

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

**Висновки:** використання хітозаної мембрани у порівнянні з широкою фасцією дозволяє уникнути формування оболонково-мозкових спайок, а також забезпечити герметичність субдурального простору без застосування шовного матеріалу. При застосуванні хітозаних мембран відбувається їх біодеградація з формуванням тканини, яка за будовою наближається до твердої мозкової оболонки.

## АПРОБАЦІЯ МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ДЕКОМПЕНСОВАНОГО ПОРУШЕННЯ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОГО КРОВООБІГУ

*Дейнека В. М., студ 6 курсу, Даниленко І. А., асистент  
Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ,*

**Вступ.** До одних з найбільш тяжких захворювань органів черевної порожнини відноситься гостре порушення мезентеріального кровообігу (ГПМК). Нажаль, дотепер часто діагностують ГПМК після виключення інших ургентних станів. Відомі сигнальні діагностичні ознаки ГПМК, які кожна окремо є мало- чи неінформативними, і лише їх сукупність збільшує вірогідність адекватної діагностики.

Зважаючи на все це актуальною залишається розробка діагностичного методу, що базувався на даних анамнезу та клінічного обстеження і з високим ступенем вірогідності давав можливість швидко розпізнавати у пацієнтів ГПМК на стадії ішемії чи, гірше, інфаркту.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено в 2 етапи:

1 етап - на підставі аналізу інформативності ознак ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту розроблено метод діагностики ГПМК за скаргами, даними анамнезу та первинного огляду в приймальному відділенні стаціонару.

Метод створено на підставі ретроспективного аналізу 97 історій хвороб пацієнтів першої групи, що поступили до приймального відділення КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» з ГПМК в басейні а. mesenterica superior на стадіях ішемії та інфаркту. Пацієнтів із ГПМК з наявністю ознак перитоніту в дослідження не включали. Математичною моделлю обрано регресивний аналіз – метод бінарної логістичної регресії. Коефіцієнти кожного з впливових прогностичних факторів обчислені за допомогою комп'ютерної програми “Statistica 6.1”.

2 етап – проспективна перевірка інформативності методу експрес-діагностики у 98 пацієнтів, що склали основну групу. Критеріями відбору були середньо-тяжкий стан пацієнта, відсутність напруження передньої черевної стінки, тривалість захворювання не більше 12 годин.

У хворих цієї групи визначали суму балів наявних прогностичних факторів та константи з обов'язковим урахуванням знаків. За даними регресивної моделі отримане значення  $X$  більше нуля – наявне свідчення за ГПМК; значення  $X$  менше чи дорівнює нулю - даних за ГПМК немає.

**Результати та обговорення.** Під час обстеження у приймальному відділенні правильний діагноз встановлено у 22(22,7%) із 97 пацієнтів дослідної групи (на стадії ішемії - у 7, інфаркта - у 15), помилковий – у 75(77,3%).

Для регресивного аналізу відібрано 10 прогностичних факторів із сильним чи помірним корелятивним зв'язком ( $0,3 < r < 1$ ) щодо впливу на вірну діагностику ГПМК у приймальному відділенні: 1) наявність крові у випорожненнях («симптом малинового желе») поряд із вираженим больовим синдромом = +4,3; 2) діагноз установи, що направляє пацієнта в стаціонар – ГПМК = +4; 3) ішемічне випорожнення = +1,7; 4) аритмія = +1,7; 5) підвищення артеріального тиску після появи болю = +1,5; 6) невідповідність тяжкого загального стану мінімальним фізикальним знахідкам = +1,5; 7) раптовий початок інтенсивного болю = +1,4; 8) ішемічний інсульт в анамнезі = +1,3; 9) вік  $\geq 75$  років = +0,6; 10) жіноча стать = +0,3, константа = -6,7.

На 2 етапі у пацієнтів основної групи проводили експрес-діагностику ГПМК у приймальному відділенні за вищенаведеними прогностичними коефіцієнтами. Отриманий результат  $X > 0$  зробив можливим встановити діагноз ГПМК у 14(14,3%) з 98 пацієнтів. Але

переважну більшість 84 (85,7%) пацієнтів з сумою балів  $X < 0$  шпиталізували у хірургічне відділення з іншими діагнозами. У 3(3,7%) з 80 хворих під час консервативного лікування в хірургічному відділенні поява симптому малинового желе (відповідно через 2, 4 та 22 години) дозволила діагностувати ГПМК на стадії інфаркту. Водночас, у 2 з 14 пацієнтів діагноз ГПМК спростували (встановили, відповідно, гостру злукову обтураційну непрохідність та гострий панкреатит). Загалом, діагноз гострої мезентерійної ішемії доведено (в тому числі інтраопераційно) у 21 хворого.

Таким чином, використання експрес-діагностики ГПМК за прогностичними коефіцієнтами дозволило провести клінічне визначення ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту у 15(71,4%) з 21 пацієнтів. У хворих на ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту метод продемонстрував високу специфічність (97,4%) – хибнопозитивний результат отримано лише у 2(2,6%) з 77. Якість діагностики в основній (вірно діагностовано ГПМК з використанням методу експрес-діагностики у 15 пацієнтів з 21) групі достовірно краща за цей показник дослідної (у 22 пацієнтів з 97) групи -  $\chi^2 = 38,1$ ,  $p < 0,01$ .

**Висновок.** У пацієнтів з декомпенсованим ГПМК на стадіях ішемії та інфаркту чутливість методу експрес-діагностики склала 71,4%, специфічність – 97,6%.

## ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ

*Смець Н.В., магістрант*

*науковий керівник – д.мед. н., професор Бойко В.І.*

*СумДУ, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології*

В умовах сьогодення на третьому місці серед проблем репродуктивного здоров'я займає ендометріоз. Основними причинами розвитку даної патології є високий рівень дисгормональних порушень в жінок репродуктивного періоду, висока частота запальних захворювань органів малого тазу, поганий екологічний фон, багато супутніх соматичних захворювань.

При ендометріозі ділянки тканин схожих на слизову оболонку матки з'являються і в інших органах: в маткових трубах, на яєчниках, на кишечнику, в грудній порожнині та ін. Як і нормальна слизова оболонка матки - вони ростуть при підвищенні рівня естрогену в першій частині менструального циклу і руйнуються під час менструації, коли рівень естрогену стрімко знижується.

Руйнування вогнищ ендометріозу призводить до утворення кіст, заповнених кров'ю і залишками клітин. У деяких випадках такі кісти розриваються, а кров з них потрапляє в черевну порожнину. Розрив ендометріозних кіст викликає гострий біль в животі.

Залежність росту вогнищ ендометріозу від рівня естрогену в кроці пояснює той факт, що симптоми ендометріозу посилюються під час менструації (тобто коли вогнища руйнуються) і стихають після її закінчення.

Точні причини виникнення ендометріозу остаточно невідомі. Передбачається, що клітини дають початок ділянкам ендометріозу потрапляють в сусідні органи під час затікання крові під час менструації через маткові труби в черевну порожнину. На думку деяких фахівців також можливо, що вони поширюються по всьому тілу зі струмом лімфи і крові йде від матки.

Метою нашої роботи було підвищення рівня та збереження репродуктивного здоров'я у жінок з генітальним ендометріозом на підставі вивчення анамнезу, клінічних і лабораторних змін та розробки алгоритму лікування і профілактики даного захворювання.