

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

не більше 0,3 г/добу, запобіганні розвитку гіпокаліємії та гіпернатріємії. Дані показники досягаються наступними заходами: гіпотензивна терапія, рекомендація щодо зниження маси тіла хворого, зниження добового вживання білку до 0,6г/кг, хлориду натрію до 2-3 г/добу, солі до 5 г/добу. Окрім того, слід звернути увагу, що для патогенетичного лікування хвороб нирок не можна призначати глюкокортикоїди, адже це сприяє підвищенню АТ.

Висновки. Артеріальна гіпертензія та різноманітні ниркові патології міцно пов'язані між собою за принципом «хибного кола», а тому, потребують комплексного підходу до лікування та попередження прогресування захворювань. Особливістю лікування у таких випадках є необхідність комбінування гіпотензивної терапії та патогенетичного лікування ниркового захворювання.

ПОШИРЕНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ ПЕРИФЕРИЧНИХ ХОРИОРЕТИНАЛЬНИХ ДИСТРОФІЙ СІТКІВКИ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ РЕФРАКЦІЇ

Ашурбекова В.А., студ. 6 курсу

Науковий керівник: к.м.н. Лекішвілі С.Е.

Сумський державний університет медичний інститут

Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології

Введення. Периферична хоріоретинальна дистрофія (ПХРД) сітківки достатньо поширене захворювання очного дна, яке викликає тяжкі ускладнення аж до втрати зору.

Мета. Вивчення частоти виникнення хоріоретинальних дистрофій при різних видах рефракції.

Матеріали та методи. Обстежено 55 осіб (110 очей), у віці від 16 до 50 років. З них 10 очі з еметропією, 30 очей з міопією слабкого ступеню, 40 очі з міопією середнього ступеню, 20 очей з міопією високого ступеня та 10 очі з гіперметропічним видом рефракції. Обстеження включало візометрію, рефрактометрію, біомікроскопію, офтальмоскопію.

Результати та їх обговорення. Відзначено, що 90 очей при різних видах рефракції, мають на своїй периферії хоріоретинальні дистрофічні вогнища. У пацієнтів з еметропією на 2 очах виявлені дистрофічні зміни за типом «решіток», патологічної гіперпігментації. На 20 очах з міопією слабкого ступеню, виявлені дистрофічні зміни периферії сітківки, в основному, у вигляді «сліду равлики», патологічної гіперпігментації, в декількох випадках - осередки Гартнера і на 2 очах були виявлені периферичні розриви сітківки. На 25 очах з міопією середнього ступеня, були виявлені в основному решітчаста дистрофія сітківки, осередки Гартнера, а також в 6 випадках розриви сітківки, на 15 очах з міопією високого ступеня виявлено решітчаста дистрофія і в 8 випадках розриви сітківки і на 2 очах з плоскою відшаруванням сітківки. Дистрофічні зміни сітківки у вигляді гратчастої дистрофії і були виявлені на 4 очах, і на 1- розриви сітківки. Пацієнти отримали лікування у вигляді відмежовуваної лазеркоагуляції сітківки.

Встановлено, що частота виникнення ПХРД при гіперметропії та еметропії нижче, в порівнянні з частотою виникнення у короткозорих високого ступеня.

Висновок. Виникнення периферичних хоріоретинальних дистрофій часто не прямо пропорційно ступеня короткозорості і враженості змін передньо-задньої осі ока.

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ, ПОСДНАНУ ІЗ НАБУХАЮЧОЮ КАТАРАКТОЮ

Балагуш О.-Г.С. Ціфринцев О.І.

Науковий керівник – асист. Н.А. Мартінек

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра офтальмології ФПДО

Актуальність. Глаукома – захворювання очей, що характеризується підвищенням внутрішньоочного тиску, яке призводить до атрофії зорового нерва і значної втрати зору, аж до сліпоти. Останнім часом особливу увагу звертають на форми глаукоми, при яких

пусковим механізмом є стан кришталика (збільшені розміри, прозорість), така глаукома має назву факоморфічної.

Мета. Визначити ефективність оперативного та консервативного методів лікування глаукоми, поєднаної із набуваючою катарактою.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 20 карт стаціонарних хворих, які проходили лікування в офтальмологічному відділенні ЛОКЛ із січня по грудень 2015 року. Усім пацієнтам проведено стандартні офтальмологічні обстеження: візометрія, рефрактометрія, гоніоскопія(лінза Гольдмана), біомікроскопія, дослідження переднього відрізка ока (Pentacam), тонометрія за Маклаковим, пневмотонометрія(Торсон, СТ-80).

Результати. У пацієнтів вимірювалась товщина кришталика, яка становила від 3,36 до 5,2мм (у середньому 4,49мм). Також досліджувався стан передньої камери ока, яка була мілкою у 70% пацієнтів, середньої глибини – у 20% і глибокою – у 10%пацієнтів. Оперативне лікування проведено 85% пацієнтів (операція – видалення катаракти методом факоемулсифікації з імплантацією ІОЛ), консервативне(краплі Діакарб, Арутимол) – застосоване у 15% пацієнтів. Ефективність лікування оцінювалась за зниженням ВОТ. Після оперативного лікування у пацієнтів ВОТ знизився на величину від 5 до 23мм.рт.ст. (у середньому на 12мм.рт.ст.), також відзначалось поглиблення передньої камери. Після проведеного консервативного лікування ВОТ знижувався на величину від 3 до 13мм.рт.ст. (у середньому на 8мм.рт.ст.)

Висновки. При аналізі результатів лікування відзначено більш ефективне зниження ВОТ після оперативного втручання. У пацієнтів, яким була застосована медикаментозна терапія, ВОТ все ще утримувався на високих цифрах, тому усім їм було рекомендоване оперативне лікування. Отже хірургічне лікування слід вважати більш ефективним у хворих на факоморфічну глаукому.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Банадига Андрій

Кафедра хірургії ННПО

Науковий керівник : доктор мед. наук , проф. І.Я. Дзюбановський

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Інструментальна візуалізація підшлункової залози (ПЗ) досягла досить високого рівня, але питання неінвазивної діагностики інфікованого гострого некротичного панкреатиту (ГНП) - неповністю вирішені. Швидко, точно та своєчасне визначення характеру та ступеню деструкції ПЗ та заочеревинної клітковини, а також пошук «інструментів» для прогнозування перебігу ГНП є одним із можливих шляхів вирішення проблеми адекватного лікування даного захворювання.

Мета: удосконалення методів ранньої діагностики ГНП.

Матеріали і методи. Проаналізована клінічна картина, проведене комплексне обстеження і лікування 105 хворих з ГНП, що знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні , в рамках дослідження було сформовано 2 групи пацієнтів: I –з гострим панкреатитом (ГП) середньої тяжкості(n=20) і II - з важким і критичним ГП(n=20). Ступінь тяжкості визначався на основі наявності локальної детермінанти(некроз ПЗ і/або некроз перипанкреатичної клітковини, що представлено терміном ”перипанкреатичний некроз”) та системної детермінанти(органна дисфункція) згідно Міжнародного консиліуму (2012).Результати. На підставі скарг, анамнезу, об’єктивних методів обстеження та інструментальних встановлювався діагноз ГП. Проведення УЗД при надходженні до стаціонару у пацієнтів I групи виявило зміни в ПЗ, що характерні для ГП, у 16 пацієнтів (88,88 %), це були хворі із середньою тяжкості (наявність стерильного (пери)панкреатичного некрозу),при цьому у 2 хворих дослідження було неінформативним. При проведенні УЗД у пацієнтів II групи хибнонегативні результати отримали у 8 хворих(34,78%). Основні труднощі, що виникли, були пов’язані з явищами вираженого метеоризму, особливо