

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ КІСТ ШИЇ

*Скоробагата Є.С., Мащенко О.А.*

*Науковий керівник – асист., к. мед. н. Кравець О. В.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерпії*

Кісти шиї є досить рідкісним захворюванням діагностика і лікування якого викликає труднощі.

**Мета роботи** – покращити результати діагностики і лікування хворих з кістами шиї.

**Методи та їх застосування.** Проаналізовано результати лікування 28 хворих з кістами ши. Чоловіків було 18 (64,3%), жінок – 10 (35,7%). Діагностика ґрунтувалася на огляді і пальпації шиї. Застосовували пункцію кісти, ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію.

**Результати.** Середина кіста шиї діагностована у 11 (39,3%) осіб, бічна – у 17 (60,7%). Тривалість захворювання (від моменту виявлення кісти до операції) була різною: до 6 міс – у 16 (57,1%) пацієнтів, від 6 міс до 1 року – у 9 (32,1%), більше 1 року – у 3 (10,7%). У 9 (32,1%) випадках кісти шиї були діагностовані у стадії нагноєння (6 чоловіків та 3 жінки). З 28 хворих раніше були оперовані 3 (10,7%).

При операціях з приводу серединних кіст застосовували поперечний розріз, при бічних кістах виконували розріз уздовж переднього краю кивального м'яза. Тканини шиї розсікали поширено до капсули. Видаляли кісту з капсулою. У разі розриву нагноєної кісти рану промивали розчинами антисептиків. Рану зашивали з обов'язковим дрениванням залишкової порожнини. Технічні труднощі під час оперативного втручання через запальний процес були у 9 хворих. У 2 з них післяопераційний період ускладнився нагноєнням. У 4 хворих протягом 1–2 тижнів спостерігався запальний інфільтрат в області післяопераційного рубця. Середня тривалість лікування склала 7,2 дні. Рецидивів не спостерігалось.

### **Висновки.**

1. Діагностика кіст шиї повинна бути комплексною.
2. Радикальне видалення кісти попереджає виникнення рецидивів захворювання.

## ВИКОРИСТАННЯ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ВИРАЗОК

*Сімчук Д. В.*

*Науковий керівник: к. мед. н., ас., Майструк С. Б.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

**Актуальність.** За 2016 рік в Україні зареєстровано 50651 хворих на цукровий діабет. Особливої уваги заслуговують діабетичні полінейропатії та ангіопатії нижніх кінцівок і виникаючі на їх тлі трофічні виразки. Слідуючи стандартам лікування трофічних виразок, бажане використання засобів на гіпертонічній основі. В дослідженні протестовано препарат гіалуронової кислоти як перев'язочний, традиційні препарати на мазевій основі та на основі поліетиленгліколю. Облік результатів проводився після порівняння даних мікроскопії ранових відбитків, взятих до та після використання засобів.

**Мета** та основні завдання. Визначення найоптимальнішого способу лікування трофічних виразок у хворих на ЦД, порівняння між собою результатів використання зазначених лікарських засобів.

**Матеріали і методи.** Проведена мікроскопія відбитків з ран, що лікувалися вищевказаними препаратами. Мазки фіксовані метиленовим спиртом і пофарбовані за Романовським-Гімза. При мікроскопії досліджені показники: забрудненість мікрофлорою, наявність та вираженість незавершеного фагоцитозу, кількість лейкоцитів в рані та їх структура.

**Результати.** Виявлено: застосування мазевих пов'язок – в полі зору лейкоцити (10-15...25-30) з токсичною зернистістю, бацилярна флора – «++». Використання

поліетиленгліколю - лейкоцити і макрофаги на все поле зору, одиночні бацилярні мікроорганізми. Гіалуронова кислота - одиничні бацилярні мікроорганізми, оточені невеликою кількістю лейкоцитів, осередки незавершеного фагоцитозу. Клінічно: у хворих, лікованих гіалуроновою кислотою відмічалася найшвидша епітелізація рани, відсутність гнійно-запальних ускладнень.

**Висновки.** Використання препаратів гіалуронової кислоти в лікуванні ран є безумовно перспективним, вона чинить стимулюючу дію на регенераторні процеси, є природним матриксом сполучної тканини, утримує вологу в рані, запобігає її пересиханню і сприяє міграції в нього природних захисних факторів і факторів росту, проліферацію клітин в рані, місцевий імунітет та активність фагоцитів, профілактує бактеріальні ускладнення, що є головною ціллю при лікуванні хворих з синдромом стопи діабетика.

## ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОН ШИЇ

*Синельник В. О.*

*Науковий керівник – асист., к. мед. н. Кравець О. В.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії*

Лікування флегмон ший (ФШ) – актуальна проблема хірургії, яка вимагає своєчасної діагностики та невідкладного хірургічного втручання.

**Метою дослідження** – проведення аналізу діагностики та результатів лікування хворих з ФШ.

**Методи дослідження.** Вивчено 67 історій хвороби хворих з ФШ. Обстеження включало огляд пацієнта, лабораторні та променеві методи діагностики.

**Результати.** Причиною розвитку ФШ у 40 (59,7%) осіб була одонтогенна патологія, у 11 (16,4%) – запальні процеси ЛОР-органів, у 6 (9,0%) – шийний лімфаденіт, у 5 (7,5%) – переломи нижньої щелепи та травми ший, у 5 (7,5%) – причина розвитку не встановлена. Ріст бактерій отриманий у 59 (88,1%) мазках взятих із ран. Монокультури виділені у 51 (76,1%) випадку, бактеріальні асоціації – у 8 (11,9%). Найчастіше висівались *St. aureus* (32,3%), *St. epidermidis* (19,1%), *E.coli* (9,7%). У 8 (11,9%) хворих мікрофлори не висіяно.

Обсяг оперативного втручання і вибір доступу залежали від локалізації і поширення флегмони. Основною метою операції було широке розкриття гнійного вогнища, висічення некротичних тканин. Закінчували операцію промиванням порожнини гнійника розчинами антисептиків та дрениванням гнійних вогнищ перфорованими трубчастими дренажами.

У післяопераційний період проводили комплексне лікування. Очищенню рани від гною і залишків некротизованих тканин сприяли часті перев'язки з промиванням розчинами антисептиків.

Тривалість перебування у стаціонарі склала  $15,7 \pm 5,4$  дні. Померло 3 хворих, у яких розвинувся медіастиніт. Післяопераційна летальність склала 4,5%.

**Висновки.** Основою лікування ФШ є термінове хірургічне втручання з широким розкриттям та дрениванням клітковинних просторів ший.

Застосування індивідуального підходу та комплексного лікування дозволяє поліпшити результати лікування хворих на ФШ.