

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

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.