

ББК 5я43
УДК 616.1/.9(08)
М34

М34 **«Клінічна медицина, хірургія, дитяча хірургія, педіатрія, інфекційні хвороби, ендокринологія, імунологія, клінічна імунологія та алергологія тощо»:** Збірник матеріалів Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук у 2016 – 2017 навчальному році (м.Чернівці, 21-22 березня 2017 р.), 2017. – 74 с.

У збірнику представлені матеріали Всеукраїнського конкурсу студентських наукових робіт з природничих, технічних та гуманітарних наук у 2016 – 2017 навчальному році у галузі наук **«Клінічна медицина»**.

Усі матеріали подаються в авторській редакції

Висновки.

1. Факторами ризику щодо виникнення синдрому спонтанного пневмотораксу є вік від 21 до 40 років (45,3 %) та наявність тютюнопаління без чіткої залежності від його інтенсивності.

2. При синдромі спонтанного пневмотораксу метатуберкульозного генезу рівень нейтрофільної еластази становив $(107,3 \pm 8,2)$ нмоль/хв • мл, а при його неспецифічному генезі – $(145,9 \pm 6,2)$ нмоль/хв • мл. У хворих із бульозними змінами легень неспецифічного генезу рівень цього показника був найвищим – $(182,4 \pm 7,4)$ нмоль/хв • мл.

3. Найбільш інформативним методом діагностики причин виникнення синдрому спонтанного пневмотораксу залишається торакоскопія, яка дозволила виявити патологічні зміни легень та плеври у 101 (78,9 %) хворого. При цьому встановлено, що характер патоморфологічних змін у хворих із синдромом спонтанного пневмотораксу тісно пов'язаний із етіологією захворювання. Так, бульозні зміни кортикального шару легень як причина синдрому спонтанного пневмотораксу найчастіше виявлялись у хворих із неспецифічними змінами (48,4 %), а спайковий процес – у хворих із метатуберкульозними змінами легень (51,4 %).

4. Високий рівень нейтрофільної еластази $(182,4 \pm 7,4)$ нмоль/хв • мл. є патогномонічною ознакою бульозної етіології синдрому спонтанного пневмотораксу. У всіх хворих із рецидивним перебігом синдрому на тлі бульозних змін легень рівень нейтрофільної еластази був більшим за 170 нмоль/хв • мл. Отже, рівень нейтрофільної еластази у сироватці крові хворих із синдромом спонтанного пневмотораксу є діагностичним і прогностичним маркером. Достовірної залежності етіології або перебігу процесу від індексу куріння знайдено не було, тому цей показник не може бути використаний у якості діагностичного або прогностичного критерію.

Палій Т.А.

ЛІМФОТРОПНЕ ВВЕДЕННЯ АНТИБІОТИКІВ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩЛД

Кафедра стоматології

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Москаленко П.О.

Актуальність. Останні роки в Україні спостерігається тенденція до збільшення гнійно-запальних захворювань щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД). Причинами цього явища є адаптація мікроорганізмів до антимікробних препаратів; використання застарілих методик лікування; резистентність мікроорганізмів; урбанізація, що є причиною зниження загальної опірності організму.

Саме тому пошук і розробка більш сучасних методик антибіотикотерапії можуть змінити перебіг гнійно-запальних процесів ЩЛД та підвищити коефіцієнт одужання.

Мета дослідження. Дати загальні уявлення про лімфотропне введення антибіотиків шляхом вивчення та детального аналізу сучасних даних літератури.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували статті та наукові роботи вітчизняних та іноземних вчених, що проводили практичні дослідження лімфотропного введення антибіотиків.

Метод дослідження: науково-аналітичний пошук та обробка знайденої інформації, порівняння даних із різних джерел.

Результати дослідження. Лімфотропне введення антибіотиків (ЛВА) – це один із різновидів загальної антибіотикотерапії, для якої характерне лімфогенне введення антибіотикопрепаратів.

Протягом останніх десятиріч була доведена ефективність цього методу, адже він широко використовується для лікування гнійно-запальних захворювань в гінекології, урології, мамології, дерматології, хірургії. Цей метод підтвердив ряд переваг, які має над іншими, тобто над внутрішньом'язевим, внутрішньовенним та пероральним введенням, а саме:

- дозволяє створити високі та довготривалі концентрації антибактеріальних препаратів в організмі;
- переривання лімфогенної дисемінації та розмноження мікрофлори в лімфатичних вузлах;
- створення умов для відновлення функцій лімфатичної системи (резорбтивно-очисної, дренажно-транспортної, захисно-фільтраційної, імунної, гемоцитопоетичної, резервуарної та ін.);
- створення умов для відновлення імунного статусу;
- значно ефективніше спрацьовує "лімфоцитарний" механізм транспорту антибіотиків;
- спостерігається виражена дезінтоксикаційна дія;
- дозволяє знизити частоту тяжких гнійно-запальних ускладнень у післяопераційному періоді, а також летальність.

У стоматології цей метод актуальний при гострих одонтогенних та неодонтогенних серозних лімфаденітах. Також можливе використання комбінованої антибіотикотерапії, що включає в себе лімфотропне введення антибіотиків, при одонтогенних флегмонах, аденофлегмонах і остеофлегмонах щелепно-лицьової ділянки.

Не дивлячись на те, що ЛВА має ряд переваг, метод вимагає:

- повних відомостей про властивості та особливості антибіотиків, адже не кожен антибіотик підходить для цієї терапії;
- точного дозування антибіотиків та індивідуальний підбір курсу для кожного пацієнта;
- досконалого знання топографії лімфатичної системи.

Також існує проблема застосування ЛВА в профілактичних цілях.

Саме це додає методу складності, що в свою чергу викликає відмову лікарів-стоматологів-хірургів від нього та надання переваги старим класичним методам.

Що ж до негативних наслідків ЛВА, то вони є такими ж характерними, як при загальних методах введення антибіотиків, тобто можуть викликати анафілактичні реакції (гіперемія, болючість в ділянці введення, набряк, набряк Квінке, анафілактичний шок), інфікування місць встановлення катетерів та ін.

Висновки. Ефективність лімфотропного введення антибіотиків переважає традиційні методи. Це зумовлено рядом властивостей, які позитивно впливають не тільки на місце гнійного запалення, а й на організм в цілому; мінімізації ускладнень та, як наслідок, летальності; на відміну від інших методів введення, лікар самостійно контролює курс антибіотикотерапії від початку до кінця, тобто відсутні неправильне дозування та несвоєчасне введення антибіотиків. Можна з впевненістю зробити висновок, що цей метод є досить перспективним та актуальним, для впровадження його в клініку. Основною проблемою залишається складність проведення ЛВА, тому цей метод потребує доопрацювання.

Пелип Б.М.

ЗАПОРИ ПОВІЛЬНОГО ТРАНЗИТУ ПРИ ДОЛІХОСИГМІ У ДІТЕЙ – МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Науковий керівник: д.мед.н., професор Боднар О.Б.

Актуальність. Хронічні запори у дітей займають одне із провідних місць в дитячій гастроентерологічній практиці. Консервативне лікування ефективне в 90-92 %. Однак, діти з рефрактерними запорами повільного транзиту, що обумовлені доліхосигмою у разі неефективності медикаментозного лікування потребують інших шляхів вирішення проблеми, одними з яких можуть бути хірургічні втручання.

Мета роботи. Оцінити оптимальні методи діагностики, розробити покази до оперативного втручання та ефективні способи хірургічного лікування доліхосигми в дітей. Оцінити результати у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріал та методи. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 61 дитини з доліхосигмою, віком від 6 до 18 років. Діти були розподілені на дві групи: I група (n = 32 дітей) - проведений аналіз хірургічного лікування шляхом резекції сигмоподібної ободової кишки; II група (n = 29 дітей) - проведений аналіз ефективності запропанованих хірургічних втручань, вивчені віддалені функціональні результати, оцінена клінічна ефективність використаних методик. Проведено біопсію прямої кишки, оцінено іригографічні дослідження, вивчено показники аносфінктерометрії.