

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

сечовипускання при ДГПЗ зв'язують не тільки з механічною обструкцією, але й з недостатністю тканинного дихання детрузора та наслідками цього явлення. Для зменшення ступеню гіпоксії детрузора використовують метод гіпербаричної оксигенації (ГБО). Його принцип полягає у збільшенні кисневої ємності крові за рахунок додаткового розчинення у ній кисню.

Мета. Покращити результати консервативного лікування розладів сечовипускання у хворих на ДГПЗ за допомогою ГБО.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилося на базі СОКЛ. Було відібрано 64 пацієнти у віці від 43 до 78 р. з такими показниками: на протязі доби середні ефективні об'єми (СЕО) до 150 мл та зменшення середньої швидкості сечовипускання (СШС) нижче 10 мл/с з необструктивними показниками. Пацієнти були поділені порівну на дослідну та контрольну групи. Дослідна група пройшла 10 сеансів ГБО с експозицією 45 хв. при робочому тиску до 1,8 атм. щоденно у поєднанні з терапією тамсулозином (400 мкг 1 р./добу). Контрольна група отримувала монолікування тамсулозином. В результаті у пацієнтів дослідної групи збільшилися показники СЕО та СШС, зменшився ступінь полакіурії, у порівнянні з контрольною групою, в середньому на 9,8%.

Висновки. Проведене дослідження чітко продемонструвало кореляцію між гіпоксичним станом детрузора та розладами сечовипускання при ДГПЗ, можливість їх корекції методом ГБО при відсутності показань до оперативного лікування.

ТУБЕРКУЛЬОЗ – ЯК ОДНА ІЗ НАЙГОЛОВНІШИХ ЗАГРОЗ ДЛЯ ЛЮДСТВА

Головко А.Ф., Лопатіна К.В. – студентка

Науковий керівник – к.м.н. Гресько І.Я.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини і фтизіатрії

Туберкульозна інфекція – одна з найрозповсюженіших у світі. За даними ВООЗ від 30 до 60% населення у країнах, що розвиваються, інфіковані мікобактеріями туберкульозу (ТБ). Щороку в цих країнах у 8-10 млн. чоловік розвивається захворювання на туберкульоз, а 2 млн. людей помирають від нього. приблизно 3-3,5 млн. чоловік помирають від ВІЛ/СНІД – асоційованого туберкульозу.

Щосекунди у світі інфікується збудником туберкульозу одна людина. Щорічно 1% населення планети інфікується збудником туберкульозу. Мікобактеріями туберкульозу інфікована одна третина населення світу. Більше 1,5 млн. випадків туберкульозу зареєстровано у країнах Африки. Щороку у країнах південно-східної Азії реєструється близько 3 млн. випадків туберкульозу. У 16 із 61 країни Європейського регіону за даними ВООЗ ситуація з туберкульозу залишається критичною.

В Україні, незважаючи на зусилля медичної спільноти та керівництва держави, приборкати захворюваність на туберкульоз до цього часу також так і не вдалося. Спостерігається тенденція до стабільності епідемічної ситуації, особливостями останньої є збільшення кількості хворих на позалегенові форми туберкульозу, а також висока захворюваність серед дітей. Ефективність лікування вперше виявленого туберкульозу значно погіршує невірна клініко-рентгенологічна інтерпретація при первинному виявленні змін в легенях.

У нас захворюваність на туберкульоз протягом 1990-2006 р. збільшилася у 2,5 рази: з 32,0 до 83,2 на 100 тис. населення. В останні роки з 2007 до 2011 р. має місце зменшення захворюваності на 15,8%: з 79,8 до 67,2 на 100 тис. населення.

Співвідношення чоловіків і жінок серед вперше виявлених хворих у 2009 році становила 3:1 та 2:1 у 2011 році.

Відмінною ознакою епідемії туберкульозу серед вперше виявлених хворих є, головним чином ураження осіб із груп високого ризику. Низький рівень прибутків та безробіття стали найсуттєвішими соціальними групами ризику. Серед медичних факторів ризику епідемія ВІЛ/СНІД превалює в останні роки з великою перевагою.

У 2012 році порівняно з 2011 роком відмічалася позитивна динаміка щодо зниження показника первинної захворюваності на туберкульоз серед міських жителів України на 2% (з 65,8 до 63,5 на 100 тис. населення), але серед сільського населення спостерігалось зворотнє: збільшення показника первинної захворюваності у 2012 році на 4,8%, що становило 73,8 на 100 тис. сільського населення.

На території України найвищий % вперше виявлених захворівших на туберкульоз був зареєстрований у Житомирській – 52,0%, Донецькій – 49%, та Волинській 48,3%, найнижчий в Івано- Франківській 28,3%

РОЛЬ ПРОБІОТИКІВ У ЛІКУВАННІ УРОВАГІНАЛЬНОГО КАНДИДОЗУ

Демченко О.М., Заїко Г.О., доц. Нікітіна І.М.

СумДУ, Кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. За даними літератури, близько 75 % жінок у віці до 25 років мали як мінімум один епізод вагінального кандидозу в анамнезі, на 40-50 % - повторні епізоди і 5 % жінок - рецидивуючу форму захворювання. При цьому у 20 – 50 % жінок відмічається безсимптомне носійство вагінального кандидозу. Кандидоз є причиною передчасного переривання вагітності, розриву плодових оболонок, підвищення частоти пологового травматизму, перинатального інфікування плода та новонародженого.

Мета роботи було розроблення оптимальної схеми лікування уровагінального кандидозу для попередження рецидивування.

На базі жіночої консультації СОКПЦ у жовтні 2015 року було опрацьовано 80 амбулаторних карт жінок. Серед них 52 вагітні (24 - з діагнозом уровагінальний кандидоз, 28 – клінічно здорові), 28 не вагітні (9 – хворі на вагінальний кандидоз, 19 – здорові). Для подальшого дослідження були відібрані 33 хворі жінки, причому 23 з них лікувалися за звичайною схемою: антимікотичний препарат місцевої або системної дії, 10 жінок лікувалися за запропонованою нами схемою: антимікотичний препарат місцевої або системної дії + вагінальний пробіотик після завершення курсу антимікотичного препарату. Влітку 2016 року ми повторно опрацювали амбулаторні карти і отримали наступні результати: серед жінок, що лікувалися за звичайною схемою у 9 виник рецидив; за удосконаленою схемою – рецидив мав місце лише у однієї жінки. Серед жінок, що лікували уровагінальний кандидоз антимікотичними препаратами без подальшої терапії пробіотиками, рецидив відмічений у 39 %. А серед пацієнток, що лікували уровагінальний кандидоз антимікотичними препаратами з подальшою терапією пробіотиками, рецидив мав місце у 10 % випадків.

Висновки. Отже, підводячи підсумок проведеного дослідження, слід зазначити, що уровагінальний кандидоз потребує комплексного лікування. Схема лікування антимікотичний препарат+ пробіотик є більш ефективною.

Застосування пробіотиків у схемах лікування уровагінального кандидозу дозволяє у чотири рази знизити кількість рецидивів захворювання.

РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ГОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ.

Джоханнес Селма Нділімеке, Жданов С.М.

СумДУ, медичний інститут, Суми, Україна

Актуальність: Складною проблемою флебології є гострий венозний тромбоз, який посідає третю сходинку за частотою кардіоваскулярних захворювань в світі. За даними літератури кількість випадків, в середньому, становить 150 на 100 000 населення.

Мета дослідження: Ретроспективно проаналізувати результати лікування хворих на гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок з використанням нефракційного та низькомолекулярного гепарину.

Матеріали та методи: Проведено аналіз 60 історій хвороб пацієнтів госпіталізованих з приводу гострого тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок, які знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні №2 КУСМКЛ № 5.