

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

переважну більшість 84 (85,7%) пацієнтів з сумою балів $X < 0$ шпиталізували у хірургічне відділення з іншими діагнозами. У 3(3,7%) з 80 хворих під час консервативного лікування в хірургічному відділенні поява симптому малинового желе (відповідно через 2, 4 та 22 години) дозволила діагностувати ГПМК на стадії інфаркту. Водночас, у 2 з 14 пацієнтів діагноз ГПМК спростували(встановили, відповідно, гостру злукову обтураційну непрохідність та гострий панкреатит). Загалом, діагноз гострої мезентерійної ішемії доведено (в тому числі інтраопераційно) у 21 хворого.

Таким чином, використання експрес-діагностики ГПМК за прогностичними коефіцієнтами дозволило провести клінічне визначення ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту у 15(71,4%) з 21 пацієнтів. У хворих на ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту метод продемонстрував високу специфічність (97,4%) – хибнопозитивний результат отримано лише у 2(2,6%) з 77. Якість діагностики в основній (вірно діагностовано ГПМК з використанням методу експрес-діагностики у 15 пацієнтів з 21) групі достовірно краща за цей показник дослідної (у 22 пацієнтів з 97) групи - $\chi^2 = 38,1$, $p < 0,01$.

Висновок. У пацієнтів з декомпенсованим ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту чутливість методу експрес-діагностики склала 71,4%, специфічність – 97,6%.

ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Смець Н.В., магістрант

науковий керівник – д.мед. н., професор Бойко В.І.

СумДУ, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

В умовах сьогодення на третьому місці серед проблем репродуктивного здоров'я займає ендометріоз. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в жінок репродуктивного періоду, висока частота запальних захворювань органів малого тазу, поганий екологічний фон, багато супутніх соматичних захворювань.

При ендометріозі ділянки тканин схожих на слизову оболонку матки з'являються і в інших органах: в маткових трубах, на яєчниках, на кишечнику, в грудній порожнині та ін. Як і нормальна слизова оболонка матки - вони ростуть при підвищенні рівня естрогену в першій частині менструального циклу і руйнуються під час менструації, коли рівень естрогену стрімко знижується.

Руйнування вогнищ ендометріозу призводить до утворення кіст, заповнених кров'ю і залишками клітин. У деяких випадках такі кісти розриваються, а кров з них потрапляє в черевну порожнину. Розрив ендометріозних кіст викликає гострий біль в животі.

Залежність росту вогнищ ендометріозу від рівня естрогену в кроці пояснює той факт, що симптоми ендометріозу посилюються під час менструації (тобто коли вогнища руйнуються) і стихають після її закінчення.

Точні причини виникнення ендометріозу остаточно невідомі. Передбачається, що клітини дають початок ділянкам ендометріозу потрапляють в сусідні органи під час затікання крові під час менструації через маткові труби в черевну порожнину. На думку деяких фахівців також можливо, що вони поширюються по всьому тілу зі струмом лімфи і крові йде від матки.

Метою нашої роботи було підвищення рівня та збереження репродуктивного здоров'я у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення анамнезу, клінічних і лабораторних змін та розробки алгоритму лікування і профілактики даного захворювання.