

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

на добу протягом 3-х діб. Окрім «Фламідезу» застосовувалися інші лікарські засоби (антибіотикотерапію, десенсибілізуючу терапію), а також місцеве протизапальне лікування (пункція верхньощелепних синусів, промивання приносних синусів за Проїетцем). Клінічний ефект від прийому препарату «Фламідез» спостерігався у 42 пацієнтів (93%), що виражався в зменшенні виділень з носу, набряку, гіперемії слизової оболонки. Відновлення носового дихання, покращення самопочуття хворих спостерігалось на 2-3 дні раніше, ніж у контрольній групі пацієнтів.

Висновки. Таким чином, препарат «Фламідез» можна застосовувати в комплексному лікуванні хворих на гострий риносинусит.

ОСОБЛИВОСТІ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ

Хижня Я. В., Хоменко М. О., Богданович Я. М., студ.

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

Алергічний риніт – це хронічне алергічне запалення слизової оболонки порожнини носа, в основі якого лежить IgE -опосередкована реакція внаслідок контакту з алергенами. На сьогодні це захворювання виділено в окрему нозологічну одиницю. Несвоєчасна діагностика і лікування цього патологічного стану призводить до серйозних ускладнень з боку ЛОР органів і сприяє розвитку бронхіальної астми.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування монтелукасту натрієва сіль («Монтел») при лікуванні алергічного риніту. Монтелукаст є активною сполукою, яка з високою вибірковістю і хімічною спорідненістю зв'язується з CysLT_1 -рецепторами. Монтелукаст спричиняє значне блокування цистеїніллейкотрієнових рецепторів дихальних шляхів.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 47 хворих з алергічним ринітом, у віці від 18 до 55 років. Основними скаргами хворих було чихання (90 %), свербіння (65 %), ринорея (87%), закладення носа (76 %). Пацієнти були розділені на 2 групи: хворі I групи, 23 пацієнта – приймали дезлоратадин, пацієнти II групи – монтелукаст. Оцінка ефективності лікування здійснювалась з урахуванням обсягу й інтенсивності фармакотерапії.

Висновки. Використання монтелукасту забезпечує швидкий клінічний ефект, зменшує потребу в додаткових антимедіаторних та протизапальних препаратах, поліпшує самопочуття.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ШЛУКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ СВІДКІВ ЄГОВИ

Чернецький І. В.

Науковий керівник – к. м. н., доцент Шевченко В. П.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

Одним з найбільш тяжких ускладнень захворювань шлунково-кишкового тракту є гостра кровотеча. У хворих з тяжкою постгеморагічною анемією основним методом лікування є гемотрансфузія. Лише переливання крові може компенсувати число еритроцитів, втрачених внаслідок кровотечі. Критична ситуація з приводу корекції тяжкої анемії виникає у особливій релігійної групи людей – Свідків Єгови, у зв'язку з їх категоричною відмовою від переливання крові. Усього у світі більше 8 млн таких осіб, а на території України налічується 151 тис. віруючих.

Мета. Вивчити особливості лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч у хворих Свідків Єгови.

Матеріали і методи. Проведено аналіз клінічних випадків лікування 5 хворих Свідків Єгови з тяжкою постгеморагічною анемією у центрі шлунково-кишкових кровотеч, що створений на базі хірургічного відділення СОКЛ.

Результати. Протягом 2013-2016 років до центру ШКК було госпіталізовано 1212 хворих з різним ступенем крововтрати. З них 614 пацієнтам (50,7%) для корекції гострої постгеморагічної анемії переливали кров. Відмовились від гемотрансфузії 5(0,41%) пацієнтів представників секти Свідків Єгови. Лікування безкровними методами з використанням плазмозамінників та гемостатиків було ефективним в 4 випадках, а 1 хвора померла від тяжкої анемії.

Відповідно до учення Свідків Єгови в Біблії (Лев.17:12-14 та Бут. 9:3-4) кров вважається священною, тому категорично забороняється трансфузія донорської крові та її компонентів. Виключенням з цього правила є дрібні фракції крові, зокрема альбуміни, імуноглобуліни, гемоглобін, білірубін, оскільки вони можуть проникати через плаценту. Не забороняється також використання кровозамінників, фібринового клею, препаратів заліза, кальцію, факторів згортання крові, кріопреципітату, еритропоетину та всіх гемостатичних препаратів, гемодіаліз, штучний кровообіг, сорбційні методи, реінфузія власної крові (за умови її руху).

Висновок. Відмова від гемотрансфузії свідків Єгови при великій крововтраті змушує не дотримуватися стандартизованих протоколів лікування пацієнтів з тяжкими ШКК, що може приводити до фатальних наслідків. Сучасні безкровні методи лікування ще не можуть повноцінно замінити гемотрансфузію, яка при тяжких крововтратах є дійсно життєво необхідною.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ДРЕНУВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ КРІЗЬ МІНІДОСТУПИ У ЗДУХВИННИХ ДІЛЯНКАХ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМУ ПЕРИТОНІТІ, ПОЄДНАНОМУ З СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ

Чумаков В.М., Ситнік О.Л., Школьний Б.О.

Сумський державний університет, кафедра хірургії та онкології

Актуальність. Єдиним способом лікування синдрому підвищення внутрішньочеревного тиску є хірургічна декомпресія, одним з варіантів якого є накладання лапаростоми. Це дозволяє корегувати внутрішньочеревний тиск та санувати черевну порожнину. Проте середина лапаротомія при панкреатогенному перитоніті важко переноситься хворими і корелює з високою – до 50% – летальністю.

Мета. Вдосконалення способу лікування панкреатогенного перитоніту, поєданого з синдромом підвищення внутрішньочеревного тиску.

Методи та їх застосування. Перед оперативним втручанням пацієнтам проводили ультразвукове обстеження органів черевної порожнини та вимірювання внутрішньочеревного тиску. Під місцевою анестезією, косим доступом 60-80 мм. довжиною у правій та лівій здухвинних ділянках пошарово розкривають черевну порожнину, розширюючись шляхом розтягування. Видаляється ексудат. Правий та лівий бокові канали дреноються широкопросвітними дренажами. У порожнину малого тазу встановлюється 2 широкопросвітних дренажі. Формуються лапаростоми, дренажі фіксуються швами до шкіри.

Результати та їх обговорення. В умовах хірургічного відділення КУ «СМКЛ № 5» за даною методикою прооперовано 16 хворих. Випадків летальності та ускладнень не спостерігалось. Дренування бокових каналів та порожнини малого тазу забезпечує відтік токсичного ексудату із черевної порожнини. Наявність лапаростом зменшує внутрішньочеревний тиск та підвищує якість дреновання черевної порожнини.

Висновок. Досвід застосування дреновання черевної порожнини крізь мінідоступи у здухвинних ділянках при панкреатогенному перитоніті, поєданому з синдромом підвищення внутрішньочеревного тиску, довів свою ефективність.