

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

години після операції, на другу добу післяопераційного періоду і перед видаленням інтубаційного зонда.

Додатково хворим 2-ї групи через 4-6 год. з часу відновлення ковтального рефлексу, через зонд введено р-н перманганату калію і завису препарату «Ентеросгель», а через 15-20 хв. видалено 75-80% введених препаратів. Також, починаючи з 2 дня післяопераційного періоду через зонд крапельно протягом 2-3 дня вводили глюкозо-сольові розчини, а наступні 3-6 діб – «Берламін-модуляр» і збалансовану суміш дитячого харчування разом з пробіотиком та подрібнену таблетку Мезим форте 10000 2 рази на добу.

У посівному матеріалі, взятого інтраопераційно, в обох групах виявили Ентерококи 5×10^6 КУО/мл, *Proteus mirabilis* 10^5 КУО/мл, Клостридії 10^5 КУО/мл, Бактероїди 10^8 КУО/мл, *Klebsiella* spp. 5×10^5 КУО/мл, *E. Coli* 10^{10} КУО/мл, що значно перевищує допустимі норми. Під час посівів через 24 години суттєвих змін у кількісному і якісному складі мікроорганізмів не виявлено, але потрібно відмітити, що у 13 (43,0%) пацієнтів 2-ї групи незначно знизився титр *E. Coli* – 5×10^8 КУО/мл. На другу добу у посівах порівняльної групи змін не виявлено, а у основній групі – незначне зниження показників умовно-патогенної мікрофлори; висіяли штами гемолітичної *E. Coli* 5%, які виступали антагоністами росту власних і чужорідних штамів, з незначним титром з'явилися біфідобактерії та лактобактерії. В посівах перед екстубацією у пацієнтів групи порівняння незначно знизився титр умовно-патогенної флори, а в основній групі було багато колоній біфідобактерій, зріс титр лактобактерій, а титр інших патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів на даному етапі дослідження сягав меж допустимих норм. Потрібно зазначити, що в пацієнтів обох груп значно зросла кількість дріжджоподібних грибів роду *Candida*, що пояснюється масивною антибіотикотерапією і порівняно малою кількістю лактобактерій.

Висновки. Отже, розглянувши результати дослідження можна зробити висновок, що пацієнтам, оперованим з приводу ГСКН, у ранньому післяопераційному періоді разом із традиційними методами лікування необхідно проводити ранню череззондову ентеральну терапію, що запобігає розвитку умовно-патогенної флори, сприяє розвитку біфідобактерій, які шляхом асоціації зі слизовою оболонкою кишечника здійснюють фізіологічний захист кишкового бар'єру від проникнення мікробів і токсинів у внутрішнє середовище організму, володіють високою антагоністичною активністю по відношенню до патогенних і умовно патогенних мікроорганізмів. Зростає титр лактобактерій, які у просвіті тонкої кишки є симбіонтами. У хворих зменшуються явища ендогенної інтоксикації.

ПЕРИТОНІТ – ЯК УСКЛАДНЕННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДІАЛІЗУ

Мисловський І.А., Кравець О.В., Попадинець В.М.

КЗ Сумська обласна клінічна лікарня

Актуальність. Перитоніт є найчастішим ускладненням перитонеального діалізу (ПД). Постійне вдосконалення техніки перитонеального діалізу дозволило суттєво зменшити частоту перитонітів, однак останні залишаються найважливішим інфекційним ускладненням та мають несприятливий вплив на властивості очередини і в значній мірі визначають не тільки можливість використання методу, але і виживання хворих.

Мета. Проаналізовані результати лікування 51 хворого, у яких застосовано ПД на базі Сумської обласної клінічної лікарні у період з 2006 по 2016 р. Жінок було 30 (58,8%), чоловіків – 21 (41,2%). Вік хворих від 25 до 59 років, у середньому $(42,3 \pm 1,6)$ року.

У 15 (29,4%) хворих спостерігали розвиток перитоніту, основними ранніми ознаками якого були помутніння діалізату та біль у животі, менш частими – гіпертермія, нудота, діарея. При безпосередньому обстеженні виявляли типові симптоми перитоніту: біль у животі, ослаблення кишкових шумів, болючість і напруження черевної стінки при пальпації.

Усім хворим при припущенні про наявність перитоніту обов'язково проводили ультразвукове дослідження черевної порожнини для виявлення можливих гострих запальних захворювань, що могли б спричинити перитоніт, лабораторні дослідження крові за загальноприйнятим алгоритмом.

За результатами бактеріологічного дослідження підтверджували діагноз. Мікрофлору ідентифікували за стандартною методикою. *St.aureus* було висіяно у 5 хворих, *Str.epidermidis* – у 3, *E. coli* – у 1, гриби роду *Candida* – у 1 хворого. У 5 випадках ідентифікувати мікрофлору не вдалось.

Лікування перитоніту розпочинали до визначення збудника. Корекцію антибактеріальної терапії проводили після отримання результатів бактеріологічного дослідження відповідно до чутливості виявленої мікрофлори. Призначали цефалоспорини III покоління або аміноглікозиди у комбінації з фторхінолонами у стандартних дозах. Також проводили симптоматичну терапію та відповідне лікування основного захворювання. У більшості пацієнтів позитивна динаміка спостерігалася вже через 48 годин. До видалення перитонеального катетера довелось вдатися у 2 випадках. Тривалість лікування складала від 2 до 3 тижнів. Летальних випадків від діалізного перитоніту не було.

Висновки. Таким чином, своєчасна діагностика та вчасно розпочате патогенетично обґрунтоване лікування є запорукою успішного лікування діалізного перитоніту.

ПЛАНУВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Мишкіна А.І., студ. 5 курсу

Науковий керівник – Бабар Т. В.

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Питання планування вагітності актуальне для багатьох жінок, які страждають полікістозом яєчників і не можуть завагітніти, так як при відсутності своєчасного лікування він призводить до безпліддя. За оцінками лікарів полікістоз виявляється у 8-10 % всіх жінок репродуктивного віку. Сучасна гінекологія вирішує цю проблему декількома способами – консервативною терапією, хірургічним лікуванням, методами допоміжної репродукції при неефективності інших. Лікувальний напрям має бути побудований від простого до складного. Це дозволить обійтися мінімальними втратами яєчничкового резерву. В основі розвитку полікістозу яєчників лежать, перш за все, поліендокринні порушення, які проявляються розладом функцій: гіпофіза та гіпоталамуса (порушення регуляції діяльності надниркових залоз і яєчників); коркового шару наднирників (підвищена секреція андрогенів); яєчників (нерегулярності або відсутності овуляції, підвищена секреція естрогенів); підшлункової залози (підвищене вироблення інсуліну при нечутливих до нього тканин). Спровокувати гормональні порушення можуть інфекційні захворювання, стреси, зміна клімату.

Мета. Полікістоз яєчників обумовлює більше половини випадків ендокринного жіночого безпліддя. У патологічний процес можуть залучатися різні ланки репродуктивної системи - центральні структури (головний мозок), яєчники, кора надниркових залоз і т.д. Це призводить до порушення регуляції менструального циклу, який забезпечує фертильність жінки, тобто можливість настання вагітності.

Результати. Полікістоз яєчників призводить в основному до ановуляторного безпліддя. У процесі лікування переслідуються єдина мета, яка полягає в настанні овуляції і повноцінному виходу яйцеклітини з фолікула. Для цього можуть застосовуватися різні методики, починаючи від менш інвазивних до більш інвазивних. На першому етапі використовується консервативна терапія, потім хірургічне лікування, в кінці - допоміжна репродуктивна медицина.

Висновки. Після комбінованого лікування пацієнок з полікістозом яєчників при УЗД-дослідженні було виявлено зменшення об'єму яєчників до 4-7 см³, стоншення капсули яєчників та зменшення кількості фолікулів. Відбулася нормалізація гормонального статусу, що дає можливість жінкам відновити репродуктивну функцію. У ході лікування було доведено ефективність комбінованої терапії полікістозу яєчників у пацієнок. У всіх жінок, що пройшли курс лікування було відновлено репродуктивну функцію. Даний метод може бути рекомендований для ведення та лікування жінок з полікістозом яєчників.