

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

- 23 бали. Таким чином наявність хронічної венозної недостатності, і як наслідок трофічної виразки погіршує якість життя майже у 2 рази.

Висновок. Ускладнені форми варикозної хвороби значно погіршують якість життя пацієнтів, та змушують відчувати як фізичний так і моральний дискомфорт протягом тривалого часу.

АЛЬТЕРНАТИВА КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННЮ СУЧАСНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Дужий І.Д., Хиженя Я.В.

Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерапії

З 1995 року в Україні зафіксована епідемія туберкульозу. Хвороба набуває значно більшого поширення. Серед причин, які стосуються зазначеної ситуації, першу позицію займає патоморфоз власне хвороби. За два останні десятиріччя туберкульоз легень значно змінився. Це стосується насамперед збудника сухот. Первинна стійкість мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів трапляється за різними авторами у 15–35 % випадків, а вторинна розвивається протягом 6 місяців у 45–65 % пацієнтів. Легеневий процес найчастіше має поширений характер і супроводжується розпадом легеневोї тканини. У сучасних умовах туберкульоз легень у значному відсотку випадків (65–85 %) перебігає з параспецифічними, нетиповими чи замінними симптомами і синдромами, що й спричиняє запізниле його діагностування.

На нашу думку, причинами патоморфозу сухот є глибока зміна реактивності організму та значна перебудова імунної системи, що спричиняється головним чином екологічними негараздами, про які не можна не говорити: забруднення атмосфери продуктами згорання і «підігрівання» планети цими речовинами, забруднення атмосфери хімічно активними речовинами, гербіцидами, нітратами і нітритами, бездумне паління цигарок, особливо дітьми, невгамовне вживання алкоголю, втрата людяності..., духовності..., а відтак – насичення ноосфери негативною енергією... З огляду на перелічене, частіше ніж у минулі роки, трапляється торпідний перебіг хвороби на рівні хронічного процесу.

Діагностика туберкульозу легень може затягуватися на багато місяців. Виділяючи значну кількість мікобактерій у навколишнє середовище, такий хворий заражає за рік до 20–25 осіб.

Консервативна терапія хвороби на сучасні сухоти далеко не відповідає надіям хворих: зменшується рівень абацилювання і відсоток закриття порожнин розпаду, вже не кажучи про розсмоктування дисемінацій у легеневій паренхімі.

Вважається, що у сучасних умовах невинного поширення епідемії туберкульозу зростатиме роль хірургічного лікування. Відношення до хірургії туберкульозу протягом минулого століття змінювалось: від колапсотерапевтичного лікування із застосування торакокаустики, від колапсохірургічних методів до резекційних. Останнє спричинило зменшення в усіх регіонах хірургічної активності, оскільки кількість ускладнень на тлі сучасного імунodefіциту зростає. Кількість хворих, яким показано оперативне втручання, залишається значною. За нашими спостереженнями, кількість таких хворих збільшується, а це означає, що джерело туберкульозної інфекції стає потужнішим.

Змінити ситуацію можна за рахунок індивідуального підходу до оперативного лікування легеневого туберкульозу та врахування патогенезу і морфогенезу хвороби та єдиного погляду на проблему: «технології лікування хворих на туберкульоз легень». На останньому наголошуємо задля того, щоб, озброївшись єдиною методологією, знову повернутись до її хірургічної ланки. Лише при одностайному підході до проблеми лікарів загальної практики, фізіотерапевтів, пульмонологів, загальних і торакальних фізіохірургів, організаторів охорони здоров'я і профспілкових організацій, лікарів санітарно-епідеміологічної служби і органів соціального забезпечення, керівників місцевих органів управління, юристів і державних діячів можна локалізувати хворобу і вилікувати тисячі пацієнтів та, що не менш важливо, зберегти величезну кількість державних коштів, що має не останнє значення.

Повертаючись до хірургічної частини проблеми, нами запропонована наступна система показань до оперативного лікування хворих на сухоти легень: морфологічні показання, показання за клінічним перебігом хвороби, показання за непереборними діагностичними труднощами, соціальні показання, епідеміологічні показання, професійні показання, життєві показання, невідкладні показання, стійкість мікобактерій до антибактеріальних препаратів.

Лише за такого підходу причетних до проблеми фахівців, перелічених вище, держава зможе досягти бажаного результату. Хворі, до яких можуть бути застосовані хоча б одне з перелічених показань, не повинні, з нашої точки зору, залишати відповідний лікувальний заклад.

Протипоказання до оперативних втручань визначаються функціональним станом окремих органів та систем і насамперед серцево-судинної та системи згорання крові.

Чи ж є альтернатива у хірургічній практиці для пацієнтів останньої групи? Виявляється є. Її загальна назва – колапсохірургічні втручання. Автором розроблено 7 оригінальних операцій, на які отримано Патенти України. На протязі останніх 10 років вони успішно втілюються у життя і дозволяють протитуберкульозній службі, незважаючи на економічні і матеріальні негаразди, що супроводжували саме цю службу протягом усього періоду незалежності мати показники кращі від середніх, а в галузі хірургічної допомоги хворим на сухоти – одні з найкращих у державі.

АНАЛІЗ РИЗИКІВ ПРОГРЕСУВАННЯ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ В ПОСДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Жалдак Д.О., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини з курсом дерматовенерології

Вступ. У системі первинної ланки охорони здоров'я за останнє десятиліття коморбідність неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) з різноманітними захворюваннями привертає до себе значну увагу. З одного боку це пов'язано з накопиченням великої кількості досліджень про патогенетичні механізми розвитку захворювання, а з іншого – зі збільшенням випадків діагностування захворювання як самостійної нозологічної одиниці або як супутнього у практиці

лікаря загальної практики сімейної медицини. Незалежно від умов виникнення та перебігу захворювання, НАЖХП є предиктором розвитку ускладнень з боку серцево – судинної системи.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження були включені 180 пацієнтів з дисліпідемією, які вперше звернулись на прийом до лікаря загальної практики сімейної медицини. Пацієнти були розподілені на 3 групи: 1 група – пацієнти з дисліпідемією (порівняльна група) (n = 60); 2 група – пацієнти з НАЖХП (неалкогольний стеатоз печінки, неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), фіброз печінки) (n = 60); 3 група – пацієнти з гіпотиреозом та НАЖХП (неалкогольний стеатоз печінки, НАСГ) (n = 60). Для непрямой оцінки ступеня морфологічних змін в печінці проводився тест «ФіброМакс» з розрахунком показників – $\alpha 2$ -макроглобулін, гаптоглобін, аполіпопротеїн А1, гамаглутамилтрансфераза, загальний білірубін. Ризики прогресування фіброзу печінки розраховувались як відношення кількості хворих, які знаходяться на конкретній стадії розвитку захворювання, до сумарного числа пацієнтів у даній групі, по відношенню до аналогічного показника у порівняльній групі

Результати дослідження. При аналізі тесту «ФіброМакс» у 100 % пацієнтів 1-ї групи було виявлено ступінь F0. У пацієнтів 2 групи ступінь F0-F1 була виявлена у 12 пацієнтів (20 % від загальної кількості пацієнтів в групі), F1 – у 24 пацієнтів (40 %), F1-F2 – у 13 пацієнтів (21,7 %), F2 – у 10 пацієнтів (16,6 %), F3 – у 1 пацієнта (1,7 %); в 3-й групі ступінь F0 була виявлена у 40 пацієнтів (66,7 % від загальної кількості пацієнтів в групі), F0-F1 – у 10 пацієнтів (16,6 %), F1 – у 6 пацієнтів (10 %), F1-F2 – у 4 пацієнтів (6,7 %). Таким чином, при НАЖХП у пацієнтів 2 групи найчастіше зустрічались F1 ступінь фіброзу у 40 % випадків, ступінь F0-F1 – у 20 %, ступінь F1-F2 – у 21,7 % та ступінь F2 у 16,6 %. Ступінь значних фіброзних змін F3 склала 1,6 % від загальної кількості пацієнтів 2 групи. На відміну від хворих з НАЖХП 2 групи, у 66,7 % пацієнтів 3 групи при гіпотиреозі були відсутні прояви фіброзу (ступінь F0), а для 26,6 % пацієнтів були характерні мінімальні зміни, що відповідали F0-F1 та F1 ступеням фіброзу та у 6,7 % пацієнтів була наявна ступінь F1-F2. Динаміка показників через 1 рік дослідження показала пропрогресування фіброзу печінки у пацієнтів 2 та 3 груп. При цьому у 1 групі (порівняльній) не відбувалось будь-яких змін (таблиця 5.3.2). Так, кількість осіб 2 групи зі ступенем фіброзу F1 збільшилась на 6,7 % за рахунок переходу 4 осіб зі ступеня F0-F1, ступінь фіброзу F1-F2 збільшилась на 10 % за рахунок переходу 6 осіб зі ступеня F1. Кількість осіб 3 групи зі ступенем F0 зменшилась на 6,7 % за рахунок переходу 4 осіб на ступінь F0-F1, 6 осіб (10 %) перейшли зі ступеня F0-F1 на ступінь F1, а групи зі ступенями F1-F2 та F2 поповнились на 2 особи (3,3 %) кожна за рахунок переходу осіб з попереднього ступеня фіброзу.

Висновки. При порівнянні відносних ризиків між групами хворих з НАЖХП та хворих з гіпотиреозом в поєднанні з НАЖХП, достовірно більші ризики характеризують хворих 2 групи при всіх ступенях фіброзу: F0, F0-F1, F1, F1-F2, F2 та F3. Даний факт доводить, що у розвитку НАЖХП у пацієнтів з гіпотиреозом печінкові зміни відбуваються не самостійно унаслідок порушень жирового обміну, а завдяки впливу недостатньої забезпеченості організму тиреоїдними гормонами, які відіграють значну роль у контролі ліпідного метаболізму. Зниження відносних ризиків прогресування фіброзу на ранніх стадіях у хворих обох груп доводить ефективність проведення метаболічної та гормональної корекції на стадіях початкових морфологічних змін.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ СУПРАОКЛЮЗІЇ ОКРЕМИХ ЗУБІВ

Звягін С.М., Ляхтін Ю.В., Карпець Л.М.

Сумський державний університет, кафедра стоматології

Вступ. Супраоклюзія - положення групи зубів чи окремих зубів, ріжучий край або жувальна поверхня яких розташована вище оклюзійної площини. В подібній ситуації зуби зазнають підвищене жувальне навантаження. Цей стан характеризують як первинну травматичну оклюзію, супраконтат або травматичні вузли, при якому виникає ряд структурних та функціональних змін в твердих тканинах зубів і пародонта. Про вплив супраоклюзії зубів на виникнення патологічних змін в зазначених тканинах відомо, проте поширеність певних патологічних ознак серед хворих не висвітлена в літературі.

Метою дослідження було визначення та вивчення частки клінічних проявів супраоклюзії окремих зубів на тверді тканини зубів і пародонта.

Матеріали і методи. Обстежено 18 пацієнтів в віковій групі від 20 до 55 років які не проходили лікування з приводу пародонтиту, гінгівіту і не отримували ортодонтичне чи ортопедичне лікування патології прикусу. У хворих проводили огляд зубо-щелепної системи, визначали стан зубів і тканин пародонта, наявність зубного нальоту та над- і підясеневих зубних напластувань, рівень гігієни ротової порожнини за індексом Гріна-Вермільйона, ступінь рухомості зубів. Виявлення супраоклюзії проводили на підставі оклюдограми, яку проводили за допомогою копіювального паперу. Дані обстеження заносили в спеціально розроблену карту.

Результати. Встановлено, що при наявності супраоклюзії окремих зубів 14 (77,8%) пацієнтів мали рецесію ясен, 9 (50%) - рухомість окремих зубів, 12 (66,7%) - патологічну стертість зубів різного ступеня. Незадовільний рівень гігієни ротової порожнини визначали у 88,9%, задовільний – у 11,1% обстежених. Майже у 100% хворих діагностували тріщини емалі I-III ступеня в залежності від віку. Зміни в твердих тканинах зубів відбувались внаслідок напружено-деформаційних процесів в них при підвищеному жувальному навантаженні. Патологічна рухомість зубів і рецесія ясен виникала через прогресуючі запально-деструктивні явища в тканинах пародонта. У зв'язку з тим, що при супраоклюзії жувальне навантаження розподіляється на зубний ряд нерівномірно, то одні зуби зазнають його вплив недостатньо, інші – перенавантажуються. Через це пережовування твердої їжі порушується, що призводить до зниження самоочищення зубів і сприяє погіршенню гігієни ротової порожнини.

Висновки. Результати дослідження вказують, що при супраоклюзії спостерігаються патологічна стертість зубів різного ступеня, їх рухливість, тріщини емалі, рецесія ясен та погіршення гігієнічного стану ротової порожнини.