

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

туберкульозу. Основними чинниками несприятливої тенденції щодо збільшення захворюваності на туберкульоз є послаблення комплексу протитуберкульозних заходів і раннього виявлення захворювання серед соціально дезадаптованих груп ризику.

Нами вивчені головні чинники, від яких залежать несприятливі прояви захворювання, що ведуть до невдачі лікування. Провідними серед них є такі:

- невірна клініко-рентгенологічна інтерпретація туберкульозного процесу при первинному його виявленні, що призводить до помилкової, або, в кращому випадку, запізнілої діагностики туберкульозного захворювання;

- неправильна інтерпретація отриманих даних, що досить часто провокують початок лікування «пневмоній», «бронхітів», «бронхоектатичної хвороби», які з часом майже у 20% хворих виявляються з різними формами туберкульозу;

- значна зміна патоморфології туберкульозу при якій спостерігається зміна клінічних проявів захворювання;

- трансформація мікобактерій туберкульозу у атипіві, особливо L- форми, та інші, морфології, що схожі з ними, біологічні властивості яких сприяють тривалому зберіганню в організмі хворого і неможливістю їх ідентифікування;

- зміни структури вперше виявленого туберкульозу легень із значною частотою частки гостро прогресуючих форм: інфільтративного туберкульозу (45,0% - 79,0%) казеозної пневмонії (1,0% - 4,0%); зменшилася доля дисемінованого (5,0% - 23,0%) і фіброзно-кавернозного (0,7% - 11,0%) туберкульозу;

- однією з причин неефективності лікування є недисциплінованість хворих, зловживання алкоголем та інші шкідливі звички;

- несистематичний прийом антибактеріальних препаратів;

- зниження соціального забезпечення населення, особливо підвищення відсотку безробіття та отримання низьких заробітних плат.

З огляду на перераховане, можна надіятися на суттєве підвищення якості діагностики і відповідно лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень за рахунок низки державних заходів, спрямованих на відкриття нових робочих місць, збільшення соціальної забезпеченості населення на реформування медичної галузі.

ВКЛАД УКРАЇНСЬКИХ ВЧЕНИХ В РОЗВИТОК РЕНТГЕНОЛОГІЇ (ДО 170-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ І.П. ПУЛЮЯ)

Гриценко А.В. – студ., Каретник О.В. - студ.

Науковий керівник – к.м.н., Шевченко Ю. Ю.

Сумський державний університет, Медичний інститут

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізйотерапії

Історія розвитку рентгенології в Україні не менш складна та заплутана ніж історія України. Навряд чи можна перебільшити внесок в розвиток рентгенології українського фізика Івана Павловича Пулюя. В 1881 році його винахід – трубка, яка випромінювала X-промені, створила справжній фурор на міжнародній електротехнічній виставці в Парижі. Срібну медаль виставки, яку здобув цей винахід, вважалась надзвичайно високою технічною нагородою. І хоча медичний аспект цього винаходу на той час був недооцінений, окремі передові лікарі використовували в своїй практиці знімки створені за допомогою «Лампи Пулюя» вже випускалася навіть серійно, задовго до всім відомого «відкриття» Вільгельма Рентгена. Так за допомогою свого пристрою Іван Пулюй вперше у світовій практиці зробив «рентгенівський» знімок зламаної руки 13-річного хлопчика; знімок руки своєї доньки зі шпилькою, що лежала під долонею, а також знімок скелета мертворожденної дитини. Зрозуміло, раптове «винайдення» В.К. Рентгеном у 1895 році X-променів викликало у І.П. Пулюя розпач і обурення. Однак незважаючи на недостатнє фінансування, що сильно гальмували дослідження, вчений продовжував технічне удосконалення знімків, чим зміг

значно зменшити час експозиції до 2-5 секунд та променеве навантаження на хворого, а якість знімків і без того була бездоганною.

На той час рентгенівський бум вже охопив Європу, в тому числі і Україну. Вже у 1896 році були проведені операції з використанням діагностики за допомогою X-променів у клініці Київського університету імені Святого Володимира. У цьому ж році було придбано рентгенівський апарат для медичного факультету Імператорського Харківського університету. У 1897 рентгенівські апарати працювали в Одесі, у тому числі у приватних клініках. Розвивалась рентгенологія і на теренах Західної України, однак польська влада зачинила для українців двері Львівського університету, зробивши медичну освіту неможливою. Однак вже у 1912 році у клініці внутрішніх хвороб на кафедрі Львівського університету було вперше організовано рентгенологічне відділення, яке очолив українець Мар'ян Панчишин. Що цікаво, це відділення здійснювало не лише рентгенодіагностику, але й рентгенотерапію.

З 1915 року в Києві почався випуск першого в Росії журналу з рентгенології «Рентгенівські вісті», а до цього часу вже було відкрито 21 постійний та 1 пересувний рентгенапарат.

У 1918 році Видатний фізик Абрам Федорович Йоффе, що народився у місті Ромни на Сумщині, створив і очолив фізико-технічний відділ в Рентгенологічному та радіологічному інституті (пізніше Фізико-технічний інститут) у Санкт-Петербурзі, що вважається першим інститутом рентгенології в СРСР. Саме від цього часу починається розвиток радянської рентгенології: створюється Перша Всеукраїнська Рентгенологічна Академія у Харкові (1920 р.), у тому ж році засновано Київський рентгенівський інститут (хоч у Києві ще в 1909 році працював приватний «Рентгенінститут») і українські вчені продовжують відігравати важливу роль у її розвитку.

ЗАКРИТТЯ ДЕФЕКТІВ ТВЕРДОЇ МОЗКОВОЇ ОБОЛОНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Дейнека В.М.

Науковий керівник – д.м.н., проф. Потапов О.О.

Сумський державний університет

Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології

Пошкодження твердої мозкової оболони (ТМО) є наслідком черепно-мозкової травми (ЧМТ) (80%), хірургічних втручань (16%), інші. нетравматичні причини (3 – 4 %). ТМО – це щільна фіброзна мембрана, що складається з 5 шарів, основним структурним матеріалом якої є колагенові волокна, а також, у меншій мірі еластичні, та міжклітинна речовина.

Дегерметизація субдурального простору в наслідок дефекту ТМО призводить до лікворогемодинамічних порушень, виникнення рубцевих змін, неврологічної симптоматики, інфекційних ускладнень. Тому дефекти ТМО, навіть без урахування поєданого пошкодження кісток черепа чи речовини мозку потребують закриття, що в більшості випадків можливо лише оперативним шляхом із застосуванням ауто-, алло-, чи ксенопластичних матеріалів.

Перспективним матеріалом для заміщення дефектів ТМО є хітозан армований хітином, що є повністю біосумісним, біостабільним та абсолютно нетоксичним матеріалом. Він слугує попередником ряду глікозаміногліканів, має протимікробні властивості та здатність стимулювати регенераторні процеси.

Мета: визначити морфологічні зміни ТМО в умовах експериментального заміщення дефекту хітозаною мембраною.

Дослідження було виконано на 10 кролях породи шиншила, віком 5 – 6 міс, вагою 3 – 3,5 кг. І групі (5 тварин) – виконано закриття дефекту ТМО широкою фасцією стегна. ІІ група (5 тварин) – закриття дефекту виконано хітозаною мембраною.

З експерименту тварин виводили в строки 2 тижні (3 тварини) і 2 місяці (3 тварини). Для дослідження ефективності заміщення дефекту ТМО застосовували гістологічний метод дослідження за стандартною методикою.