

**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.

**Результати.** Під час опрацювання даних було виявлено, що відсоткове співвідношення захворювання меланоми серед чоловіків та жінок за період часу 2010-2016 рік становило : жінки – 55%, чоловіки – 45%, з 2016 по 2019 рік серед чоловічої статі спостерігалась тенденція до збільшення кількості випадків захворювання. Вивчаючи особливості проживання хворих, які є мешканцями гірських районів Івано-Франківської області – середній показник кількості випадків захворювання меланоми є меншим, тоді як у мешканців звичайних районів, але в яких більше розвинене промислове виробництво діагностовано більшу кількість випадків даного захворювання. При вивченні показників анатомічної локалізації меланоми серед жіночої статі найбільш поширеною є ділянка шкіри нижніх кінцівок ( включно з тазосуглобовою поверхнею), тоді, як у чоловічої статі більшість випадків злоякісного процесу локалізується в ділянці шкіри тулуба. Серед рідкісних випадків локалізації меланоми були вивчені клінічні випадки з ураженням волосистої частини голови та шиї, судинної оболонки ока, циліарного тіла. Рідкісні випадки локалізації меланомних злоякісних новоутворень вульви у жінок та статевого члена у чоловіків становили – 2% від загальної кількості випадків.

**Висновки.** Пацієнти з ризиком виникнення меланоми шкіри підлягають диспансерному спостереженню лікарями-онкологами, дерматологами, а також сімейними лікарями з метою можливого попередження виникнення меланоми або ж виявлення початку пухлинного процесу на максимально ранніх стадіях, оскільки прогресія меланоми є блискавично швидкою і нерідко призводить до летальних наслідків протягом першого року від постановки діагнозу.

### **ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА НЕОБХІДНІСТЬ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО ТА КОЛІННОГО СУГЛОБА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ "РАННЬОЇ" ТА "ПІЗНЬОЇ" ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ INFLUENCE OF RISK FACTORS ON THE NEED FOR TOTAL HIP AND KNEE ARTHROPLASTY AND THE EFFECTIVENESS OF "EARLY" AND "LATE" PHYSICAL REHABILITATION**

*Войтович М. М.,*

*Науковий керівник: Шкурупій О. І.*

*Voitovich M. M.,*

*Scientific adviser: Shkurupiy O. I.*

*Українська медична стоматологічна академія,*

*м. Полтава, Україна*

*Кафедра фізичного виховання та здоров'я, фізичної реабілітації, спортивної медицини*

**Актуальність.** Остеоартроз (ОА) опорних суглобів є однією з наймасштабніших медичних, соціальних та економічних проблем людства. Прогресування захворювання протягом кількох років або десяти років, призводить до інвалідності. Тотальне ендопротезування (ТЕП) суглоба залишається найефективнішим методом лікування. Також важливою проблемою ОА є коморбідність: практично відсутні хворі з первинним ОА, у яких немає соматичної патології.

**Мета роботи.** оцінити вплив факторів ризику на необхідність проведення тотального ендопротезування та ефективність ранньої та пізньої реабілітації пацієнта.

**Матеріали та методи.** для досягнення поставленої мети було проаналізовано 136 історій хвороб пацієнтів, що хворіли на коксартроз та 196 історій хворих на гонартроз і проходили реабілітацію за 2018 і 2019 роки у КП "ОКП ВЛД ПОР" відділення реабілітації хворих з порушеннями опорно-рухового апарату. Пацієнти були поділені на 4 групи : I група – 89 пацієнтів, хворих на коксартроз, яким було проведено ТЕП; II група – 47 пацієнтів з коксартрозом, які лікувалися не радикальними методами; III група - 83 пацієнта з гонартрозом, яким було проведено ТЕП; IV – група 113 пацієнтів, що хворіли на гонартроз, але дане оперативне втручання їм не проводилося. Ефективність реабілітації оцінювали за обсягом рухів у відповідних суглобах.

**Результати.** після аналізу історій хвороб були отримані такі статистичні дані :I група – 47% особи до 60 років, 53% після 60 років; 70% міські жителі, 30% жителі сільської місцевості; 73% жінки, 27% чоловіки; ІМТ становив 30.13±4.82; 25% реабілітація почала проводитися відразу після операції, а 75% через 2 місяці. II група – 38% особи до 60 років, 62% після 60 років; 70% міські жителі, 30% жителі сільської місцевості; 53% жінки, 47% чоловіки; ІМТ становив 28.2±4.81. III група – 25% особи до 60 років, 75% після 60 років; 52% міські жителі, 48% жителі сільської місцевості; 88% жінки, 12% чоловіки; ІМТ становив 33.07±5.9; 48% реабілітація почала проводитися відразу після операції, а 52% через 2 місяці. IV група – 34% особи до 60 років, 66% після 60 років; 66% міські жителі, 34% жителі сільської місцевості; 63% жінки, 37% чоловіки; ІМТ становив 30.32±4.89. У I та III групі реабілітація відразу після ТЕП показала свої переваги відносно реабілітації початої через 2 місяці. Обсяги рухів у кульшовому суглобі внаслідок «ранньої» реабілітації зросли в порівнянні з «відкладеною» реабілітацією: розгинання 15.1°±5.2° згинання, 13.2°±5.3° розгинання, відведення 9.2°±4.5°, приведення 7.1°±2.1°, у колінному суглобі: розгинання 8.4°±3.2°, згинання 13.3±4.1°.

**Висновки.** Основний вплив на необхідність ТЕП кульшового суглобу має недостатня фізична активність, ожиріння та жіноча стать через знижений рівень жіночих статевих гормонів, що призводить до остеопорозу, а на необхідність ТЕП колінного суглоба впливає ще також похилий вік. У обох групах «рання» післяопераційна реабілітація виявилася ефективнішою ніж «пізня».

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ ВИДІВ ГЕРНІОПЛАСИКИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DIFFERENT TYPES OF HERNIOPLASICS IN OLD PATIENTS**

*Гриценко А. С., Нагорна А. А., Власенко О. В., Гордієнко В. В.*

*Науковий керівник: д. мед. н., проф. Лупальцов В. І.*

*Hrytsenko A. S., Nahorna A. A., Vlasenko O. V., Hordiienko V. V.*

*Scientific adviser: prof. Lupaltsov V. I., D.Med.Sc.*

*Харківський національний медичний університет*

*м. Харків, Україна*

*Кафедра хірургії № 3*