

пневмоперитонеуму (12–15 мм рт. ст.); група II (n = 17) пацієнти оперовані лапароскопічно з цифрами тиску пневмоперитонеуму вище стандартних (>16 мм.рт.ст.) через проблеми із візуалізацією. У середньому тривалість хірургічного втручання становила 60–80 хв; час пневмоперитонеуму становив 45–60 хв. Пацієнтам проводилась тромбоеластографія (ТЕГ) під час якої досліджувались наступні показники: інтенсивність контактного згортання (ІКК), інтенсивність коагуляційного драйву (ІКД), максимальна щільність згустку (МЩЗ) та фібринолітична активність – індекс ретракції та лізису згустку (ІРЛЗ).

Результати дослідження. Ми отримали незначне відхилення від норми у групі I – ІКК на 23,57 %, ІКД на 34,57 %, МЩЗ на 74,52 %, ІРЛЗ на 91,18 %, в групі II – виявили більш значне відхилення від норми: ІКК на 38,71 %, ІКД на 69,03 %, МЩЗ на 98,93 %, ІРЛЗ на 118,73 %.

Висновок. Надмірний тиск пневмоперитонеуму (>16 мм рт.ст.) значно підвищує гемокоагуляційні властивості крові під час лапароскопічних хірургічних втручань та суттєво збільшує ризик первоперативних ВТЕ.

ПОРУШЕННЯ УРОТЕЛІАЛЬНОГО БАР'ЄРУ В РОЗВИТКУ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ СЕЧОВОГО МІХУРА НА ФОНІ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Реут В., Кордельський І., Рогов В.

Науковий керівник: проф. Саричев Л., ас. Савченко Р.

Кафедра урології з судовою медициною

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Як відомо, уротелій протистоїть агресивному впливу сечі на сечовий міхур (СМ). Порушення уротеліального бар'єру може призвести до просякнення сечею усіх шарів СМ.

Мета дослідження. Вивчити роль порушення уротеліального бар'єру в розвитку декомпенсації СМ у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ).

Матеріали та методи. Відібрано 70 хворих на ДГПЗ. Середній вік – 67,94±7,42 років. За клінічними проявами розподілені на три групи: I група відповідала стадії компенсації СМ (20 хворих); II група – стадії субкомпенсації СМ (20 хворих); III група – стадії декомпенсації СМ (30 хворих).

Усім хворим проводилась біопсія СМ з наступним патоморфологічним дослідженням

Результати та обговорення. Стадія компенсації СМ характеризувалась тривалістю захворювання – $4 \pm 1,8$ роки, I-PSS – $16 \pm 4,5$ балів, Q_{\max} – $15,8 \pm 2,4$ мл/с, Q_{ave} – $12,8 \pm 2,8$ мл/с, відсутністю ЗС.

Морфологічна характеристика: уротелій з помірними дистрофічними змінами окремих епітеліоцитів, інколи з формуванням навколоядерних зон «спустошення», в поодиноких ділянках наявні десквамація поверхневих шарів. В субуротелії спостерігаються поодинокі вогнища лімфоплазмодитарної інфільтрації. Детрузор представлений гіпертрофованими гладком'язовими клітинами, з явищами помірної гідропічної дистрофії в окремих лейоміоцитах, візуалізуються поодинокі вогнища сполучної тканини.

Стадія субкомпенсації СМ характеризувалась тривалістю захворювання – $5,8 \pm 3,5$ років, I-PSS – $26 \pm 3,9$ балів, Q_{\max} – $10,8 \pm 2,5$ мл/с, Q_{ave} – $4,4 \pm 1,4$ мл/с, ЗС – $150,1 \pm 80,8$ мл.

Морфологічна характеристика: уротелій гіпертрофованій і лише на обмежених ділянках зберігає характер перехідного. Ділянки атрофії поєднуються з вогнищами гіперплазії епітеліоцитів із стратифікацією епітелію (до 14 - 18 шарів і більше). У багатьох ділянках візуалізується виражена десквамація поверхневих шарів уротелію, відзначаються дистрофічні зміни епітеліоцитів. Субуротелій в більшості випадків набряклий, відмічається формування лакуноподібних щілин. Часто зустрічаються вогнища лімфоплазмодитарної інфільтрації, субепітеліальні крововиливи. Детрузор у більшості представлений гіпертрофованими гладком'язовими клітинами, значна кількість яких із ознаками гідропічної дистрофії.

Стадія декомпенсації СМ характеризувалась тривалістю захворювання – $10,6 \pm 3,3$ років, перед накладенням цистостоми: I-PSS – $33,1 \pm 1,88$ балів, ЗС – $1093,3 \pm 458,8$ мл.

Морфологічна характеристика: уротелій значно витончений і складається з 1-2 шарів епітеліоцитів неправильної форми, з вогнищами тотальної десквамації усіх шарів. Ерозивні зміни слизової оболонки СМ супроводжуються вираженим склерозом субуротелію, атиповою васкуляризацією та наявністю великої кількості тучних клітин. У місцях десквамації уротелію спостерігаються підслизові вогнища склерозу, які проникають в детрузор. В усіх шарах СМ спостерігається дифузна лімфоплазмодитарна інфільтрація, часто яскраво виражена. Детрузор представлений гіпотрофованими гладком'язовими клітинами, із ознаками гідропічної дистрофії.

Висновки Хронічна затримка сечі обумовлює порушення уротеліального бар'єру, просякнення сечкою всіх шарів СМ, розвитку асептичного запалення, прогресивного збільшенням питомої ваги сполучної тканини, дистрофічних змін міоцитів та нервових волокон і може стати причиною декомпенсації СМ з порушенням скорочувальної здатності детрузора.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Різник Я., Тесленко Т., Сивооренко А., Ерміла Важді, Голод В., Пулін О.
Науковий керівник: доц. Кітура О.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ), за даними різних авторів, зустрічаються у 20-30% населення земної кулі. У жінок захворювання зустрічається у 3-4 рази частіше, ніж у чоловіків. Ефективність лікування функціональної патології великою мірою залежить від комплаєнсу лікаря і пацієнта. Відомо, що на формування терапевтичної співпраці між лікарем і пацієнтом значно впливає психоемоційний статус хворих.

Мета роботи – оцінити якість життя (ЯЖ) та ступінь вираженості тривожних розладів у хворих на ФРБТ.

Матеріали та методи дослідження в дослідження було включено 22 хворих на ФРБТ, з них 14 жінок та 8 чоловіків. Середній вік склав $32,4 \pm 3,2$ роки, тривалість захворювання – $5,5 \pm 0,3$ роки. Контрольну групу склали 20 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю. Діагноз ФРБТ встановлений згідно до Римських критеріїв IV (2016). Інтенсивність больового синдрому оцінювалася за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Вивчення ЯЖ хворих проводилося за допомогою спеціалізованого опитувальника гастроентерологічного хворого GSRRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Вивчення рівня тривожних розладів проводилося за допомогою опитувальника Спілбергер-Ханіна.

Отримані результати: при аналізі результатів оцінки ЯЖ за опитувальником GSRRS у хворих на ФРБТ відмічалось достовірне збільшення показників по двом з п'яти шкал: абдомінальний біль та диспептичний синдром (у порівнянні з контрольною групою). У пацієнтів