

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

неоднорідна гіпоехогенна ехокартина просвіту вени, гіперехогенність задньої стінки. В обох групах повну оклюзію було досягнуто через 6 тижнів. Оцінка впливу різної лазерної потужності на периферичні тканини, що оточують абляційну вену, свідчить про більшу кількість локальних пошкоджень (екхімозів, больових тяжів, гіперпігментацій) у 2-ій групі хворих – у 9 хворих (20%), при використанні меншої потужності лазерного випромінювання в 1-ій групі – у 3 осіб (6,2 %).

Висновки. При проведенні лазерної абляції ВПВ (великої підшкірної вени) та МПВ (малої підшкірної вени) з використанням ЕВЛК з довжиною хвилі 1470 нм було встановлено, що достатнім рівнем лазерної енергії для ефективної оклюзії вен є потужність 10 Вт з середньою лінійною щільністю енергії 43,8 Дж/см у порівнянні з 15 Вт та 79,65 Дж/см у другій групі.

АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ РАКУ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ, ЩО ЗАзнаЛО РАДІАЦІЙНОГО ВПЛИВУ

Медведь О.Л., Зацарна О.М. – студенти

Науковий керівник – к.м.н. Москаленко Ю.В.

Актуальність. Майже 30-річний досвід спостереження за наслідками аварії на ЧАЕС свідчить про збільшення захворюваності на рак щитовидної залози. Це зумовлено тим, що у перші дні після аварії в атмосферу було викинуто величезну кількість радіоактивного йоду. Основну масу (біля 80%) складав J131, іншу частину — короткоживучі радіонукліди J132-135. Небезпека надходження радіонуклідів йоду в ЩЗ людини та тварин існувала протягом 2,5 місяців після аварії, тобто часу, що дорівнював десяти періодам напіврозпаду J131.

Мета дослідження: вивчити динаміку захворюваності на рак щитовидної залози серед населення, що проживає на територіях, які зазнали найбільшого радіоактивного впливу.

Результати дослідження. Встановлено, що понад 60% випадків раку ЩЗ від 0 до 14 років щороку реєструється у 5-ти північних областях України, які найбільше постраждали від аварії на ЧАЕС (Київська, Чернігівська, Житомирська, Рівненська, Черкаська). У той час, як до Чорнобильської катастрофи протягом 1981—1985 років у цих областях взагалі не було жодного випадку раку ЩЗ серед дітей, крім Черкаської області, де у 1981 році зареєстрований 1 випадок дитячого тиреораку. Починаючи з 1990 р поширеність раку в Білорусії зросла в 18 разів, зокрема в найбільш забрудненій Гомельській області - в 28 разів; в Брянській області Росії - в 9 разів, у тому числі в Клінцевському районі - майже в 48 разів; в Україні - в 4,8 разів (у Київській області - в 9,8 разів). До 1989 р частота раку в кожному регіоні зберігалася на відносно постійному рівні.

Висновки: Узагальнюючи наведені дані, можна констатувати, що після аварії на Чорнобильській атомній станції відмічається значне зростання частоти раку ЩЗ серед населення. Особливо помітна тенденція в регіонах, які найбільш постраждали. Медичні аспекти наслідків чорнобильської аварії пілягають подальшому ретельному дослідженню та додатковому статистичному аналізу.

МОРФОЛОГІЧНА БУДОВА СТІНКИ ТОНКОЇ КИШКИ В УМОВАХ ІІ СПАЙКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Микитин В.З., Пак В.Я., Аишурбекова В.А.

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ

Вивчили морфологічні зміни стінки тонкої кишки, які виникли внаслідок спайкової обтураційної тонкокишкової непрохідності. Вони призводять до моторно-евакуаторних порушень кишечника, змін пристінкового та внутрішньопросвітнього травлення, бар'єрної, секреторної та резорбтивної функції тонкої кишки.

Гостра спайкова непрохідність тонкої кишки виражається порушенням кровообігу та лімфовідтоку, альтеративно-деструктивними процесами та запальною реакцією. Підсилення

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 шиї (ГФШ) займають особливе місце серед гнійно-запальних процесів у зв'язку з анатомічною особливістю будови шиї – 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 шиї 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