

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

ВПЛИВ МЕДИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НАСЕЛЕННЯ НА ПЕРЕБІГ ТА РЕЗУЛЬТАТ ЗАХВОРЮВАННЯ

Князькова Поліна – студентка.

Науковий керівник – к. м. н. Гресько І. Я.

*Сумський державний університет, Медичний інститут,
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Рівень медичної культури населення є одним із головних чинників здоров'я нації. Зацікавленість людини у здоровому способі життя має бути для неї одним з пріоритетних, а можливо, головним напрямком у її житті. Актуальність даної теми підтверджується наступним клінічним випадком.

До хірургічного відділення однієї з центральних районних лікарень звернувся хворий М., 24-х років зі скаргами на болі у животі «розлитого» характеру, нудоту, слабкість, сухість у роті. Захворів за 16-18 годин до поступлення у відділення, коли на фоні відносного благополуччя під час фізичного навантаження з'явився різкий біль у епігастральній ділянці з явищами запаморочення та вираженої слабкості. Протягом наведеного часу залишався вдома, сподіваючись на спонтанне полегшення.

З анамнезу життя відомо, що півтора роки тому при ультразвуковому обстеженні було діагностоване кістозне утворення лівої долі печінки розміром 1,5x1,5 см. Рекомендовано дообстеження, диспансерний нагляд. Проте від запропонованих заходів категорично відмовився, мотивуючи зайнятістю і фінансовим станом. У подальшому за медичною допомогою не звертався.

На час огляду стан хворого середньої тяжкості. Шкірні покриви блідні, язик підсушений, обложений білим нальотом. Пульс 90 уд/хв. задовільних якостей, АТ – 115/80 мм.рт.ст; частота дихання – 18 /хв.

Живіт незначно збільшений у розмірах, симетричний, бере участь в акті дихання ощадно, у нижніх відділах більш виражено. При пальпації напружений та болючий в усіх відділах, більше в епігастральній області. Перитонеальні симптоми позитивні, симптом Пастернацького негативний з обох сторін, фізіологічні відправлення не порушені.

Попередній діагноз: перфорація порожнистого органу? Спонтанний розрив кісти лівої долі печінки? Перитоніт. Хворому виконані клінічні та інструментальні методи обстеження згідно протоколів надання медичної допомоги. Після проведеної передопераційної підготовки в ургентному порядку виконано оперативне втручання: верхньо-серединна лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, енуклеація ехінококової кісти лівої долі печінки (розміром 8x9x8 см) з ехінококом, санація та дренивання черевної порожнини.

Післяопераційний діагноз: Спонтанний розрив ехінококової кісти лівої долі печінки. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий отримував загальноприйняте та спеціальне лікування і у задовільному стані з рекомендаціями виписаний з хірургічного відділення, на 13 добу після госпіталізації.

Отже, належний рівень загальної культури, частиною якого є повага та уважне відношення до власного здоров'я і здоров'я близьких, дозволять своєчасно встановити те чи інше захворювання і попередити несприятливий його перебіг та ускладнення.