

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

МІКРОБІОЦЕНОЗ СТАТЕВИХ ШЛЯХІВ У ЖІНОК З ТРУБНОЮ ВАГІТНІСТЮ

М.В. Бражук, І.О., Баранецька

науковий керівник – д.м.н. В.К. Кондратюк

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Мета і завдання дослідження. Вивчити ступінь порушень мікробіоценозу цервікального каналу у жінок з трубною вагітністю (ТВ).

Матеріали та методи. Обстежено 150 хворих з ТВ. Групу порівняння склали 33 пацієнтки з фізіологічним перебігом вагітності, контрольну групу – 32 здорові не вагітні жінки з реалізованою репродуктивною функцією. Оцінювали облік результатів показників мікроекології статевих шляхів згідно наказу МОЗ України № 234 від 2005 р. Діагностику хламідіозу, уреоплазмозу, мікоплазмозу, герпесу та ЦМВ здійснювали люмінесцентним методом.

Результати та їх обговорення. При обстеженні жінок 1 групи до операції у 68,2% випадків встановлено порушення мікробіоценозу статевих шляхів, активну проліферацію деяких видів потенційно патогенних збудників: стафілокок золотистий визначено у 18,8% хворих, стафілокок епідермальний з гемолізом виявлено у 23,6%, значного рівня досягала частота висіву стрептокока піогенного – 21,2%; серед ентеробактерій зареєстровано підвищення частоти контамінації статевих шляхів кишковою паличкою гем. (-) - 21,2%, кишковою паличкою гем. (+) - 16,5%, а також клебсіелою - 17,6%. У 54,1% хворих з ТВ спостерігався дефіцит захисної мікрофлори – лактобацил, а у 14,1% випадків ці мікроорганізми були відсутні. Кількісні показники висіву захисної мікрофлори не досягали рівня норми та склали Іg 3,8 КУО/мл. В порівнянні із жінками 2 та 3 груп у хворих 1 групи виявлено збільшення частоти хламідійного інфікування 34,1%, а також тенденцію до збільшення частоти діагностики уреоплазмозу 24,7% та мікоплазмозу 16,5%, гарднерельозу 28,2%, вірусного інфікування (герпес – 45,9%, ЦМВ – 30,6%). У більшості 69,4% хворих 1 групи бактеріальні, вірусні та інші збудники знаходились в полі компонентних асоціаціях.

ВИСНОВКИ. Мікробіоценоз нижніх статевих шляхів жінок з ТВ характеризується збільшенням мікробно-грибкової контамінації, формуванням асоціативних форм інфікування (хламідії, мікоплазми, уреоплазми, віруси та гарднерели), дисбіотичними змінами (зниження рівня висіву захисної мікрофлори), що диктує необхідність розробки та впровадження лікуваних заходів спрямованих на профілактику виникнення післяопераційних гнійно-септичних ускладнень.

ПРИЧИНИ НЕВДАЛОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Головко А.В. – магістр, Дмитренко Н.О. – студ.

Науковий керівник – професор, д.мед.н. Дужий І.Д.

Сумський державний університет, Медичний інститут

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Туберкульоз легень продовжує залишатися серйозною проблемою та викликом для громадського здоров'я у всьому світі та нашій країні. Своєчасність достовірного визначення вперше виявленого туберкульозу легень є основним етапом у досягненні ефективного лікування цього захворювання. Проблема подолання захворювання знаходиться в межах відповідальності держави перед своїми громадянами, які мають конституційне право на захист здоров'я. Питання якісної та своєчасної діагностики є невід'ємною складовою частиною заходів щодо боротьби з цією недугою. З огляду на перераховане зрозуміла актуальність даної проблеми.

У даний час майже у 30% серед уперше виявлених хворих процес діагностується з наявністю деструктивних змін у легенях, а при дослідженні мокротиння виявляються мікобактерії туберкульозу. Несвоєчасне виявлення захворювання у деякій мірі пояснюється відсутністю настороги у лікарів загальної медичної мережі, та зниженням уваги до

туберкульозу. Основними чинниками несприятливої тенденції щодо збільшення захворюваності на туберкульоз є послаблення комплексу протитуберкульозних заходів і раннього виявлення захворювання серед соціально дезадаптованих груп ризику.

Нами вивчені головні чинники, від яких залежать несприятливі прояви захворювання, що ведуть до невдачі лікування. Провідними серед них є такі:

- невірна клініко-рентгенологічна інтерпретація туберкульозного процесу при первинному його виявленні, що призводить до помилкової, або, в кращому випадку, запізнілої діагностики туберкульозного захворювання;

- неправильна інтерпретація отриманих даних, що досить часто провокують початок лікування «пневмоній», «бронхітів», «бронхоектатичної хвороби», які з часом майже у 20% хворих виявляються з різними формами туберкульозу;

- значна зміна патоморфології туберкульозу при якій спостерігається зміна клінічних проявів захворювання;

- трансформація мікобактерій туберкульозу у атипіві, особливо L- форми, та інші, морфології, що схожі з ними, біологічні властивості яких сприяють тривалому зберіганню в організмі хворого і неможливістю їх ідентифікування;

- зміни структури вперше виявленого туберкульозу легень із значною частотою частки гостро прогресуючих форм: інфільтративного туберкульозу (45,0% - 79,0%) казеозної пневмонії (1,0% - 4,0%); зменшилася доля дисемінованого (5,0% - 23,0%) і фіброзно-кавернозного (0,7% - 11,0%) туберкульозу;

- однією з причин неефективності лікування є недисциплінованість хворих, зловживання алкоголем та інші шкідливі звички;

- несистематичний прийом антибактеріальних препаратів;

- зниження соціального забезпечення населення, особливо підвищення відсотку безробіття та отримання низьких заробітних плат.

З огляду на перераховане, можна надіятися на суттєве підвищення якості діагностики і відповідно лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень за рахунок низки державних заходів, спрямованих на відкриття нових робочих місць, збільшення соціальної забезпеченості населення на реформування медичної галузі.

ВКЛАД УКРАЇНСЬКИХ ВЧЕНИХ В РОЗВИТОК РЕНТГЕНОЛОГІЇ (ДО 170-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ І.П. ПУЛЮЯ)

Гриценко А.В. – студ., Каретник О.В. - студ.

Науковий керівник – к.м.н., Шевченко Ю. Ю.

Сумський державний університет, Медичний інститут

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізйотерапії

Історія розвитку рентгенології в Україні не менш складна та заплутана ніж історія України. Навряд чи можна перебільшити внесок в розвиток рентгенології українського фізика Івана Павловича Пулюя. В 1881 році його винахід – трубка, яка випромінювала X-промені, створила справжній фурор на міжнародній електротехнічній виставці в Парижі. Срібну медаль виставки, яку здобув цей винахід, вважалась надзвичайно високою технічною нагородою. І хоча медичний аспект цього винаходу на той час був недооцінений, окремі передові лікарі використовували в своїй практиці знімки створені за допомогою «Лампи Пулюя» вже випускалася навіть серійно, задовго до всім відомого «відкриття» Вільгельма Рентгена. Так за допомогою свого пристрою Іван Пулюй вперше у світовій практиці зробив «рентгенівський» знімок зламаної руки 13-річного хлопчика; знімок руки своєї доньки зі шпилькою, що лежала під долонею, а також знімок скелета мертворожденної дитини. Зрозуміло, раптове «винайдення» В.К. Рентгеном у 1895 році X-променів викликало у І.П. Пулюя розпач і обурення. Однак незважаючи на недостатнє фінансування, що сильно гальмували дослідження, вчений продовжував технічне удосконалення знімків, чим зміг