

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE
MEDICAL UNIVERSITY

XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2019
APRIL 15-17, 2019

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

Гірка Дмитро, Грищенко Дмитро
**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ
ОБРОБКИ ГНІЙНИХ РАН БАКТЕРІОЛОГІЧНИМ
ДОСЛІДЖЕННЯМ БІОПТАТІВ**

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: канд. мед. наук., асист. В.П. Колесник
ДВНЗ «Харківський національний медичний університет»
м. Харків, Україна

Актуальність. Кількісний показник вмісту бактерій у 1 г біоптату рани (КВБ) є об'єктивним лабораторним тестом, який дозволяє лікарю контролювати повноцінність хірургічної обробки гнійного вогнища. Кількісний фактор (кількість бактерій в 1 г біоптату рани) грає провідну роль в розвитку генералізації ранової інфекції.

Мета. Провести оцінку якості хірургічної обробки гнійних ран різного походження та виявити взаємозв'язок з подальшим протіканням ранового процесу.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано 30 історій хвороб пацієнтів (від 59 до 78 років серед них 60% чоловіків та 40% жінок) з гнійними ранами різного генезу (флегмона стопи – 53,3%, абсцес м'яких тканин гомілки – 30%, флегмона стегна – 16,7%) за січень-березень 2019р., які перебували на лікуванні в ХМКЛ №2 ім. проф. Шалімова.

Результати. При аналізі даних, критичним вважався КВБ більше 10^5 на 1 г біоптату. Матеріал (біоптат рани) відбирався з центру до периферії рани. Забір відбувався до операції, після первинної хірургічної обробки (ПХО), після обробки антисептиком «Октенісепт» - діюча речовина октенідину дигідрохлорид. До операції КВБ менше 10^5 на 1 г біоптату був у 53,3% хворих. Після ПХО у 86,6% кількість бактерій стала нижче критичного рівня. Подальша обробка антисептиком «Октенісепт»: 10^1 - 10^2 бактерій в 1 г у 16,6% хворих; менше 10^1 у 50%; у 13,3% росту мікрофлори не знайдено.

Висновки. У 79,9% хворих кількість бактерій в ранах була нижче критичного рівня. При кількості бактерій менше 10^1 , загоєння ран протікало з утворенням грануляційної тканини на 5-7 добу. Таким чином, є безпосередня залежність між кількістю бактерій в ранах, якістю хірургічної обробки і подальшим протіканням ранового процесу.

Грабчук Віталій, Тронц Ярослав
**ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ
ТЕХНОЛОГІЙ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА
ВУЗЛОВИЙ ЕУТИРЕОЇДНИЙ ЗОБ З
КІСТОЗНОЮ ДЕГЕНЕРАЦІЄЮ**

Кафедра загальної хірургії

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О.В. Шідловський
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Щитоподібна залоза (ЩЗ) відіграє значну роль в життєдіяльності усіх систем організму. У

всьому світі продовжує зростати захворюваність на патологію ЩЗ. До 50% людей із загальної популяції мають вузлові утвори в ЩЗ. На вузли з кістозною дегенерацією припадає 25%. До недавнього часу найбільш поширеними методами лікування цієї патології ЩЗ були супресивна терапія тиреоїдними гормонами і хірургічне лікування. Обидва ці методи мають ряд істотних обмежень і недоліків. Тому, на сьогоднішній день є гостра необхідність впровадження у клінічну практику нових методів лікування, які дозволили би досягнути локальної деструкції тканини вузла, не впливаючи на навколишню паренхіму. Такими методами є: склеротерапія етанолом (СЕ), лазеріндукована інтерстиціальна термотерапія (ЛІТТ).

Метою дослідження було покращення результатів лікування хворих на вузловий еутиреоїдний зоб з кістозною дегенерацією шляхом поєднання СЕ та ЛІТТ.

У дослідження відбирали пацієнтів із вузловою патологією ЩЗ та вмістом рідинного компонента у межах від 20 до 80%. Загальна кількість пацієнтів – 53, усі жінки віком 21-70 років. Загальний об'єм пролікованих вузлів склав $71,3\text{см}^3$. Після завершення доброякісної новоутворів та еутиреоїдного стану пацієнта, використовуючи об'єктивні, лабораторні та інструментальні методи обстеження, першим етапом застосовували СЕ. У якості склерозанта використовували 70% розчин етилового спирту в об'ємі 1/3 від евакуйованого вмісту, час експозиції 15 хвилин. Другим етапом застосування ЛІТТ було показано за відсутності УЗ ознак рідинного компонента вузла. Для проведення ЛІТТ використовували метод одного світлопровідника, у якості генератора температури - діодний лазер «Milon-LANTA», довжину хвилі 1060 нм, безперервний режим випромінювання, потужність 3,0 Вт. УЗ ознакою нагрівання вузла було його виповнення «білою хмаринкою», максимальний час експозиції до 15 хвилин. Динамічне спостереження проводили після СЕ та ЛІТТ у терміни: наступний день, через 2 тижні, з періодичністю 1-3 місяці до повного заміщення вузла рубцевою тканиною (РТ).

Загальна максимальна тривалість повного заміщення вузла РТ при комбінованому застосуванні СЕ та ЛІТТ становила 24 місяці. Загальний об'єм РТ на місці лікованих вузлів склав $19,8\text{см}^3$. Після вилікування проводили визначення функціональної активності залози: підтверджено еутиреоїдний стан; та пунційну біопсію ділянки вузла та навколовузлової тканини (НВТ): у ділянці вузла – сполучна тканина, у НВТ – незмінені тиреоцити.

Результати наших досліджень свідчать про наступні переваги поєднання СЕ та ЛІТТ:

-збереження функціонального стану ЩЗ;
-відсутність впливу на НВТ та вірогідності пошкодження прилеглих структур;

-є економічно доцільнішим та клінічно ефективнішим методом у порівнянні з хірургічною операцією та супресивною терапією, несе менше ризиків.