

Од/л, СРБ  $\geq 24$  мг/л. Повторно оглянутий онкологом, встановлено діагноз: Melanoblastoma cutis волосистої частини голови. T<sub>4</sub>N<sub>3</sub>M<sub>1</sub>. MTS в лімфовузли шії, надключичну ділянку зліва, печінку, селезінку, кістки скелета. St IV, кл. гр IV. Діагноз підтверджений цитологічним дослідженням пунктату лімфовузла. Пацієнт переведений для подальшого обстеження та лікування в КП «Полтавський онкологічний диспансер ПОР».

Висновки. Пацієнти з ЛАП потребують комплексної оцінки із залученням різних спеціалістів-клініцистів, що дозволяє своєчасно встановити нозологічну форму захворювання. Наведений клінічний випадок і узагальнення результатів сучасних наукових досліджень допоможуть лікарям різних спеціальностей у проведенні диференціальної діагностики захворювань, що перебігають з синдромом лімфаденопатії.

## **МІНІМАЛЬНО-ІНВАЗИВНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ЕМФІЗЕМАТОЗНОМУ ПІСЛОНЕФРИТІ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК** *Максименко О.*

**Науковий керівник: асистент Савченко Р.Б.**

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Емфізематозний пієлонефрит – це рідкісна, тяжка, некротизуюча форма гострого множинно-вогнищезового бактеріального нефриту, яка супроводжується утворенням інтратенальних абсцесів з утвором газу та поширенням процесу в паранефральну клітковину. Згідно літературних даних у 80-90% пацієнтів, дана патологія розвивається на фоні цукрового діабету, особливо з декомпенованим цукровим діабетом. Збудником інфекції найчастіше є грамнегативна анаеробна мікрофлора. Основним методом лікування емфізематозного пієлонефриту залишається активна хірургічна тактика – люмботомія, декапсуляція нирки, нефростомія, дренажування заочеревинної клітковини.

Наводимо наш клінічний випадок ефективного мінімально-інвазивного лікування емфізематозного пієлонефриту пацієнтки М., яка перебувала на лікуванні в обласному урологічному центрі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР».

Клінічний випадок. Пацієнтка М., 40 років, звернулась зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, спрагу, біль в поперековій ділянці з правого боку, ниючий біль у животі та підвищення

температури тіла до 38°C. Місяць тому отримувала курс лікування гнійного періодонтиту.

При обстеженні: вперше виявлений цукровий діабет I типу, глюкоза крові 19 ммоль/л, глікозильований гемоглобін 12,0%. Клінічний аналіз крові: лейкоцити  $19 \times 10^3$ . Коагулограма: фібриноген 6,33 г/л. Загальний аналіз сечі: лейкоцити на  $\frac{1}{2}$  п/з. За даними УЗД: права та ліва нирки збільшені, паренхіма потовщена, двобічна пієлоектазія, у середньо-верхньому сегменті правої нирки неоднорідне утворення до 55 мм. За даними комп'ютерної томографії: обидві нирки збільшені, паренхіма потовщена, порушення уродинаміки з правого боку, вогнище деструкції з газоутворенням у середньо-верхньому сегменті, вогнище газу до 10 мм у верхньому сегменті правої нирки та серповидне вогнище газу у нижньому полюсі правої нирки.

Лікування: проведено двобічне дренивання нирок сечовідними катетерами, перкутанне дренивання вогнища деструкції правої нирки, отримано 40 мл гнійного вмісту. Призначено внутрішньовенна антибактеріальна, дезінтоксикаційна та антикоагулянтна терапія. Із гнійного вогнища виділена *Candida alb.*  $10^4$  КУО, а з сечі *E. coli*  $10^3$  КУО. Сечовідні катетери видалено з лівого боку на 5 добу, з правого боку на 7 добу. Дренаж із вогнища деструкції правої нирки видалено після припинення виділення гною.

При контрольному обстеженні через 1 місяць: стан задовільний, клініко-лабораторні показники в межах норми, глюкоза крові нормалізувалась на інсуліні. За даними УЗД порушення уродинаміки не виявлено.

Висновок. Високоєфективні методи візуалізації в комплексному поєднанні дозволяють своєчасно встановити діагноз та забезпечують ефективний моніторинг патологічного процесу, а мінімально-інвазивне лікування за умови ефективною антибактеріальною терапією дозволяє зберегти нирку і життя хворого.

## **КІНЕЗИОТЕЙПУВАННЯ ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ ДІЛЯНКИ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБУ**

*Маценко М., Іванченко О., Пілюсян А., Литвиненко З., Брикса А.*

**Науковий керівник: асистент Ковальов О.С., доцент Пелипенко О.В.**  
Кафедра хірургії №3

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Внутрішньосуглобові переломи дистального відділу плечової кістки у дорослих складають до 5% від усіх переломів