

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

Синдром Фітц-Х'ю-Куртіса - це хламідієасоційований розвиток псевдомембранозного глісоніту. У гострій фазі є біль у правій підреберній ділянці та у проекції жовчного міхура, що іррадіює у праве надпліччя. У жінок може бути супутній аднексит. У чоловіків - симптоми уретриту.

Лапароскопія дозволяє встановити остаточний діагноз синдрому Фітц-Х'ю-Куртіса. Можна побачити запалення капсули печінки та незначну кількість серозного ексудату без перитоніту. У правому підребер'ї візуалізуються глісоперитонеальні зрощення, які нагадують «струни скрипки». В патологічний процес не залучається жовчний міхур.

**Висновки.** Іноді хірурги розцінюють генез зазначених зрощень помилково, як наслідок багаторазових нападів гострого холециститу або залишковими явищами нижньочасткової пневмонії.

На сьогоднішній день немає діагностичних стандартів, які дозволяють верифікувати синдром Фітц-Х'ю-Куртіса. Втім серологічне визначення IgM та IgG до Chl. trachomatis дає вірогідний позитивний результат.

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ВАГІТНИХ

*Ромась О. А., Рудика О. М.*

*Науковий керівник: доц. П'ятиков Г. І.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Точна діагностика гострого апендициту – одна з невирішених проблем абдомінальної хірургії.

**Мета роботи:** вивчити можливості поліпшення діагностики гострого апендициту у вагітних, а також хірургічної тактики для зниження кількості гнійно-септичних ускладнень та усунення загрози для здоров'я і життя матері та плода.

**Матеріали та методи:** В хірургічній клініці на базі КУ СОР «Сумська обласна клінічна лікарня» в період з 2012 по 2016 рр. з приводу гострого апендициту оперовано 744 хворих. З них 282 (38%) – чоловіків і 462 (62%) – жінок. У 62 (13% від загальної кількості жінок) пацієнток гострий апендицит виник на фоні вагітності.

З неінвазивних методів діагностики перевагу віддавали УЗД органів черевної порожнини.

**Результати:** Гострий простий апендицит виявлено у 47,9% жінок, флегмонозний – у 49,3%, гангренозний – у 2,8%. У I триместрі оперовано 18,3%, у II – 45,1%, у III – 36,6% вагітних. Лапаротомна техніка не відрізнялася від звичайної. У III триместрі вагітності розріз виконували дещо вище здухвинної кістки внаслідок зміщення сліпої кишки та червоподібного паростка догори.

У звичайній ситуації при апендектомії дренажування черевної порожнини не проводили внаслідок загрози переривання вагітності в післяопераційному періоді.

Гнійні ускладнення виявлено у 3 (5%) хворих. Переривання вагітності та летальних наслідків не було.

**Висновок:** Таким чином, вагітність обтяжує перебіг гострого апендициту внаслідок зниження імунітету і фізіологічної анемії та ускладнює точну своєчасну діагностику через подібність ознак гестозу і гострого апендициту, особливо в I триместрі.

Своєчасна діагностика і лікування апендициту у вагітних потребують узгодженої роботи хірурга, акушера-гінеколога та анестезіолога для запобігання виникненню гнійно-септичних ускладнень та загрози для здоров'я і життя матері та плода.