

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

Висновки. Порівняння груп показало, що у дітей отримувачи місцевої антиоксидантної терапії препаратом «Емоксипін» та вітамінну терапії, ретинопатія виникала в пізніші строки і протікала менш агресивно. Використання з профілактичною метою антиоксидантних препаратів знижує частоту розвитку і сприяє більш сприятливому перебігу РН у дітей з високим ризиком цієї патології.

НОВІТНЯ МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПРОСТАТИТ ЗА ДОПОМОГОЮ УЛЬТРАЗВУКА

*Сірих І.В., студ. 4-го курсу
Науковий керівник – доц. Сікора В.В.
СумДУ, Медичний інститут,*

Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Актуальність. Найбільш поширеним серед захворювань у чоловіків молодших 50 років є простатит. В результаті спостережень було визначено що 1-6% чоловіків хворіють гострим простатитом, а 8-35% - хронічним. Для успішного комплексного лікування треба використовувати фізіотерапевтичні методи, що мають протизапальну, імуностимулюючу, анальгетичну дію. Новим напрямком розвитку фізіотерапії є використання ультразвуку терапевтичної потужності, що надає теплову, фізико-хімічну дію на уражені клітини і тканини, а також збільшує біодоступність лікарських препаратів при комплексній терапії простатиту.

Мета. Вивчити та оцінити дію ультразвуку на бактеріальні клітини, оцінити ефективність трансректальної ультразвукової фізіотерапії в комплексному лікуванні хворих на хронічний простатит.

Матеріали для дослідження. Вивчення наукової літератури по даній темі.

Висновки. Терапія простатиту повинна бути комплексна, враховуючи етіологію і патогенез даного захворювання. Обов'язковим компонентом лікування повинно бути використання фізіотерапевтичних методів, а саме трансректальної ультразвукової фізіотерапії. Ми виявили що ультразвук деструктивно діє на бактерії *Escherichia coli* та *Enterococcus spp.*, покращує трофіку тканини, посилює обмінні процеси в тканині, дозволяє збільшити проникність тканин, сприяє глибокому проникненню ліків в область передміхурової залози, що створює підвищену концентрацію препарату в органі. У хворих на хронічний простатит комбінація трансректальної ультразвукової фізіотерапії та стандартної терапії (використання антибактеріальної, імуномодельючої, протизапальної терапії, препаратів покращення кровообігу та альфа-адреноблокаторів) покращує результати лікування 32,5%.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ СПАЙКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ КИШЕЧНИКА У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології Сум ДУ
Слободян Г.Р. – студентка 5 курсу, Микитин В.З. – аспірант, , Микитин К.В. – студентка 5 курсу*

Науковий керівник. – к. мед. н., доцент Пак В.Я

Актуальність. Серед усіх видів непрохідності гостра спайкова непрохідність тонкої кишки (ГСКН) складає від 40 до 86% випадків. Пов'язані з нею ускладнення є причиною зниження якості життя хворих та їх інвалідизації. Післяопераційна летальність від ГСКН становить від 5 до 25% і не має стійкої тенденції до зниження. В основі патогенезу є порушення фізіологічних функцій тонкої кишки, що проявляється порушенням порожнистого та пристінкового травлення, а на фоні ішемії, гіпоксії та атрофії слизової тонкої кишки відбувається транслокація токсичних речовин і мікроорганізмів у кров'яне та лімфатичне русло і порожнину очеревини. Актуальність даної теми спонукає хірургів використовувати максимально ефективні і нові підходи до лікування та профілактики ГСКН. Тому на даний час і протягом останніх 20 років надається велика роль інтубації кишечника,

яка використовується з метою декомпресії кишечника, дезінтоксикації, виконуючи внутрішньокишковий лаваж.

Мета роботи – у порівнянні вивчити результати післяопераційного лікування хворих на гостру спайкову кишкову непрохідність, яким виконано інтестинальну інтубацію тонкої кишки з подальшою череззондовою ентеральною терапією (ЧЕТ) у післяопераційному періоді та без неї.

Результати. Дослідження виконане за матеріалами лікування 62 пацієнтів, розподілених на дві репрезентативні групи: 1-шу групу порівняння – 27 хворих на ГСКН, яким у процесі хірургічного втручання виконана антеградна інтубація тонкої кишки (ІТК), але в післяопераційному періоді не проводили ЧЕТ, та 2-гу основну групу – 35 хворих, де також виконано ІТК, а в комплексі післяопераційного лікування проводили ентеральну череззондову терапію. Вона полягала в тому, що вже під час операції за допомогою електровідсмоктувача видаляли патологічний тонкокишковий вміст, через 4-6 год. з часу відновлення ковтального рефлексу через зонд вводили 0,1% р-н перманганату калію і завису препарату «Ентеросгель», а через 15-20 хв. видаляли 75-80% уведених препаратів. Також, починаючи з 2 дня післяопераційного періоду через зонд крапельно протягом 2-3 дня вводили глюкозо-сольові розчини, а наступні 3-6 діб – «Берламін-модуляр» і збалансовану суміш дитячого харчування разом з пробіотиком та подрібнену таблетку Мезим форте 10000 2 рази на добу.

Проводили клінічне спостереження за хворими, бактеріологічне дослідження кишкового вмісту з тубажного зонда. При порівнянні клінічних показників у хворих на ГНТК, яким було виконано ІТК, встановлено, що перистальтика кишечника була відновлена на $52,4 \pm 7,8$ год. у той час як у хворих без ІТК на $82,3 \pm 14,2$ год., відходження газів та калу відповідно через $94,3 \pm 10,7$ год. та $102,2 \pm 16,4$ год., початок нормалізації лабораторних показників гомеостазу через $106,4 \pm 13,2$ год. та $78,6 \pm 8,4$ год. післяопераційного періоду. Вивчення мікрофлори кишкового вмісту показало, що у процесі лікування хворих з використанням ЧЕТ динаміка мікрофлори тонкої кишки була такою: відмічалось статистично значиме зниження концентрації мікроорганізмів кишкового вмісту за рахунок зникнення *Streptococcus fecalis*, *Pseudomonasaureginosa*, *Klebsiella*, *Proteusvulgaris*. На 3 день мікрофлора була представлена лише видами *Enterobacteriaceas* у межах, що не перевищують порогових значень. У посівах матеріалу хворих основної групи на відміну від групи порівняння з'явилась значна кількість колоній біфідобактерій, які здійснюють фізіологічний захист кишкового бар'єру. У всіх пацієнтів на ГСКН визначається лейкоцитоз зі зсувом вліво, але в пацієнтів основної групи середній рівень дорівнював $10,5 \times 10^9$ л, а в групі порівняння $13,7 \times 10^9$ л.

Кількість післяопераційних ускладнень у хворих групи порівняння зафіксована на рівні 15,8%, а в основній – 7, 2%., післяопераційний ліжко-день скоротився з 14,8 у групі порівняння до 10,7 у пацієнтів основної групи.

Висновки. Ефективність застосування інтубації тонкої кишки та ранньої череззондової терапії сприяє швидкому відновленню біоценозу тонкої кишки, скороченню термінів нормалізації показників гомеостазу, часу перебування хворих у стаціонарі та призводить до зменшення кількості ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ НЕПРОХІДНОСТІ ФАЛЛОПІЄВИХ ТРУБ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ

*Сміян С. А., доцент, Кузьоменська М. Л., Головний лікар ОКПЦ,
Піддубна Т. І., магістр*

СумДУ, кафедра акушерства та гінекології, КЗ СОР ОКПЦ

Актуальність. Один із видів післяопераційних ускладнень є розвиток злукового процесу. А в лікуванні безпліддя це досить актуальна проблема. З розвитком ендоскопічної хірургії для лікування трубно-перитонеального безпліддя це має велике значення. В історії хірургії на різних етапах її розвитку використовувалися різні методи профілактики післяопераційних злук. На сьогодні використання протизлукових бар'єрів поруч з