

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

перистальтики у привідному відділі кишки відмічається тільки на початку хвороби, пізніше виникає паретичне розширення її просвіту, наростає повнокрів'я, набряк і стаз. При прогресуванні непрохідності спершу уражується слизова оболонка навпротибрижейкового краю кишки. Стінка набрякла з розшаровуючими і плямистими крововиливами, слизова оболонка згладжена в ній виникають явища запальної інфільтрації, десквамація епітелію, наростає набряк підепітеліальної тканини, епітелій зберігається тільки в криптах, виникають вогнищеві розриви м'язових волокон.

У більшості випадків спайки, які з'єднують парієнтальну з вісцеральною очеревиною тонкої кишки, викликають розвиток гострої спайкової кишкової непрохідності. Постійна травматизація місця прикріплення спайок під час перистальтики призводить до морфофункціональних порушень в тканинах, де запалення набуває хронічного характеру. В зоні прикріплення спайок до «мобільних» перестальтуючих петель тонкої кишки, виникають явища набряку з вираженою нейтрофільною параваскулярною запальною інфільтрацією і склерозом, а також внутрішньосудинний стаз.

При значній травматизації місця прикріплення спайки до стінки кишки виникають явища значного набряку, дифузно-запальної інфільтрації, хаотичне розташування та розщеплення колагенових волокон, крововиливи, паретичне розширення судин. У цих місцях визначається виражений ангіоматоз судин, значна кількість з яких різна за калібром. Їх стінки потовщені, з явищами склерозу та вираженої лейкоцитарної інфільтрації, а у просвіті масивний стаз і тромбування. Навколо судин виражений набряк, що проявився у вигляді розщеплення колагенових волокон та утворення дірчастих пустот, місцями елементи деструкції колагенових волокон. Ці зміни ми розцінили як прояви васкуліту.

Результати проведеного дослідження показали прогресуючі, виражені, часом незворотні морфологічні зміни у стінці тонкої кишки які призводять до суттєвого порушення функції органа під час розвитку захворювання і появи синдрому ентеральної недостатності..

Ці патологічні процеси у повному обсязі не можуть бути відрегульовані фармакологічними препаратами, тому потребують комплексного підходу до тактики та лікування хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність, особливо у ранньому післяопераційному періоді.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКИХ ФЛЕГМОН ШИЇ ТА ЇХ УСКЛАДНЕНЬ

Мисловський І.А., Чередніченко А.І. к.м.н., Сотнікова А.О. лікарі

Кузів О.П. студ. 2 курсу

Науковий керівник – к.м.н., доц. В.П.Шевченко

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Сумська обласна клінічна лікарня

Глибокі флегмони ший (ГФШ) займають особливе місце серед гнійно-запальних процесів у зв'язку з анатомічною особливістю будови ший – обмеженої зони, насиченої життєво-важливими структурами, магістральними судинами та клітковинними просторами, з'єднаними зі суміжними регіонами. Результати лікування ФШ залишаються незадовільними, що пов'язано з можливістю розвитку каскадних гнійно-септичних ускладнень (медіастиніт, сепсис, поліорганна дисфункція), які детермінують високу летальність.

Мета: Вивчити результати лікування глибоких флегмон ший і частоту розвитку гнійного медіастиніту у хворих.

Матеріали і методи: Проаналізовані результати лікування ГФШ у хворих, оперованих у хірургічному відділенні СОКЛ з 2001 по 2013 рік. Всього оперовано 82 хворих. Чоловіків - 52 (64,4%), жінок – 30 (36,6%). Середній вік - 42±1,7 років. Для діагностики використовувалися фізикальне, лабораторне обстеження, рентгенографія органів грудної

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