

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 *in situ*) 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 СІТОТЕСТFOВ. 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,

великі вогнища відзначалися у 0% і 48,1%, відповідно ($p < 0,05$). Набряк речовини головного мозку на КТ відзначався у 9,1% пацієнтів з легкими неврологічними порушеннями та у 22,2% пацієнтів з середніми ($p < 0,05$). У пацієнтів з легкими неврологічними порушеннями спостерігалися мінімальні середні значення товщини КІМ ($1,04 \pm 0,05$ мм), у хворих з середньотяжким інсультом величини КІМ виявились достовірно вищими - в середньому $1,47 \pm 0,08$ мм ($p < 0,05$); також у хворих з середньотяжким інсультом частіше, ніж у хворих з легкими неврологічними порушеннями спостерігалось потовщення КІМ, атеросклеротичні бляшки (88,9% проти 45,5%, відповідно ($p < 0,05$)) та стенозування внутрішніх сонних артерій (ВСА) (70,4% проти 18,2%, відповідно ($p < 0,05$)). При порівнянні УЗ- і КТ-картин були виявлені наступні закономірності: У групах хворих з дрібними, середніми, великими вогнищами стеноз ВСА зустрічався у 20%, 45% та 84,6% випадках, відповідно ($p < 0,05$); потовщення КІМ та атеросклеротичні бляшки у цих групах спостерігалися у 27,3%, 70% та 92,3% хворих, відповідно ($p < 0,05$). Висновки. Таким чином, у хворих на атеротромботичний підтип ішемічного інсульту спостерігалася пряма залежність між вираженістю неврологічного дефіциту, показниками ультразвукових та комп'ютерно-томографічних даних.

ПСИХОЛОГІЧНІ ПРИЙОМИ ТА ТЕХНІКИ, ЩО ПОЛІПШУЮТ ЯКІСТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Дац В.В., Флора Д.Ю.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Чугунов В.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології і сексології

Актуальність. Особи із розладами аутистичного спектра частіше страждають як на карієс та гінгівіт (це зумовлено недостатньою гігієною), так і на більш специфічні патології порожнини рота: бруксизм, травматичні пошкодження емалі, ксеростомія, стоматити, ерозії слизових оболонок. В Україні не були розроблені рекомендації щодо ведення стоматологами таких пацієнтів. В більшості стоматологічних клінік, які проводять стоматологічні втручання таким пацієнтам, пропонується наркоз, а в інших випадках — лікарям доводиться самостійно методом проб та помилок знаходити підхід до пацієнта. Мета. Зробити огляд психологічних прийомів, що можуть стати у нагоді при лікуванні стоматологічних захворювань в осіб із розладами аутистичного спектра. Методи: контент-аналіз спеціалізованих досліджень. Результати: психогенні проблеми, які виникають під час стоматологічних процедур, пов'язані з 1) сенсорним перевантаженням; 2) вторгненням в особистий простір; 3) незнайомістю, що лякає, та часовою невизначеністю. Педагогічна стратегія: ритуалізація гігієнічних процедур, використання спеціальних коміксів та книжок з історіями, імітація візиту стоматолога та поступове при звичаєння дитини до нових фактур та предметів (металеві холодні інструменти, ватні тампони, звуки свердл), при наявності систем невербальної комунікації введення до неї нових понять (картинок), демонстрація стоматологічних процедур (краще засвоюється опосередкована демонстрація на відеоматеріалі). Стоматологічна стратегія: попереднє анкетування батьків (мають містити питання про можливі епілептичні напади, інші коморбідні стани, тригерні фрази, особливості гіперестезії або проблеми з певними фактурами, звуками, тощо), надання батькам пакету фото та відео кабінету та інструментів для домашньої підготовки, техніка «кажи-показуй-роби», десенситизація, розділення візиту на етапи з визначеною їх кількістю та терміном, «візуальний розклад», який демонструє ці етапи, сенсорне відволікання – важкі рентгенологічні фартухи, навушники, мультимедіа, тощо; індикатори часу. Психологічні методи варто сполучати з належною седацією (мідазолам, хлоралгідрат, N₂O). Психокорекційна стратегія: тренінг з локалізації стимулювання в кисті, виховування навичок спокійного реагування на втручання в особистий простір (техніка аналогічна до підготовки до уколів), навчання умовним сигналам болі (наприклад, великий палець донизу) та таким навичкам як довге тримання рота відкритим, соціальні історії, фото- та відеомодельовання. Висновки. Зважаючи на те, що для хворих аутистичного спектру відвідування стоматолога часто є дуже травматичним досвідом, опікуни та медичні професіонали мають докладати зусилля, щоб підготувати їх. Існує потреба в локальному протоколі, в котрому була б зведена перевірена та актуальна інформація щодо належного ведення таких пацієнтів.