

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

клітки, при підозрі на наявність медіастиніту – комп'ютерна томографія середостіння. Оперативні втручання виконувалися під загальною анестезією.

Результати: Локалізація ГФШ була наступна: бокова поверхня шиї в зоні судинно-нервового пучка – 56 (68,3%), підщелепна область – 12 (14,6%), передні нижні відділи шиї – 14 (17,1%). Оперативні доступи залежали від локалізації флегмони. При ГФШ бокової поверхні шиї використовувався широкий розріз вздовж кивального м'яза з розсічення фасції Ріше і проникненням в клітковинний простір і дренажуванням його рукавичково-трубчатими дренажами. У 12 (6,0%) випадках ГФШ ускладнилась розвитком гнійного медіастиніту. Використання КТ у 100% випадків дозволило верифікувати діагноз медіастиніту і визначити показання для екстреного хірургічного втручання. Виздоровлення досягнуто у 78 (95,1%) хворих на ГФШ, 4 (4,9%) хворих померли із-за розвитку гнійного медіастиніту і сепсису. Серед хворих з гнійним медіастинітом показник летальності склав 33,3%.

Висновки: Глибокі флегмони шиї у 6% випадків ускладнилися розвитком гнійного медіастиніту, післяопераційна летальність при якому сягала 33,3%. Найефективнішим методом ранньої діагностики гнійного медіастиніту є комп'ютерна томографія. Рання діагностика флегмон шиї їх своєчасне і адекватне хірургічне лікування необхідні для попередження розвитку гнійного медіастиніту і зменшення післяопераційної летальності.

ЕТИОЛОГІЧНА СТРУКТУРА БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК СУМСЬКОГО РЕГІОНУ

Михайленко М.М., магістрант

Науковий керівник – д. мед. н., проф. Бойко В.І.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Безпліддя в шлюбі в Україні складає від 12 до 25%. Безплідний шлюб значно впливає на демографічні показники, через що дана проблема набуває не тільки медико-біологічного, але і важливого соціального значення: неплідний шлюб з частотою понад 15% впливає на демографічні показники вагомніше, ніж не виношування та пренатальні втрати разом узяті. Отже, неплідність слід відносити до найбільш значимих проблем медицини. Нині в Україні проживає приблизно мільйон неплідних подружніх пар.

Поняття «Безпліддя жінки» означає не здатність жінки репродуктивного періоду до зачаття. Тривалість репродуктивного періоду – близько 30 років: з 16 до 45 років. В даний час можна говорити про безпліддя у разі, коли при систематичному статевому житті без обертання вагітність не настає впродовж року.

Сучасна класифікація виділяє декілька форм жіночого безпліддя: ендокринне, пов'язане з порушенням овуляції (35-40%), трубне (20-30%), різні гінекологічні захворювання (15-25%), імунологічні причини (2%), нез'ясоване безпліддя (5-15%).

В основі ендокринного безпліддя лежить порушення менструального циклу, інсулінзалежний цукровий діабет, підвищення продукції глюкокортикоїдів мозковим шаром надниркових залоз (гіперкортизм), гіперфункція щитовидної залози (тиреотоксикоз).

Основною причиною виникнення трубно-перитонеального безпліддя є запальний процес маткових труб, злуковий процес, який розвинувся після лапаротомних операцій на органах малого тазу, внутрішнього ендометріозу та інфекції органів малого тазу.

Після єдиного епізоду гострого запального процесу в малому тазу 11% хворих стають безплідними, після двох або більше рецидивів запального процесу – 25-43% жінок. При виникненні першої трубної вагітності репродуктивна функція порушується в майбутньому у 30-50% пацієнток, а частота повторної трубної вагітності коливається від 17% до 56%.

Серед гінекологічних захворювань провідне місце займає гонорея та хламідіоз.

Проаналізовано 70 безплідних пар з міської місцевості та 30 з сільської місцевості Сумського регіону. Середня тривалість безпліддя складає 7,2 роки. В анамнезі у жінок з первинним безпліддям хронічні запальні процеси органів малого тазу, вторинного безпліддя – запальні процеси органів малого тазу, штучні та самовільні аборти, позаматкова вагітність, оперативні втручання. Порушення менструального циклу у жінок які проживають в селі

склало 28,1%, а в місті 38,6%. Дослідили структуру жіночого безпліддя в місті та селі, найбільший відсоток в місті склала трубно-периторіальне безпліддя 35%, а в селі 46,1%, на другому місці ендокринне – 34,7% та 38,5% відповідно, на третьому місці матковий чинник – 14,3% та 7,7%.

Показник інфертильності в шлюбі в Сумському регіоні у 66% випадків зумовлений жіночим безпліддям, а в 7% чоловічим, порушення репродуктивної функції в обох партнерів в 24%, нез'ясована причина неплідності складає 3%.

ЕМПІЄМА ПЛЕВРИ – ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Мищенко Ю.О. - аспірант

Науковий керівник – професор, д.мед.н. Дужий І.Д.

Сумський державний університет, Медичний інститут

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії

Емпієма плеври являється найбільш грізним ускладненням запальних захворювань легень, травм грудної клітки та оперативних втручань. Кожного року приріст неспецифічних захворювань легень складає 5%. Закономірно зростає кількість хворих на гостру та хронічну емпієму плеври. За останнє десятиріччя відмічається повільний, але стійкий ріст захворюваності на гостру пневмонію, яка у 4% випадків ускладнюється розвитком емпієми плеври. Емпієма плеври ускладнює перебіг травм грудної клітки у 2,9-5,2%, проникаючих поранень – у 5,4-21,7%. Після оперативного лікування з приводу гнійно-деструктивних захворювань – у 4,8 - 28,0%, а після операційних втручань з приводу раку легень емпієма плеври розвивається в 2,5 - 6,5% випадках. В Україні число хворих на гостру емпієму плеври має тенденцію до збільшення. Згідно з епідеміологічними даними гнійними захворюваннями легень і плеври хворіють переважно люди працездатного віку. Стрімко збільшується і кількість випадків хронізації емпієми плеври. У 10-32% хворих відзначається перехід гострого процесу у хронічний. Перелічене можна пов'язати з пізнім зверненням хворих за медичною допомогою, пізньою діагностикою, пізньою госпіталізацією, а у деяких випадках необізнанністю практикуючих лікарів у питаннях лікування емпієми плеври.

Своєчасна діагностика та лікування гострої емпієми плеври у 60-70% випадках запобігає її хронізації. Аналізуючи ефективність діагностики даної патології відмічається, що ефективність рентгенологічного методу дослідження становить 75%, комп'ютерної томографії – 88,6%. Ефективність УЗД плевральної порожнини у комплексі інструментальної діагностики емпієми плеври на сьогодні остаточно не визначено.

Лікування емпієми плеври складний і тривалий процес, до складу якого входить комплекс з консервативних та хірургічних заходів лікування. При лікуванні усіх емпієм плеври особливе місце займають осумковані емпієми. Якщо підходи до хірургічного лікування інших видів емпієм у медичній літературі висвітлено достатньо, то при осумкованні емпієми даних зовсім небагато. Це пояснюється тим, що результати лікування осумкованих емпієм плеври більш сприятливі, ніж при лікуванні тотальних емпієм. Проте, не дивлячись на такі відносно позитивні показники виліковування, частота втрат працездатності, інвалідизації та летальних випадків доволі значна, як за рахунок ускладнень так і за рахунок трудомістких та травматичних оперативних втручань. Отже викладена інформація нашою метою є потреба перегляду підходів до лікування хворих на осумковані емпієми плеври, особливо на хірургічне їх лікування.