Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕРЕТИЧНОЇ 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

гіпертонічна хвороба, 44% метаболічний синдром, 8% цукровий діабет), на третьому місці - ранній початок статевого життя, зареєстрований у 68% жінок.

Таким чином, встановлено, що найбільша частота міоми матки у міських мешканок припадає на середній репродуктивний вік (20 - 40 років)., професія (службовці), шкідливі звички (тютюнопаління), обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез, екстрагенітальна патологія, ранній початок статевого життя.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПНЕВМОНІЇ УСКЛАДНЕНОЇ ПЛЕВРИТОМ

Сухарєва Вікторія – студентка
Науковий керівник – к. м. н. Гресько І. Я.
СумДУ, Медичний інститут,
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Діагностика хвороб легень і плеври без променевих методів неможлива, особливо ж їх диференціація. Наводимо спостереження, що ілюструє дану тезу.

Хвора К., 43 роки, мешканка сільської місцевості, домогосподарка, звернулася на консультацію до торокального хірурга зі скаргами на болі у нижніх відділах лівої половини грудної клітки, помірну слабкість, підвищення температури до 37–37,5°С. Дані симптоми з'явились протягом останніх 3-4 тижнів.

З анамнезу відомо, що близько 6-и місяців тому хвора лікувалась амбулаторно за місцем проживання у сімейного лікаря з приводу лівосторонньої нижньодольової пневмонії. Діагноз був виставлений на підставі скарг хворої та даних аскультативного дослідження. Рентгенологічне обстеження легень не проводилось. Лікування тривало близько двох тижнів.

Після 2-3 тижнів у хворої, на тлі відносного благополуччя, з'явилися скарги на «тупі», «ниючі» болі у епігастральній ділянці та лівому підребер'ї, які дещо підсилювалися після прийому їжі, фізичному навантаженні та при глибокому вдосі. Хвора повторно звернулася до сімейного лікаря за місцем проживання. У неї було попередньо діагностовано загострення хронічного панкреатиту, імовірно на тлі перенесеної антибактеріальної терапії, гастродуоденіт. З метою дообстеження було виконано ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та фіброгастродуоденоскопію. Патологічних змін з боку шлунка, 12-палої кишки та підшлункової залози виявлено не було. Типові клінічні та біохімічні аналізи крові були у межах норми. Хворій були дані стандартні рекомендації, а при погіршенні стану - консультація гастроентеролога. Рентгенологічне обстеження легень також не проводилося.

Через п'ять місяців з часу маніфестації захворювання у хворої з'явилися скарги на біль у нижніх відділах лівої половини грудної клітки, що посилювався при глибокому вдосі, з'явилася субфебрильна температура у вечірній період, слабкість, пітливість. Хвора знову звернулася до сімейного лікаря. На цей раз було виконане рентгенологічне дослідження легень. На рентгенограмі виявлено ознаки перенесеного плевриту за типом «високого» стояння діафрагми, деформації її склепіння та патологічного утвору у проекції нижньої долі легені з чіткими неправильними зовнішніми контурами. Після дообстеження у пульмонолога хвора направлена на консультацію до торакального хірурга і була госпіталізована до хірургічного відділення Сумського протитуберкульозного диспансеру. Після проведених додаткових методів обстеження, у тому числі і плевріграфії, у хворої діагностовано осумкований обмежений лівобічний гнійний плеврит із множинними затьоками у кардіодіафрагмальний і костодіафрагмальний синуси. Хвора була успішно прооперована: видалена уражена осумкована ділянка плеври з частковою резекцією VIII ребра. Операція виконувалася після «тугого» виповнення «осумкування» розчином бриліантової зелені. Післяопераційний перебіг без ускладнень. Хвора у задовільному стані виписана додому.

Таким чином, своєчасне проходження профілактичних та диспансерних оглядів, обов'язкове рентгенологічне обстеження органів грудної клітки при соматичних захворюваннях, а тим більше при захворюваннях легень, безумовно, не привело би до таких

наслідків, які мали місце у даному клінічному випадку, що доводить безальтернативність рентгенологічного обстеження легень.

ІСТОРІЯ ПРОТЕЗУВАННЯ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Томин Л.В. – аспірант, Боженко О.В.[1)]
Науковий керівник – Шищук В.Д.
Сумський державний університет
Медичний інститут
Кафедра ортопедії та травматології
[1)]Сумський протезно-ортопедичний цех

Актуальність: Питання історії протезування, його ролі і значення настільки актуальні для сучасної української історії науки, що, здається, по своїй значності воно повинно іди поряд з історією медицини. Проте, протезування як галузь знаходиться в тіні тієї самої медицини, але вона потребує постійного розвитку. Людина з обмеженими фізичними можливостями не в змозі обійтися без протезування для існування в суспільстві.

Історія розвитку протезування інвалідів до кінця 18-19 ст. - спроба окремих лікарів, умільців-самоучок, винахідників і самих інвалідів в якійсь мірі різними засобами, інколи самими примітивними пристосуваннями, доповнити функції втраченої кінцівки. В Україні історія протезування бере свій початок з відкриття майстерень в м. Київ та м. Харків. В перші роки після революції розвиток протезної справи був мінімальним, тільки з 1924 року на протезування почали виділяти державні кошти. 8-12 березня 1928 року було проведено Всеукраїнську протезну нараду. Професор М.І. Сітенко, уродженець с. Рябушки, Сумської області і професор І.С.Фрумін стали ініціаторами лікувального протезування та відкриття протезних майстерень в інших містах України, втому числі в м. Суми. Протезна майстерня була розташована а лікарні на вулиці Привокзальній, це давало можливість інвалідам і населенню, що прибувало з районів безперешкодно добиратися до місця, де надавалася протезна допомога. Металеві і дерев'яні напівфабрикати централізовано одержували з Харківського Протезного заводу. До початку Великої Вітчизняної Війни майстернею виготовлялися: протези, корсети, ортопедичне взуття по єдиній номенклатурі протезно-ортопедичних виробів. Виготовлення протезів до 1939 року збільшено на 300%, ортопедичного взуття – на 200%.

Після визволення м. Суми 2 вересня 1943 року, незважаючи на повністю зруйноване протезне виробництво, 10 вересня 1943 року почала роботу Сумська обласна протезна майстерня. Необхідність була викликана тим , що м. Суми знаходилось в прифронтовій зоні, і в ньому було влаштовано сім військових шпиталів. До військкомату були запрошені поранені, які в змозі були виконувати роботу по протезуванні. Їм запропонували роботу в протезній майстерні. Це були майбутні спеціалісти - протезисти. З цього часу історія розвитку протезування в Сумській області почала стрімко розвиватися. Працівники Сумського протезного цеху в зв'язку зі збільшенням обсягів виробництва після епідемії поліомієліту в 50-х роках, систематично підвищували свою кваліфікацію на курсах Українського інституту протезування, завдяки чому піднялися на високий рівень обслуговування.

Висновки: Історія протезування в Сумській області ознайомлює нас з шляхами розвитку протезування, якими проходив Слобідський край, з його знаменитими земляками, котрі виписали цю історію, безпосередньо надавали протезно-ортопедичну допомогу людям, які її потребували. Протезист – це людина титанічної праці, яка поєднує медицину з технікою, інколи буває непомічена громадою. Протезування як сфера соціального забезпечення вкрай потрібна для медико-соціального забезпечення інвалідів. Такий прояв милосердя отримує людина з обмеженими фізичними можливостями від громади, суспільства. А це найвищий прояв милосердя.