

**УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СКАЛЬПЕЛЬ ЯК БАГАТОФУНКЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА ДЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ХВОРОБ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ
ULTRASONIC SCALPEL AS A MULTIFUNCTIONAL SYSTEM FOR SURGICAL TREATMENT OF BREAST
DISEASES**

Андрієнко Д. О.

Науковий керівник: к. мед. н. Лукавенко І. М.

Andrienko D. O.

Scientific adviser: Lukavenko I. M., PhD

Медичний інститут Сумського державного університету
м. Суми, Україна

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізотерапії

Актуальність. Ультразвукова (УЗ) хірургія – сучасна галузь експериментальної і клінічної хірургії. Принцип функціонування ультразвукового скальпеля в частотному робочому діапазоні від 22 до 60 кГц заснований на властивості УЗ хвиль при значній інтенсивності (декілька сотень Вт/см²) руйнівню впливати на об'єкти при одночасному проникненні в глибину живих тканин без їх пошкодження. Використання УЗ енергії дозволяє проводити атравматичну дисекцію тканин і здійснювати гемостаз при мінімальному шкідливому впливі на тканину молочної залози (МЗ), паренхімі якої характерний гістологічний поліморфізм, тобто залозиста, жирова, м'язева і сполучна тканини, кровоносні та лімфатичні судини поєднані в анатомічну або морфофункціональну одиницю – ацинус, долька, доля тощо.

Мета роботи. аналіз та опис клінічного застосування УЗ скальпеля в хірургічному лікуванні хвороб МЗ; установлення залежності глибини розрізу тканини МЗ від часу впливу УЗ хвилі.

Матеріали та методи. Ультразвуковий скальпель «HARMONIC ETHICON ENDO-SURGERY» (Німеччина) здатен здійснювати три типи впливу: кавітацію, розсічення та коагуляцію. Кавітація обумовлена утворенням пухирців газу при температурі тіла за рахунок швидкої зміни об'єму тканини і внутрішньоклітинної рідини під дією вібрації. Вплив УЗ коливань призводить до фрагментації білків, яка викликає адгезію молекул колагену при низькій температурі, тобто коагуляція та дисекція відбуваються при температурах (37-63)°С. При височастотній вібрації за рахунок поєднаної дії натягу і тиску відбувається швидке перерозтягнення тканин, які легко перетинаються гострим кінчиком п'єзокерамічного перетворювача УЗ скальпеля. УЗ скальпель складається з генератора, п'єзокерамічного перетворювача і широкого спектра інструментів для відкритої та малоінвазивної хірургії. Кінчик інструменту коливається, зміщуючись по осі, з постійною частотою 55,5 кГц. Зсув за довжиною може становити від 25 до 100 мкм і регулюється у п'яти режимах шляхом зміни потужності генератора.

Результати. Установлено, що коагуляція комплексу тканин МЗ відбувається з постійною швидкістю 0,9 мм/с. При зростанні часу впливу до 4,5 с глибина дисекції складає 2-5 мм. Мінімальне термічне пошкодження тканин в радіусі не більше 50 мікрон від зони контакту прискорює період репарації за рахунок зниження частоти формування лімфореї та рубцевих деформацій і, як наслідок, больового синдрому в післяопераційному періоді.

Висновки. УЗ метод ефективно використовується при хірургічному лікуванні хвороб МЗ. Пристрій дозволяє здійснювати дуже точні маніпуляції в обмеженому просторі та безпечно видалення анатомічних структур поблизу життєво важливих органів. Відсутність задимленості забезпечує для хірурга хорошу візуалізацію. Ультразвуковий вплив зменшує ступінь обвуглювання і висушування тканин, що особливо важливо через гістологічний поліморфізм молочної залози.

**ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ
APPLICATION OF ENDOVASCULAR METHODS IN TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME**

Артеменко Р. Ю.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Ляховський В. І.

Artemenko R. Y.

Scientific adviser: prof. Lyakhovsky V. I., D.Med.Sc.

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Кафедра хірургії №1

Актуальність. Гнійно-некротичні ускладнення синдрому діабетичної стопи, спостерігають у 5% хворих на цукровий діабет, а у 3% пацієнтів вони є причиною ампутації нижньої кінцівки. Однією з головних причин їх виникнення у хворих із цукровим діабетом є наявність ішемії нижніх кінцівок. Основним принципом лікування пацієнтів з такою патологією є відновлення кровообігу в нижніх кінцівках, що досягається проведенням та ендovasкулярних операцій на артеріях нижній кінцівок. Тому, питання, які пов'язані із вивченням ефективності даного метода залишаються актуальними, що спонукало нас зайнятися уточненням даної проблеми.

Мета роботи. Вивчити ефективність застосування ендovasкулярних методів у лікуванні хворих із ішемічною формою синдрому діабетичної стопи.

Матеріали і методи. У дослідженні прийняли участь 83 пацієнтів, що перебували на лікуванні у відділенні хірургії судин з приводу ішемічної форми діабетичної стопи, які супроводжувалися явищами хронічної ішемії нижніх кінцівок III-IV ст. (за Фонтане). Цукровий діабет I типу виявлений у 19 (22,9%), а II типу – у 64 (77,1%) осіб. Хворі в залежності від методів лікування були розподілені на дві групи. У першу групу включили 40 (48,2%) пацієнтів (26 (65,0%) чоловіків та 14 (35,0%) жінок, середній вік їх становив 62,8±3,92 років), яким на фоні проведення консервативного лікування виконували ендovasкулярні методи лікування: балонні ангіопластики та за показаннями стентування підколінної і гомілкових артерій. До другої групи увійшли 43 (51,8%) хворих (27 (62,8%) чоловіків і 16 (37,2%) жінок, середній вік – 63,2±4,21 років), які отримували тільки консервативне лікування, яке у обох групах було подібним. Оклюзійно-стенотичні ураження артерій нижніх кінцівок підтверджувалися проведенням ультразвукового та агіографічного обстеження. Пацієнтам обох груп визначали інтенсивність болю, сатурацію кисню на III пальці стопи та визначали гомілково-плечовий індекс. Дослідження проводили перед початком лікування та на 10 добу.

Результати. Перед початком лікування у пацієнтів першої групи інтенсивність болю у нижніх кінцівках у середньому становила $8,4 \pm 1,98$, а у другій – $8,1 \pm 1,83$ балів. На 10 добу цей показник дорівнював $4,5 \pm 2,12$, а у другій групі – він становив $6,4 \pm 1,89$ балів.

Сатурація кисню на пальцях стопи перед початком лікування у пацієнтів першої групи становила $80,5 \pm 3,86$, а у другій – $81,7 \pm 4,08$. На 10 добу дослідження ці показники відповідно становили $92,6 \pm 3,73$ і $85,9 \pm 4,14$.

На початок лікування у хворих першої групи ГПІ дорівнював $0,55 \pm 0,13$, у пацієнтів другої групи – $0,59 \pm 0,22$. На 10 добу величина даного показника у хворих першої групи становила $0,81 \pm 0,42$, а у другій групі – $0,64 \pm 0,28$.

Висновки. Отже, проведене дослідження достовірно підтверджує кращі результати лікування хворих із ішемічною формою синдрому діабетичної стопи при проведенні рентгенендоваскулярних у порівнянні із консервативними методами лікування.

ЛАПАРАСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПОРТАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION WITH LIVER CIRRHOSIS

Балагута С. О.

Науковий керівник: д. мед. н проф. Грубнік Ю. В.

Balaguta S. O.

Scientific adviser: prof. Grubnik Y. V., D. Med. Sc.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Кафедра хірургії №3

Актуальність. Проблеми лікування ускладнень портальної гіпертензії є однією з основних в сучасній хірургії. Що пов'язано як з тяжкістю самої патології так і з неухильним зростанням захворюваності на цироз печінки як вірусної етіології так і в результаті алкоголізму. У хірургічній практиці частіше зустрічаються такі ускладнення портальної гіпертензії, викликані цирозом печінки, як кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу, які характеризуються високою летальністю і рецидивуючим перебігом.

Мета роботи. Дослідження результатів лікування хворих на портальну гіпертензію при цирозі печінки, ускладненою стравохідно-шлунковими кровотечами, з використанням малоінвазивних і ендоваскулярних операцій.

Методи та матеріали: З 2016 по 2019 роки під нашим наглядом перебувало 280 пацієнтів з цирозом печінки, ускладненим портальною гіпертензією з кровотечами із варикозно розширених вен стравоходу. Вік пацієнтів коливався від 26 до 79 років. Жінок 89(32%) чоловіків 191(68%). Хворих зі стадією цирозу за класифікацією Child-Pugh було: А-40, В-140, С-100. Всім хворим з кровотечами проводився ендоскопічний гемостаз із застосуванням ендоскопічного лігування, постановкою стентів та ендоскопічного склерозування. У 42 хворих після зупинки кровотеч були проведені лапараскопічні деваскуляризації проксимального відділу шлунка та абдомінальної частини стравоходу. 18 хворим з переважно варикозно розширеними венами дна шлунка зроблені лапараскопічні вертикальні резекції шлунка (типу SLEEV)

Результати. Різні методики ендоскопічного локального гемостазу нами застосовані в 196 випадках. Ефективно зупинити кровотечу нам вдалося у 159(81%) хворих, летальність, як результат не ефективності локального гемостазу спостерігалася у 37(19%) хворих. Через 6-36 місяців рецидиви кровотечі спостерігалися у 63(44%) хворих, 21(33%) з яких померли від кровотечі і прогресування печінкової недостатності. З 60 хворих, яким проведені лапараскопічні операції при спостереженні 6-36 місяців, рецидивів кровотечі не було. В цій групі через 2 роки померло 2 хворих від печінкової недостатності.

Висновки. Ендоскопічні і лапараскопічні операції є ефективними в зниженні летальності хворих при портальній гіпертензії з цирозом печінки.

МЕЛАНОМА. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПОШИРЕННЯ ВИПАДКІВ ЗАХВОРЮВАННЯ MELANOMA: THE MOST FREQUENT CASES OF THIS DISEASE

Вдовиченко А. В., Голотюк В. В., Дутка М. А.

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

Vdovychenko A. V., Holotyuk V. V., Dutka M. A.

Scientific adviser: prof. V. V. Holotiuk, D. Med. Sc.

Івано-Франківський національний медичний університет

м. Івано-Франківськ, Україна

Кафедра онкології

Актуальність. Меланома – злоякісна пухлина, яка починає свій розвиток з меланоцитів. Пухлинний процес локалізується безпосередньо в шкірі, рідше на слизових оболонках, сітківці ока. Особливо небезпечною пухлину робить її схильність до швидкого лімфогенного та гематогенного метастазування та рецидивів в ділянці післяопераційного рубця. Проблема своєчасної діагностики меланоми шкіри залишається актуальною упродовж останніх десятиліть через постійне зростання показників захворюваності та смертності від цього захворювання як в Україні, згідно даних Національного канцер-реєстру Національного інституту раку, так і в цілому світі.

Мета роботи. провести аналіз клінічні випадки меланоми, діагностованих у мешканців Івано- Франківської області; охарактеризувати стадії захворювання у пацієнтів з вперше виявленою меланомою; визначити особливості перебігу та результатів лікування меланоми в залежності від віку, статі хворих та регіону проживання хворих.

Матеріали і методи. Для досягнення мети нами був проведений статистичний аналіз клінічних випадків морфологічно верифікованої меланоми у хворих згідно даних КНП «Прикарпатський клінічний онкологічний центр ІФОР» за період 2010-2019 років.