

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

але і соціально-демографічного значення.

Ендокринне безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції, серед інших форм складає близько 35-40%. Одією з наймовірніших причин є дисфункція щитоподібної залози, що суттєво впливає на стан репродуктивної функції жінки. Гіпотиреоз призводить до порушень менструального циклу (оліго-, аменорея), невиношування вагітності, патології розвитку плода та новонародженого, безпліддя. Тісний взаємозв'язок між репродуктивною функцією і функцією ЩЗ необхідний для забезпечення адекватного фолікулогенезу, овуляції, запліднення, функції жовтого тіла і розвитку вагітності.

Метою роботи є дослідження тиреоїдного стану у жінок із безпліддям при гіпотиреозі, що проживають в ендемічному регіоні після корекції дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції.

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження проводилось у два етапи: ретроспективний аналіз медичної документації 50 жінок, які в подальшому підлягали проспективному дослідженню, в результаті якого було виявлено гіпотиреоз у 30 жінок. Вони були поділені на дві групи: 1 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, які після проведення стимуляції овуляції прегнілом не отримували замісної терапії (L-тироксин, йодбаланс); 2 група – 15 жінок із безпліддям при гіпотиреозі, яким застосовували гормонотерапію (L-тироксин 150 мкг/д, йодбаланс 200 МО 1р/д) після стимуляції овуляції прегнілом; 10 соматично здорових жінок з нормальною репродуктивною функцією- контрольна група.

Для оцінки тиреоїдного статусу із безпліддям визначали у сироватці крові рівні вільного трийодтироніну (fT₃) і вільного тироксину (fT₄), тиреотропного гормону (ТТГ), загального (Т₃) і загального (Т₄), а також додатково визначали рівні ЛГ та ФСГ.

При дослідженні тиреоїдного статусу у жінок рівень Т₃ при гіпотиреозі - $1,11 \pm 0,05$ пмоль/л (контроль $2,77 \pm 0,06$ нмоль/л); Т₄ - $49,1 \pm 1,18$ нмоль/л, (контроль $109,78 \pm 1,08$ нмоль/л); ТТГ - $4,8 \pm 0,08$ мМО/л (контроль $2,63 \pm 0,03$ мМО/л); fT₄ - $8,12$ пмоль/л (контроль $18,77 \pm 0,3$ пмоль/л), fT₃ - $5,67 \pm 0,06$ пмоль/л (контроль $7,63 \pm 0,03$). ЛГ, ФСГ (фолікулярна фаза) - $3,5 \pm 1,7$ мЕД/л та $1,7 \pm 0,9$ мЕД/л відповідно.

У жінок із безпліддям при дисфункції щитоподібної залози під час стимуляції овуляції та замісної терапії в лікувальних програмах спостерігається зниження рівня ТТГ до $2,63 \pm 0,03$ мМО/л, Т₃ становив $2,82 \pm 0,06$ пмоль/л, нормалізація рівня Т₄ ($109,7 \pm 0,07$ нмоль/л).

Ефективність даного комплексу діагностичних та лікувальних заходів у жінок із безпліддям та дисфункцією щитоподібної залози сприяла нормалізації її функції, що обумовило підвищення частоти настання овуляції в природному циклі в лікувальних програмах контрольованої індукції овуляції та допоміжних репродуктивних технологій, а також настання вагітності у 80 % жінок при гіпотиреозі, що більше в 6 разів, порівняно з жінками, які не застосовували даний лікувальний комплекс.

ПОСТСПЛЕНЕКТОМІЧНИЙ СПЛЕНОЗ, ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ РЕЦИДИВУ ХВОРОБИ ВЕРЛЬГОФА.

Олексич Т.В., Ульянич В.В. - лікарі СОКЛ

Смородська О.М. студ. 3-го курсу

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

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії,

Сумська обласна клінічна лікарня

Спленектомія (СЕ) у хворих на хворобу Верльгофа (ХВ), виконується у випадку неефективності консервативного лікування цього тяжкого захворювання. Не зважаючи на високий ризик оперативного втручання, пов'язаний з притаманним для цього захворювання порушеннями в системі згортання крові, СЕ продовжує активно використовуватися, так як є найбільш ефективним методом лікування ХВ. Це пояснюється тим, що оперативним шляхом

радикально видаляється джерело патологічного кілінга тромбоцитів. На жаль у частини хворих після СЕ спостерігається рецидування захворювання. Існує припущення, що це зумовлено розвитком спленозу в результаті травматизації пульпи селезінки під час оперативного втручання та її диссимінації по черевній порожнині, а регенерована селезіночна тканина набуває всіх патологічних властивостей видаленої селезінки.

Мета: Вивчити частоту рецидування ХВ у хворих після спленектомії та визначити роль постспленектомічного спленозу у його розвитку.

Матеріали та методи. За період 1990–2015 роки в хірургічному відділенні СОКЛ з приводу гематологічних захворювань виконано 56 СЕ, серед них у хворих з ХВ – 25 (44,6%). Жінок було - 18 (72 %), чоловіків – 7 (28 %). Співвідношення ж/ч 3:1. Вік хворих коливається у межах 16 – 62 років. У хворих використовувалася традиційна СЕ лапаротомним доступом. Клініко-лабораторне і інструментальне обстеження включало загальноклінічні методи (клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограму, рентгенографію органів грудної клітки, ЕКГ), специфічні дослідження формених елементів крові (ретикулоцитограма, тромбоцитограма, визначення осмотичної резистентності еритроцитів, визначення дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly), дослідження клітинного складу кісткового мозку, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.

Результати. Рецидив захворювання після СЕ спостерігався у 9 (36 %) прооперованих хворих, з приводу чого вони були повторно госпіталізовані для консервативного лікування. Ділянки ектопічної селезінкової тканини розмірами від 1,5 до 4см у великому сальнику, у лівому підребер'ї чи над лівою ниркою діагностовані за допомогою ультрасоноскопії у 6 (66,7%) із них. Підтвердженням функціонуючої селезіночної тканини у цих хворих була відсутність дефектних еритроцитів з тільцями Howell-Jolly у периферійній крові.

Висновки. Спленектомія є ефективним методом лікування хвороби Верльгофа, стійка ремісія після неї досягнута у 74% хворих. У більшості (66,7%) прооперованих хворих рецидування захворювання зумовлено розвитком післяспленектомічного спленозу.

ПОРІВНЯЛЬНА ТАКТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ ЙОГО УСКЛАДНЕННІ – РЕАКТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ.

Олісеєнко Д.В., магістрант, Антоненко О.М., магістрант, Шевченко О.О., лікар-інтерн, Чубун Д.В., лікар-хірург

Науковий керівник – д.мед.н., проф., Леонов В.В.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність: Реактивний плеврит є одним з ускладнень гострого панкреатиту, тому раціональна антибіотикотерапія дає змогу зменшити його прояви, внаслідок ліквідування основного захворювання.

Мета роботи: Визначення ефективності антибіотикотерапії щодо перебігу ускладнення гострого панкреатиту – реактивного плевриту.

Матеріали та методи: Проведено аналіз ефективності антибіотикотерапії у 20 хворих з гострим панкреатитом, у яких виникло ускладнення в вигляді реактивного плевриту за період з 01.08.2014 по 28.02.2015 у хірургічному відділенні КУСМКЛ № 1.

Результати: 15 хворим з гострим панкреатитом проводилась антибіотикопрфілактика препаратом «бліцеф» (цефтріаксон), у дозі 1,0 2 рази на добу, до 7 днів, до нормалізації рівня лейкоцитів крові. Паралельно проводились плевральні пункції. На 3 день застосування антибіотику кількість плеврального ексудату зменшилась у всіх 15 хворих. У 3 хворих виникло тяжке ускладнення – панкреонекроз, тому було необхідне застосування антибіотиків з більшим спектром антимікробної дії – у всіх 3 випадках застосовувався «позінег» (цефепім), в дозі 1,0 2 рази на добу до 10 днів, також «оргіл» (орнідазол), у дозі 100 мл в/в крапельно 2 рази на добу, враховуючи важкість перебігу захворювання. У всіх хворих з асептичним панкреонекрозом також виник ексудативний