна релапаротомія є запорукою успішного результату лікування хворих.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ІМПЛАНТАЦІЇ ТОРИЧНОЇ ШОЛ ACRYSOF IQ TORIC У ХВОРИХ З РОГІВКОВИМ АСТИГМАТИЗМОМ

Панченко В.Д.

Науковий керівник: асист. Панченко Н.А.

Сумський державний університет, кафедра ортопедії та травматології

Актуальність: Сучасні технології хірургії катаракти та дизайн сучасних штучних інтраокулярних лінз (ШОЛ) забезпечують високий рівень функціональних результатів. Досягнення рефракції цілі є одним з основних критеріїв зорової реабілітації хворих після хірургії катаракти. Поява торичних ШОЛ значно підвищило потребу в точності розрахунку їх оптичної сили.

Мета дослідження: Аналіз функціональних результатів імплантації та результатів розрахунку торичних ШОЛ та методів корекції отриманої післяопераційної аметропії.

Матеріали та методи: Було проаналізовано 5 клінічних випадків імплантації торичної ШОЛ AcrySOF IQ Toric. Вік пацієнтів від 40 до 76 років. Всім хворим виконана первинна імплантація (очі з інтактними рогівками). Гострота зору до операції склала від 0,08 до 0,4 з корекцією. ПЗО від 21,15 – 27,22 мм, КМ – 40,96 – 47,11. Передопераційна рефракція від + 1,0 дптр до – 17,0 дптр, передопераційний рогівковий астигматизм від 1,44 до 2,79 дптр. Для розрахунку ШОЛ використовували автокераторефрактометр TOMEY RC – 5000 та ультразвуковий А-скан OcuScan (Alcon, США).

Результати: Рефракція цілі $E_m \pm 1,0$ дптр в 100% випадків. Відхилення ШОЛ від запланованої осі астигматизму не перевищувала 5' та не приводила до зниження зорових функцій. Була досягнута загальна задоволеність пацієнтів результатами гостроти зору, про що свідчить дані анкетування за критеріями: залежність від окулярів, нічний зір, читання літератури, оптичні феномени, робота з комп'ютером.

Висновок: Імплантація торичної ШОЛ AcrySOF IQ Toric пацієнтам з катарактою та рогівковим астигматизмом дозволяє отримати високі зорові функції та відмовитися від використання окулярів для далі. Стабілізація показників та гостроти зору відбувається тільки к 3 місяцям після операції.