

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

РАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНА СПАЙКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК

Пак В.Я., Пак С.Я., Юрченко Ю.В.

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ

Виконано ретроспективне дослідження «випадок-контроль» результатів лікування 72 хворих на ранню післяопераційну спайкову непрохідність кишок (РПСНК), усім їм у різні терміни післяопераційного періоду проведено релапаротомію. В 36(50.0%) хворих перші симптоми з'явилися на 3-6 день, у 14(19.4%) – на 7-10 день, а в 12(16,7%) – на 11-12 день після операції. Релапаротомія в 32(44,5%) пацієнтів виконана на 3-6 день, у 18(25,0%) – на 7-10 день, а в 14(19,4%) – на 11 и 12 день від початку захворювання. Встановлено, що дане захворювання більш притаманне особам чоловічої статі – 52(72,2%), з 0(I) групою крові – 32(44,4%), працездатного віку – 21-50 лет - 52(72,2%).

Звертає на себе увагу та обставина, що для РПСНК характерна сезонність. Захворювання частіше виникало весною 30(41,7%) і восени – 22(30,6%), що в сумі склало 52(72,2%) пацієнти. РПСНК була наслідком операцій з приводу апендициту в 26(36,1%) хворих, переважно деструктивних форм – 69,2%, спайкової кишкової непрохідності – 28(38,9%), перфоративної виразки 12-п. кишки – 12(16,7%), кесаревого розтину – 5(6,9%), над піхвової ампутації матки – 1(1,4%). Всі операції закінчувалися дренажуванням черевної порожнини. В 66(91,7%) дренажі були заведені в таз, где під час релапаротомії у 100% випадків відзначали виражений спайковий процес. У 70(97,2%) хворих був присутній ексудат: серозно-геморагічний – у 26(37,1%), гнійний – у 20(28,6%), серозний – у 16(22,8%), серозно-фібринозний – у 8(11,4%). У 22(30,6%) пацієнтів був знайдений абсцес черевної порожнини, що локалізувався у 81,8% випадків між петлями тонкої та сигмовидної кишки. Дифузний перитоніт діагностовано в 30(41,7%) хворих, у 8(11,1%) – перфорація тонкої кишки, що, ймовірно, було наслідком десерозації під час попередніх операцій.

Оцінюючи результати лабораторних обстежень встановлено, що в період від попередньої операції до релапаротомії гіпопротеїнемія була в 29,1%, анемія та лейкоцитоз – у 62,9% випадків. Після релапаротомії лабораторні показники погіршилися: рівень загального білка крові знизився у 50,0% хворих, анемію спостерігали у 86,1%, а лейкоцитоз у 69,4% пацієнтів. Слід зазначити, що в 62(86,1%) – констатовано зсув лейкоцитарної формули вліво.

В 70(97,2%) пацієнтів релапаротомія закінчувалася інтубацією тонкої кишки з метою декомпресії та «шинування». Післяопераційний період у 10(13,5%) ускладнився пневмонією, в 20(27,8%) – нагноєнням післяопераційної рани. Ліжко-день після релапаротомії склав 19,5, а загальний – 26,9.

Отримані результати дають лише загальну уяву про РПСНК, але дозволяють зробити висновки про те, що це захворювання призводить до глибоких порушень гомеостазу на фоні виснаження захисних сил організму. Виникають пневмонії, причиною яких є застій і аспірація внаслідок тривалого ліжкового режиму і трансназальної інтубації тонкої кишки. Гнійно-запальні процеси у післяопераційній рані та черевній порожнині виникають внаслідок порушень гомеостазу і склеювання петель кишечника.

Рання діагностика РПСНК і своєчасна релапаротомія є передумовою успішного лікування хворих.

ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Павленко А.Ю., студентка 6 курсу

Науковий керівник – д.м.н., проф. Потапов О.О.

Сумський державний університет

Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології

Черепно-мозкова травма і її наслідки за останні 10 років складають більше половини пацієнтів нейрохірургічних відділень України. Частота черепно-мозкової травми (ЧМТ) в різних країнах коливається від 2 до 4,5 на 1000 населення, а смертність - від 8 до 11-12 на 100

000 населення. Частота гострої ЧМТ в різних регіонах України коливається від 2,3 до 6,0 ‰, складаючи в середньому 4-4,2 ‰, тобто близько 200 тис. осіб на рік. Техногенний розвиток цивілізації сприяє не тільки збільшенню кількості постраждалих з важкою і поєднаною ЧМТ, але й ускладненню самої травми. В останні роки особливо швидко збільшується транспортний травматизм, більшу частину якого становить важка черепно-мозкова травма. Останнім часом з розвитком анестезіології та реаніматології, уточненням патогенетичних механізмів утворення травматичних внутрішньочерепних гематом, вивченням їх клініки та діагностики, вдосконаленням способів хірургічного лікування та інтенсивної терапії вдалося значно поліпшити результати лікування даної категорії хворих. Однак, летальність серед хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою залишається ще високою і досягає за даними багатьох авторів 60-80%, а інвалідність і зниження працездатності - до 66 ‰. Вдосконалення хірургічних аспектів лікування повинно здійснюватися з одночасною розробкою і впровадженням консервативної терапії, спрямованої на попередження незворотного ураження мозку.

Ціль: визначення тактики лікування пацієнтів з ЧМТ. Розробка системи комплексного лікування.

Задачі дослідження:

- вивчити клініку і вдосконалити діагностику ЧМТ
- уточнити показання та протипоказання до хірургічного лікування, терміни і обсяг його проведення в залежності від рівня переважання ураження різних відділів стовбура мозку
- удосконалити способи хірургічного лікування множинних вогнищ розтрощення мозку
- показати ефективність комплексного лікування з використанням церебраліну і кокарнітину в післяопераційному періоді
- вивчити віддалені результати комплексного лікування ЧМТ.

Всього було досліджено 50 хворих із важкою ЧМТ (42 – чоловіки, 8 – жінки). Всі хворі були піддані клініко-неврологічному дослідженню при надходженні, за показаннями КТ, МРТ і вони оперовані протягом 72 годин з моменту отримання травми. Неврологічне дослідження включало в себе оцінку ступеня порушення свідомості хворих за шкалою ком Глазго (ШКГ), стану і розміру зіниць, наявності або відсутності стовбурових рефлексів. Анатомічне розташування і обсяг субдуральної травматичної гематоми верифіковані за допомогою КТ / МРТ головного мозку та інтраопераційних даних. Показанням до оперативного лікування була наявність гострої СДГ, що викликає наростаючу компресію головного мозку. Єдиним протипоказанням до проведення оперативного втручання вважали тільки наявність агонального стану постраждалих. З 50 спостережуваних пацієнтів прооперовані всі.

КТ дослідження було виконано 9 пацієнтам, при цьому була відзначена певна залежність формування СДГ від місця прикладеної травмуючої сили.

МРТ дослідження головного мозку було проведено у 14 хворих. МРТ головного мозку є найбільш надійним поліпроекційним методом неінвазивного розпізнавання СДГ незалежно від їх розташування, об'єму та характеру вмісту.

Накладення діагностичного фрезьового отвору застосовувалося у 4 хворих з гострими СДГ. Основним показанням до застосування пошукових фрезьових отворів став важкий стан хворого, необхідність термінового оперативного втручання. При виявленні гематоми виконувалась операція - видалення крововиливу різними методами.

Консервативне лікування хворих з тяжкими черепно-мозковими травмами включало в себе суворий ліжковий режим, обмеження рідини, що вводиться до 1,5 літрів на добу, прийом проносних засобів, дегідратаційну терапію (фуросемід, лазикс, манітол і т.д.), Таке лікування проводилося протягом 2-3 тижнів. З групи нейропептидів з доведеними нейропротекторними властивостями використовувався церебралізін.

Церебралізін - гідролізат білкової витяжки з головного мозку молодих свиней, містить 85% амінокислот і 15% пептидів. Низька молекулярна маса пептидів церебралізіна дає йому можливість легко проходити через гематоенцефалічний бар'єр і включатися в метаболізм нейронів. В даний час виділяють три основних компоненти нейропротективного дії

церебролізину: метаболічна регуляція, нейромодуляція і нейротрофічний ефект. Метаболічна регуляція полягає в підвищенні ефективності аеробного енергетичного метаболізму головного мозку, поліпшенні біосинтезу білка в нейронах, нормалізації функцій іонних насосів, зниженні рівня лактату. Завдяки цьому попереджається утворення вільних радикалів, знижується концентрація продуктів перокисного окислення ліпідів. Це запобігає загибелі нейронів внаслідок гіпоксії та ішемії. Нейротрофічна дія церебролізину багато в чому подібна до механізму дії фактора росту нервів. Він підтримує життєдіяльність нейронів, гальмує їх деструкцію.

Церебролізін також стимулює диференціювання нервових клітин. Є дані про здатність церебролізину збільшувати число клітин-попередників нейронів (стовбурових 23 клітин) в корі головного мозку. Нейротрофічна дія церебролізину має важливе значення в попередженні апоптозу. Нейромодуляторна дія церебролізину полягає в поліпшенні функціональної взаємодії нейронів і гліальних структур, метаболізму нейротрансмітерів, що обумовлює поліпшення синаптичної передачі і синаптичної пластичності. Дія церебролізину реалізується на рівні генів, що регулюють обмінні процеси.

Церебролізін ефективний як при гострій черепно-мозковій травмі, так і в лікуванні наслідків травми мозку, що було продемонстровано в клінічних спостереженнях. У хворих з черепно-мозковою травмою доведено необхідність найбільш раннього призначення препарату (з перших годин і доби захворювання), що дозволяє віднести його до первинних нейропротекторів. Рекомендоване введення церебролізину в дозі від 10 до 50 мл внутрішньовенно крапельно на 100-250 мл фізіологічного розчину протягом 60-90 хвилин. Тривалість курсу внутрішньовенних ін'єкцій - до 3-4 тижнів.

Іншим ефективним препаратом у лікуванні хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою є кокарнітин компанії "World Medicine". Кокарніт являє собою раціонально підібраний комплекс метаболічних речовин і вітамінів. Нікотинамід одна з форм вітаміну РР, бере участь в окисно-відновних процесах в клітині, покращує вуглеводний і азотний обмін, нормалізує ліпідний обмін. Кокарбоксілаза кофермент, що утворюється в організмі з тіаміну (вітаміну В1), який надходить ззовні. Ціанокобаламін (вітамін В12) в організмі перетворюється на активну форму кобамід, що володіє високою біологічною активністю. Активує обмін вуглеводів і ліпідів. Підвищує здатність тканин до регенерації. У хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою Кокарніт нами використовувався у вигляді внутрішньом'язових ін'єкцій по 2,0 мл щодня протягом 10-14 діб. Побічні дії при призначенні кокарнітину не відзначена.

Проведене клінічне дослідження показало, що при важкій черепно-мозковій травмі на перший план у лікуванні виходить вчасно проведене оперативне втручання з наступним комплексом медикаментозної терапії з використанням ефективних сучасних лікарських засобів.

ВИБІР МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

Плахтиря Є.А. Томенко А.М.¹⁾

Науковий керівник – Шишук В.Д.

Сумський державний університет

кафедра ортопедії та травматології

¹⁾Травматологічне відділення КУ СМКЛ№1

Лікування переломів ділянки гомілковостопного суглоба є актуальною проблемою травматології, що обумовлено тяжкістю травми, можливими наслідками і достатньою частотою виникнення. Кількість травм даної локалізації збільшується, й у значної кількості випадків вони зустрічаються в осіб працездатного віку. Одними з найбільш тяжких травм гомілковостопного суглоба є переломи кісточок типу В і С (за класифікацієюАО), коли відбувається пошкодження елементів між гомілкового синдесмозу.