

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

**Висновки.** Базально-клітинний рак є найбільш поширеним злоякісним новоутворенням повік у Харківській області і його доля за останні п'ять років збільшилася з 75,4% до 85%. Отримані результати свідчать про необхідність детального вивчення факторів, що сприяють виникненню даного захворювання.

## ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНОЇ ГІПЕРТЕРМІЧНОЇ ПЕРФУЗІЇ КІНЦІВОК В УКРАЇНІ

*Пухтєєва О.Д.*

*ЦРВМ (УК) Одеського національного медичного університету*

**Актуальність теми:** Саркоми м'яких тканин є високозлоякісними пухлинами і вражають осіб молодого і працездатного віку. В даний час для лікування поширених і рецидивуючих сарком кінцівок в Україні існує єдиний метод лікування - ампутація, в той час як в Європі використовують ізольовану гіпертермічну перфузію кінцівок (HILP), що дозволяє уникнути ампутації і поліпшити якість життя пацієнтів.

**Мета роботи:** впровадження в практику відділення методу HILP при саркомах м'яких тканин кінцівок.

**Контингенти і методи:** Під спостереженням знаходяться двоє пацієнтів, віком 42 та 47 років, з саркомами м'яких тканин верхньої і нижньої кінцівки, яким в клініках міста було запропоновано виконання ампутації. Для виконання процедури HILP використовувався апарат Performer HT фірми RAND, препарат Алкеран (мелфолан) в дозуванні 13 мг/л об'єму кінцівки, експозиція - 60 хв, t перфузату 42°C, t в пухлині 38°C. Обсяг кінцівки розраховувався за даними томографії. Кінцівка була ізольована від системного кровотоку за допомогою канюляції магістральних артерій і вени та накладення джгута для перекриття колатералей.

**Результати та їх обговорення:** Через 6-8 тижнів спостерігається значне зниження обсягу пухлинної тканини, збільшення рухливості суглобів, зменшення больового синдрому і суб'єктивне поліпшення якості життя пацієнтів. Відзначається регресія вогнищ розпаду пухлини. При використанні препарату Алкеран (мелфолан) в даних дозуваннях не відзначався токсичний вплив на нирковий епітелій. В одному випадку були явища капіляротоксикозу, що може бути пов'язано з неточністю розрахунку дози препарату.

**Висновки:** Не дивлячись на малий досвід використання гіпертермічної ізольованої перфузії кінцівок, цей метод можна розглядати як перспективний метод лікування сарком м'яких тканин кінцівок.

## СВІТОВИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ АТИПОВИХ ВИПАДКІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ НА ПРИКЛАДІ СИНДРОМУ ФІТЦ-Х'Ю-КУРТІСА

*Ракоча І.І., Бернацький А.В.*

*Науковий керівник – Маюра Н.А.*

*Сумський державний університет, кафедра хірургії та онкології*

**Актуальність.** Широке поширення ЖКХ та розвиток малоінвазивних технологій зумовили високу оперативну активність при цьому захворюванні. Паралельно збільшилася кількість хворих у яких холецистектомія не ліквідує прояви запального процесу у правому підребер'ї.

**Мета дослідження.** Вивчити можливі чинники, які викликають симптоми, що симулюють гострий холецистит або ПХЕС.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз публікацій, у яких висвітлені питання діагностики та лікування складних та атипових випадків патології гепатобіліарної зони, а також світові дані про синдром Фітц-Х'ю-Куртиса.

**Результати дослідження.** Хірурги відмічають випадки невідповідності між симптомами гострого холециститу та очікуваними морфологічними змінами. Дослідження вказують, що у 5% хворих на ПХЕС не вдається виявити об'єктивних причин больового синдрому.

Синдром Фітц-Х'ю-Куртиса - це хламідієасоційований розвиток псевдомембранозного глісоніту. У гострій фазі є біль у правій підреберній ділянці та у проекції жовчного міхура, що іррадіює у праве надпліччя. У жінок може бути супутній аднексит. У чоловіків - симптоми уретриту.

Лапароскопія дозволяє встановити остаточний діагноз синдрому Фітц-Х'ю-Куртиса. Можна побачити запалення капсули печінки та незначну кількість серозного ексудату без перитоніту. У правому підребер'ї візуалізуються глісоперитонеальні зрощення, які нагадують «струни скрипки». В патологічний процес не залучається жовчний міхур.

**Висновки.** Іноді хірурги розцінюють генез зазначених зрощень помилково, як наслідок багаторазових нападів гострого холециститу або залишковими явищами нижньочасткової пневмонії.

На сьогоднішній день немає діагностичних стандартів, які дозволяють верифікувати синдром Фітц-Х'ю-Куртиса. Втім серологічне визначення IgM та IgG до Chl. trachomatis дає вірогідний позитивний результат.

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ВАГІТНИХ

*Ромась О. А., Рудика О. М.*

*Науковий керівник: доц. П'ятикоп Г. І.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Точна діагностика гострого апендициту – одна з невирішених проблем абдомінальної хірургії.

**Мета роботи:** вивчити можливості поліпшення діагностики гострого апендициту у вагітних, а також хірургічної тактики для зниження кількості гнійно-септичних ускладнень та усунення загрози для здоров'я і життя матері та плода.

**Матеріали та методи:** В хірургічній клініці на базі КУ СОР «Сумська обласна клінічна лікарня» в період з 2012 по 2016 рр. з приводу гострого апендициту оперовано 744 хворих. З них 282 (38%) – чоловіків і 462 (62%) – жінок. У 62 (13% від загальної кількості жінок) пацієнток гострий апендицит виник на фоні вагітності.

З неінвазивних методів діагностики перевагу віддавали УЗД органів черевної порожнини.

**Результати:** Гострий простий апендицит виявлено у 47,9% жінок, флегмонозний – у 49,3%, гангренозний – у 2,8%. У I триместрі оперовано 18,3%, у II – 45,1%, у III – 36,6% вагітних. Лапаротомна техніка не відрізнялася від звичайної. У III триместрі вагітності розріз виконували дещо вище здухвинної кістки внаслідок зміщення сліпої кишки та червоподібного паростка догори.

У звичайній ситуації при апендектомії дренажування черевної порожнини не проводили внаслідок загрози переривання вагітності в післяопераційному періоді.

Гнійні ускладнення виявлено у 3 (5%) хворих. Переривання вагітності та летальних наслідків не було.

**Висновок:** Таким чином, вагітність обтяжує перебіг гострого апендициту внаслідок зниження імунітету і фізіологічної анемії та ускладнює точну своєчасну діагностику через подібність ознак гестозу і гострого апендициту, особливо в I триместрі.

Своєчасна діагностика і лікування апендициту у вагітних потребують узгодженої роботи хірурга, акушера-гінеколога та анестезіолога для запобігання виникненню гнійно-септичних ускладнень та загрози для здоров'я і життя матері та плода.