

Мета: Вивчити можливість застосування збагаченої тромбоцитами плазми у лікуванні пошкодження ротаторної манжети плечового суглоба.

Матеріали та методи: У дослідження включено 20 пацієнтів з травматичними та дегенеративним розривами ротаторної манжети плечового суглоба. Для діагностики пошкоджень ротаторної манжети використовували клінічні тести, рентгенографію, ультразвукове обстеження та магнітно-резонансну томографію. Пацієнти отримували субакроміальні ін'єкції збагаченої тромбоцитами плазми тричі з інтервалами в тиждень. Також всім пацієнтам проводилось фізіотерапевтичне лікування та лікувальна фізкультура для збереження об'єму рухів в плечовому суглобі та укріплення м'язів ротаторної манжети. Після проведеного лікування оцінювали функцію плечового суглоба та вираженість больового синдрому за ВАШ. Збагачена тромбоцитами плазма готувалась за допомогою одноетапного центрифугування. Для оцінки рівня тромбоцитів проведено дослідження плазми крові 10 клінічно здорових донорів.

Результати: За результатами досліджень встановлено, що при використанні нами методу одноетапного центрифугування рівень тромбоцитів в плазмі збільшувався в середньому в 1,85 рази (зі $197 \pm 6,67 \cdot 10^9/\text{л}$ до $365 \pm 12,41 \cdot 10^9/\text{л}$). Застосування збагаченої тромбоцитами плазми в комплексному консервативному лікуванні пошкоджень ротаторної манжети плечового суглоба дозволило покращити клінічну симптоматику пацієнтів та зменшити вираженість больового синдрому за шкалою ВАШ в 3 рази (з 7.5 ± 0.4 до 2.4 ± 0.2).

Висновки: Використання одноетапного методу центрифугування дозволяє збільшити рівень тромбоцитів в плазмі крові в 1,85 рази (до $365 \pm 12,41 \cdot 10^9/\text{л}$). Використання збагаченої тромбоцитами плазми в комплексному консервативному лікуванні пошкоджень ротаторної манжети плечового суглоба дозволяє покращити функцію плечового суглоба та зменшити вираженість больового синдрому в 3 рази. Застосування даного методу є безпечним та потребує подальшого вивчення для оцінки ефективності при лікуванні патології ротаторної манжети плечового суглоба.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ХВОРИХ ПРИ СТЕНОЗУЮЧИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СТРАВОХОДУ

Шапринський Є. В.

Науковий керівник: проф. Бойко В. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Кафедра хірургії медичного факультету № 2

На сьогоднішній день недостатньо розроблена лікувальна тактика та інтенсивна терапія при різних видах стенозуючих захворювань стравоходу. Метою нашої роботи є розробити лікувальну тактику при стенозуючих захворюваннях стравоходу.

Проведений аналіз оперативного лікування 222 хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу (СЗС), що знаходились на лікуванні у відділенні хірургії стравоходу та шлунково-кишкового тракту ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» та у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 2003 по 2015 роки. Причинами виникнення СЗС були: післяопікові рубцеві стриктури стравоходу – у 52, післяопераційні рубцеві стриктури – у 27, стриктури внаслідок рефлюкс-езофагіта – у 16, ахалазія стравоходу – у 45, рак стравоходу – у 65, лейоміома стравоходу – у 5, дивертикул стравоходу, ускладнений непрохідністю – у 12. Хворі були розподілені на групу порівняння, в яку увійшло 127 хворих (57,21 %), прооперованих з 2003 по 2010 роки, яким проводився стандартний комплекс обстеження та лікування СЗС, та групу вивчення, основну, репрезентативну першій, в яку увійшло 95 хворих (42,79 %), прооперованих з 2011 по 2015 роки, у яких застосовувався запропонований діагностично-лікувальний алгоритм та технологія виконання реконструктивно-відновних оперативних втручань. Крім того, у хворих основної групи був проведений аналіз ролі окремих прогностичних факторів у виникненні післяопераційних ускладнень (ПУ) на базі логістичної регресії. В результаті моделювання ризику виникнення ПУ були відібрані найбільш вагомі предиктори, а саме встановлено, що: ризик ПУ достовірно зростає із наявністю технічних труднощів під час операцій, коефіцієнт моделі = 4,1399 з $p=0,0083$; наявністю цукрового діабету, коефіцієнт моделі = 3,2766 з $p=0,0693$, рівнем альбумінів плазми крові менше 25 г/л, коефіцієнт моделі = 3,2932 з $p=0,0224$; повною непрохідністю стравоходу, коефіцієнт моделі = 0,8492. Запропонована нами технологія лікування хворих на СЗС достовірно зменшує ризик ПУ, коефіцієнт моделі = -6,5724 з $p=0,0057$. Доведено, що, зважаючи на лаконічність лінійного предиктора, який складається лише з п'яти факторів ризику, діапазон прогнозованого ризику розвитку ПУ широкий і має гарну роздільну здатність з межами від 0 % до 99,8 %. Запропонований діагностичний алгоритм полягав у виконанні езофагоскопії з послідуною біопсією, проведенні ультрасонографії, оглядової рентгенографії

органів грудної клітки, контрастної рентгенографії стравоходу, виконанні спіральної комп'ютерної томографії у 3-D режимі. За показами у деяких випадках виконувалась ангіографія – з метою вивчення особливостей кровопостачання і підготовки майбутнього трансплантата до езофагопластики.

На основі врахування обраних прогностичних критеріїв і побудованої моделі прогнозу розвитку ПУ нами була розроблена лікувальна тактика. Вона полягала у наступному: хворі з високим ступенем ризику розвитку ускладнень підлягали тільки мініінвазивним методам лікування, корекції трофологічного статусу у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Мініінвазивні методи лікування полягали у попередній дилатації стриктури (бужування чи балонна дилатація), при їх неефективності і вкрай важкому стані хворого – стентування. При незадовільних умовах для виконання стентування накладали гастростому за Вітцелем чи Штамом-Сенном-Кадером під місцевим знечуженням; хворі із середнім ступенем ризику розвитку ускладнень підлягали інтенсивній інфузійній терапії з корекцією трофологічного статусу перед подальшою езофагопластикою в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії; хворі з низьким ступенем ризику розвитку ускладнень підлягали реконструктивно-відновному оперативному втручанню з попереднім проведенням передопераційної підготовки у хірургічному відділенні. Запропонована технологія лікування, що проводилась паралельно з виконанням діагностичного алгоритму і включала в себе послідовне виконання її 3 етапів.

Проведений аналіз результатів лікування хворих на СЗС показав, що найближчий післяопераційний період у 95 (42,79 %) пацієнтів перебігав без ускладнень, у 127 (57,21 %) – були різного роду ускладнення, від яких 10 (4,50 %) хворих померло. Результати застосування запропонованої лікувальної тактики, періопераційної інтенсивної терапії і технології лікування свідчили про більш швидку стабілізацію лабораторних, біохімічних показників в післяопераційному періоді у хворих основної групи.

Таким чином, в результаті застосування розробленої нами лікувальної тактики і технології лікування хворих на стенозуючі захворювання стравоходу встановлено, що перебіг післяопераційного періоду є більш сприятливим, ніж у хворих, яким під час лікування не використовували запропоновані методики. Їх використання дозволило достовірно знизити рівень специфічних післяопераційних ускладнень 28,34 до 12,63 %, скоротити тривалість перебування хворих в стаціонарі з 26,1±1,1 до 22,0±0,5 ліжко-дня ($p<0,001$) та знизити післяопераційну летальність з 6,29 % до 2,11 %.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОФТАЛЬМОДИРОФИЛЯРИОЗА В г.ЗАПОРОЖЬЕ

Шнякин М.А., Глинка С.В.

Научный руководитель: проф. Завгородняя Н.Г., доц. Саржевская Л.Э.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Цель. Изучение распространенности и клинико-морфологических особенностей офтальмодиросифилиоза в г.Запорожье.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 31 пациента в возрасте от 21 до 78 лет. Офтальмологическое обследование: визометрия, биомикроскопия.

Результаты. Среди инвазированных преобладали работающие пациенты – 15 человек, 9 человек на момент обращения не работали, 2 – студенты, 5 – пенсионеры. В г.Запорожье проживали 29 человек, 2 в Запорожской области. Чаще поражались лица женского пола (70,97%). Каждый случай регистрировался в органах санэпиднадзора. Обращает на себя внимание тот факт, что все наблюдаемые нами пациенты накануне обращались за медицинской помощью к врачам различных специальностей: окулистам, хирургам, оториноларингологам, дерматологам. При первичном обращении гельминтоз не выявлен ни в одном случае. У 7 пациентов гельминт локализовался под конъюнктивой, у 7 больных – под кожей нижнего века, у 13 – под кожей верхнего века, у 4 – в переднем отделе орбиты. Активный паразит выявлен в 64,5%, осумкованный в 35,5% случаев. Клинические проявления диросифилиоза зависят от локализации паразита и проявляются в виде рецидивирующего отека век, зуда в области поражения, чувства шевеления, перемещения паразита вокруг глаз. Всем больным было проведено хирургическое лечение под местной анестезией: удаление гранулем, образований, а также живых паразитов, находящихся под кожей или конъюнктивой.

Выводы. Пациенты обращаются к врачам различных специальностей в зависимости от клинических проявлений. Сложность раннего выявления связана с трудностью дифференциальной диагностики и низкой осведомленностью врачей об этой разновидности гельминтоза.