

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTI НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*Шишук А.В., студ. 6-го курсу, Сусол Ю.М., студ. 6-го курсу*

*Науковий керівник – канд. мед. наук Москаленко Ю.В.*

*Сумський державний університет медичний інститут*

*Кафедра ортопедії та травматології з курсами анестезіології та інтенсивної терапії, офтальмології, онкології*

**Актуальність.** За останні роки рівень захворюваності на РЩЗ в Сумській області вийшов на перші позиції в Україні. Показники захворюваності на РЩЗ в Сумській області досягли рівня США, які є одними з світових лідерів поширеності даної патології (Резнік А.В, 2015).

**Метою роботи** є аналіз статистичних даних захворюваності населення Сумської області на рак щитоподібної залози в період 2004-2014 років, а також виявлення районів з низьким, середнім та високим рівнем захворюваності.

**Матеріали та методи.** У роботі використані дані обласного канцер-реєстру та журнали реєстрації результатів біопсій патологоанатомічного відділення Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

**Результати дослідження.** За даними Національного канцер-реєстру, у період 2004-2014 років у Сумській області було зареєстровано 1131 випадки РЩЗ (в середньому в рік –  $102,82 \pm 10,05$ ). Розподіл районів Сумської області за трьома рівнями показників захворюваності є таким:

- 1) райони з низьким рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ (0-4,00‰): Велико-Писарівський, Середино-Будський;
- 2) райони з середнім рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ (4,01-7,00‰): Білопільський, Недригайлівський, Охтирський, Путивльський, Сумський, Ямпільський, Глухівський, Конотопський, Лебединський, Липово-Долинський, Роменський;
- 3) райони з високим рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення ЩЗ (7,01 ‰ і вище): Буринський, Краснопільський, Кролевецький, Тростянецький, Шосткинський райони, м. Суми.

Найбільша кількість випадків захворюваності на РЩЗ відмічається у людей віком від 40 до 59 років. Питома частка папілярного раку ЩЗ становила від 70,37 до 81,75%, фолікулярного – від 13,14 до 25%, медулярного – від 1,35 до 5,83%, недиференційованого та плоскоклітинного – менше 3%.

**Висновки.** Співвідношення гістологічних типів РЩЗ відповідає аналогічним даним, характерних для інших країн (GLOBOSCAN, 2015). Найвищий рівень захворюваності зареєстрований у Буринському, Краснопільському, Кролевецькому, Тростянецькому, Шосткинському районі та м. Суми.

## ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

*Шкільна О.О.*

*Супрунова Т.В. (к.мед.н., доцент)*

*Кафедра акушерства та гінекології №2*

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

**Актуальність.** Накопичені в літературі дані свідчать про те, що поведінка матері під час вагітності, її емоційні стреси служать причиною виникнення різних форм дитячої патології (неврози, тривожні стани, тощо), відставання в розумовому розвитку та інших патологічних станів.

**Метою** нашого дослідження було вивчення впливу тривожності за дитину під час вагітності на психо-емоційний розвиток дитини в неонатальному періоді.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 35 пар «мати-дитина». Вік жінок - від 19 до 32 років (середній вік -  $23,5 \pm 3,1$  років). В терміні вагітності від 30 до 40 тижнів вони за добровільною згодою проходили психологічне обстеження в умовах відділення

патології вагітних або в жіночій консультації пологового будинку № 2 м. Вінниці. Застосовувалася методика І.В.Добрякова «Тест відносин вагітної» на виявлення особливостей психологічного ставлення вагітної до майбутньої дитини.

**Результати.** Пологи у всіх жінок пройшли на 38-40 тижнях вагітності. Діти були оглянуті після народження на 4-5 добу, потім у віці одного місяця. Після народження оцінювалося соматичний стан та неврологічний статус за профілем пригнічення-роздратування. У першу групу увійшли жінки, відповіді яких відповідали тривожного типу: «Я постійно прислухаюся до рухів майбутньої дитини, без вагомих на те підстав, турбуюся про стан його здоров'я». Дану відповідь обрали 15 жінок, які увійшли у першу (основну) групу, яку ми визначили як групу «тривожних» матерів. Другу групу (порівняння) склали 20 жінок, відповіді яких відповідали оптимальному типу відношення до вагітності.

**Висновки.** Тривожні переживання вагітної жінки істотно впливають на розвиток дитини перших місяців життя. Діти матерів з високим рівнем тривоги характеризуються в неонатальному періоді тенденцією до пригнічення центральної нервової системи, емоційною нестійкістю, порушенням якості сну, мають більш низькі бали при оцінці психомоторного розвитку. У цих дітей відмічається порушення комунікативних функцій у вигляді неповноцінного «комплексу поживлення».

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ТАЗОВО-УРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

*Багуля Е.В., Доника Л.А., студ. 5 курсу*

*Научный руководитель - ассистент Редько С.И.,*

*СумГУ, кафедра ортопедии и травматологии*

**Актуальность.** Существует большое количество техник послеоперационного обезболивания, однако среди них выделяют несколько базовых. Несмотря на множественные негативные эффекты, наиболее часто используют парентеральное введение опиоидов. Альтернативой традиционным методам обезболивания является использование регионарных методов, в частности эпидуральной анальгезии (ЭА).

**Цель исследования** — изучить влияние эпидуральной анальгезии на гемодинамику у больных после операции ТУР и сравнить ее результаты с результатами обезболивания опиоидами.

**Материалы и методы.** Проведено когортное проспективное контролируемое исследование 60 пациентов, подвергшихся операции ТУР в урологическом отделении 1-й городской больницы.

В зависимости от способа послеоперационного обезболивания пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу ( $n = 30$ ) вошли больные, которым в послеоперационном периоде на протяжении 3 суток каждые 4 часа вводили наркотический анальгетик (промедол) внутримышечно в дозе 0,1–0,5 мг/кг.

Во вторую группу ( $n = 30$ ) вошли пациенты, которым послеоперационное обезболивание осуществляли с помощью эпидуральной анальгезии с постоянным введением 0,2% раствор ропивакаина скоростью 10–20 мг/ч на протяжении трех суток после хирургического вмешательства.

Для объективизации исследований и уточнения субъективной оценки качества обезболивания уровень болевого синдрома определялся с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Исследование проводили до операции, а затем на первые, третьи и седьмые сутки послеоперационного периода в обеих группах.

Динамический контроль среднего артериального давления (сАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и сатурации ( $SpO_2$ ) осуществлялся с помощью монитора Utas 300M.

**Результаты и обсуждение.** В обеих группах больных отмечалась одинаковая тенденция изменения всех исследуемых показателей в 1-е послеоперационные сутки с их постепенной стабилизацией к 7-м суткам. Более выраженные болевые ощущения, оцениваемые по ВАШ, были у пациентов I группы в сравнении с таковыми во II группе на