

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения (полипэктомия) пациентов с полипами толстого кишечника за период 2014-2016 гг. В исследование включены 113 пациентов в возрасте от 35 до 82 лет ($60,4 \pm 8,5$). Использовался видеокOLONOSКОП «Fujinon EC-530DL». Учитывались возрастная категория пациентов, заключение ВКС, патоморфологическое заключение и локализация полипов в разных отделах толстой кишки. Результаты. Локализация полипов у исследуемой группы пациентов превалировала в левой половине кишки у 69 (61,1%) больных, в правой – у 18 (15,9%), а тотальное поражение определено у 26 (23%) человек. Из 113 пациентов у 10 (8,85%) выявлена неоплазия (аденокарцинома *insitu*) при патоморфологическом исследовании удаленного полипа, но при этом данных за злокачественный процесс при биопсии не было определено. Только в 1 (0,88%) случае была визуально выявлена неоплазия (ранний рак) на ВКС с дальнейшим ее гистологическим подтверждением. Выводы: 1. Скрининговую колоноскопию необходимо выполнять всем пациентам старше 45 лет, после проведения стул-теста на скрытую кровь СІТОТЕСТFOB. 2. Только эндоскопическая полипэктомия может дать полное гистологическое подтверждение наличия или отсутствия признаков малигнизации, а также радикальности эндоскопического лечения учитывая осмотр резецируемых краев полипа R0.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ВЗРОСЛЫХ

Данилюк М.Б., Демянюк М.С.

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

Цель исследования. Оценка результатов лечения пациентов, которым выполнена лапароскопическая аппендэктомия с применением методики клипирования культи червеобразного отростка титановыми клипсами. Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 569 историй болезни пациентов. Результаты и обсуждения. Не осложненные формы острого аппендицита наблюдались у 312 пациентов (54,8%); осложненные – у 231 больного (40,6%). Местный перитонит отмечен у 96 оперированных (16,9%). Диффузный перитонит наблюдался у 49 больных. При выполнении видеолапароскопии, в 7 случаях (1,2%) произведена конверсия путем нижнесрединной лапаротомии. Дренаж брюшной полости выполнялся 324 больным (56,9%). В послеоперационном периоде у 11 больных (1,9%) наблюдались осложнения. Среднее время оперативного вмешательства составило 31 ± 19 минут. Средний койкодень – $4,3 \pm 1,2$ дня. Летальных случаев не было. Выводы. Лапароскопическая аппендэктомия должна быть «золотым стандартом» в лечении больных с не осложненными формами острого аппендицита. При подозрении на осложненную форму острого аппендицита или деструктивные изменения червеобразного отростка первым этапом операции должна быть видеолапароскопия. При невозможности выполнения необходимого объема оперативного вмешательства видеолапароскопически, необходимо производить конверсию путем нижнесрединной лапаротомии. Обработка культи червеобразного отростка при помощи титановых клипс не уступает в плане надежности и безопасности другим методам наложение эндоскопической петли Редера или экстракорпоральному наложению шва на купол слепой кишки.

КЛІНІЧНІ, КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНІ, УЛЬТРАЗВУКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАРАЛЕЛІЗМ У ХВОРИХ НА АТЕРОТРОМБОТИЧНИЙ ПІДТИП ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Дарій І.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сікорська М.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра нервових хвороб

Мета. Виявлення особливостей клінічних, гемодинамічних, комп'ютерно-томографічних даних атеротромботичного (АТІ) підтипу ішемічного інсульту. Матеріали і методи. Було обстежено 73 пацієнта з ішемічним інсультом, які проходили лікування в 6-й клінічній міській лікарні. Хворі були рандомізовані в залежності від патогенетичного підтипу ішемічного інсульту: з АТІ (n=38) і КЕІ (n=35). Результати дослідження. За розміром вогнища в 1-й та 2-й групах були виявлені наступні закономірності: дрібні (до 15мм) спостерігалися у 45,5% та 0% хворих, відповідно ($p < 0,05$); середні (від 15 мм до 50 мм) - у 54,5% і 51,9%, відповідно,