

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

відновлення у пацієнтів із 4G/4G генотипом; схильність до розвитку вторинних ускладнень, еволюцію патологічних уражень мозку з вторинною ішемією у хворих із 4G/5G генотипом за поліморфізмом, що досліджувався.

Отримані результати підтвердили наявність зв'язку між генотипами за -675 4G/5G поліморфізмом гена PAI-1, розвитком вторинних ішемічних ускладнень, еволюцією уражень мозку у хворих із тяжкою ЧМТ.

ГЛИБОКА РЕНТГЕНОТЕРАПІЯ КІСТКОВОГО ПАНАРИЦІО

Рябокоть О.А Карпенко Б.М.

Науковий керівник доцент, к.м.н. Бугайов В.І.

Сумський державний університет

Медичний інститут

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Нами проаналізовано досвід застосування глибокої рентгенотерапії у комплексному лікуванні 58 хворих на кістковий панарицій. Група порівняння складала 45 чоловік. Обидві групи були співставлені по статі та віку. Хірургічне втручання і антибактеріальна терапія в обох групах проводилась по загальній методиці.

В основній групі у комплекс лікування включалась ортовальна рентгенотерапія при напрузі генерації 150-200 kV, ШПО 1,5мм міді, РУП 15 см. Опромінення проводили ритмічністю 2 фракції на тиждень з одноразовою дозою 0,25-0,35 Гр. Сумарна доза складала 2-3 Гр. в залежності від клінічних проявів. Опромінення виконувалось на вітчизняній установці РУМ – 17.

Добрі та відмінні результати в основній групі отримані у 83% хворих (група порівняння – 58%) Вже після 6-8 сеансів спостерігались чіткі рентгенологічні ознаки кісткової регенерації. Бактеріологічний контроль показав підвищення чутливості патогенної мікрофлори на фоні променевої терапії до антибіотиків. Термін непрацездатності скоротився у 1,6 разів. Сторонніх ефектів при застосуванні даної методики не спостерігалось.

Таким чином, застосування променевих методів у комплексному лікуванні кісткового панарицію є раціональним, особливо у хворих з розповсюдженою антибіотикорезистентністю.

ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЄЮ

Сахненко А.І., студ. 5-го курсу

Науковий керівник – Калашиник Н.В., к.мед.н., асистент,

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність роботи зумовлена проблемою безплідного шлюбу, що є вагомим в наші дні. Останнім часом подружні пари все частіше скаржаться на неможливість завагітніти, проблема не втрачає своєї актуальності. За статистикою на безпліддя скаржаться близько 30% пар, з яких 36% мають ендокринну проблему - вагітність не настає у зв'язку з відсутністю нормальної овуляції. При скринінговому обстеженні пацієнток, що звернулися з приводу безпліддя, гіперпролактинемія (ГП) виявляється у 18,9% випадків, а при ендокринних порушеннях менструального циклу і ендокринній безплідності - в 40%.

Метою дослідження було проаналізувати використання різних методик лікування гіперпролактинових станів. Порівняти ефективність препаратів та інтенсивність зниження пролактину в крові хворих, виявити найбільш ефективне лікування. Відстежити появу овуляції та досягнення мети – вагітності досліджуваних жінок.

З 2013 року нами на базі кафедри акушерства і гінекології Сумського державного університету, СОКПЦ, лабораторні дослідження виконувалися на базі лабораторії «Сінева». Для дослідження було залучено 45 жінок з функціональною ГП. Стартово рівень пролактину крові коливався у діапазоні 860 – 910 мОд/л, при нормі 64 – 395 мОд/л. З діагностичною метою використали такі дослідження: Визначення рівня ПРЛ у плазмі крові; визначення ТТГ, Т3, Т4;

краніограма – для виключення пухлинної причини; вимірювання базальної температури протягом 2- 3 місяців, тести на овуляцію; УЗД; огляд очного дна та полів зору.

Усіх жінок було розділено на три групи :

I - Група 15-ти жінок, у яких рівень пролактину крові на початку складав – 880-910 мОД/л. Для пацієнтів цієї групи обрано лікування Алактином.

II– Група 15-ти жінок. У жінок цієї групи рівень ПРЛ на початку лікування становив 870-900 мОД/л. Для лікування обраний препарат - Нормоменс.

III–Контрольна група 25 жінок. Рівень ПРЛ на початку дослідження становив 860-900 мОД/л.

У результаті лікування Алактином у перші 3 місяці: у 11 рівень ПРЛ знизився до норми (410-500 мОД/л)(73%); у 11 жінок виявлено овуляцію(73%), з них 5 завагітніло(33%). Через 6 місяців лікування: Овуляція виявлена у 13 жінок(86%), а 9 з них завагітніли(60%).

При лікуванні Нормоменсом у перші 3 місяці рівень ПРЛ знизився у 7 (47%) 510-560 мОД/л; завагітніло 2(13%) жінки з найменшим від початку рівнем ПРЛ; овуляцію виявлено у 5(33%) пацієнток. Результати лікування протягом 6 місяців: рівень пролактину знизився до норми у 8 жінок (53%) до 460-510 мОД/л. , завагітніло 4жінки(26%), овуляція виявлена у 9 жінок(60%) .

У контрольній групі лікування проведено не було. Але систематично перевірялися показники рівня гормонів крові, які суттєвих змін не показали від своїх стартових показників. Також жінки вимірювали базальну температуру та проводили УЗД-дослідження, які теж позитивних результатів не дали.

В результаті проведеної роботи отримано дані, які свідчать, про те що препарат Алактин є найбільш ефективним препаратом для нормалізації гормонів та відновлення овуляції при функціональній (ідіопатичній) гіперпролактинемії.

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНІ КРОВОТЕЧЕЮ

Ситнік О.Л., Шаповал М.М.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Проаналізовано результати лікування 8 хворих на післянекротичні кісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею, в хірургічному відділенні Сумської міської клінічної лікарні №5. У 6 пацієнтів кровотечу у порожнину кісти було діагностовано на основі клінічних даних, результатів лабораторного та інструментального (ультразвукове дослідження) обстеження. Найбільш вагомими були наступні симптоми:

- посилення болю у животі;
- прогресуюча анемія;
- прогресуюче збільшення розмірів кісти, яке визначали пальпаторно та за допомогою ультразвукового дослідження;
- поява симптомів подразнення очеревини при розриві кісти та внутрішньочеревний кровотечі.

У 2 хворих арозивна кровотеча виникла у післяопераційному періоді після зовнішнього дренивання чепцевої сумки та проявилася витяканням незміненої крові по дренажам черевної порожнини та крізь лапаростомну рану.

Із 6 хворих, в яких було запідозрено кровотечу у порожнину кісти, 5 були терміново прооперовані. Один пацієнт помер неоперованим внаслідок розриву кісти та профузної внутрішньочеревної кровотечі. Хворим виконували верхньосередню лапаротомію. Діагноз підтверджували пункцією кістозного утворення, потім розтинали стінку кісти та швидко тампонували її порожнину. Після досягнення тимчасового гемостазу здійснювали спробу верифікації джерела кровотечі. У одного хворого була виявлена арозована селезінкова артерія, яку прошили капроговою лігатурою. У 4 хворих виявити джерело профузної кровотечі не було можливо, операцію завершували тугою тампонадою порожнини та марсупілізацією кісти.