

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

## ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ L-КАРНІТИН ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ЗАЗНАЮТЬ РЕГУЛЯРНОГО ВПЛИВУ НИЗЬКИХ ДОЗ РАДІАЦІЇ.

*Костюченко В.В., Новикова О.О.*

*Науковий керівник - Москаленко Ю. В.*

*Сумський державний університет, кафедра загальної хірургії,  
радіаційної медицини та фіззіатрії*

**Актуальність теми.** Існує ціла категорія людей, що в силу своєї професійної діяльності мають постійний контакт з низькими дозами радіації: лікарі-радіологи, рентген- лаборанти, лікарі відділень променевої терапії, шахтарі, працівники атомних електростанцій та інші.

**Мета дослідження:** дослідити основні фармакологічні властивості препарату L-карнітин та можливість його використання у якості радіопротектора.

**Результати дослідження.** При огляді літератури встановлено, що L-карнітин знижує основний обмін, уповільнює розпад білкових і вуглеводних молекул, стимулює енергетичний обмін та мобілізує жир із жирових депо внаслідок активації транспорту довголанцюгових жирних кислот у мітохондрії. Препарат стимулює секрецію і ферментативну активність травних соків (шлункового і кишкового), покращує засвоєння їжі, підвищує поріг резистентності до фізичного навантаження, зменшує ступінь лактатацидозу і відновлює працездатність після тривалих фізичних навантажень. При цьому сприяє економному витрачання глікогену і збільшення його запасів у печінці і м'язах. L-карнітин надає нейротрофічну дію, гальмує апоптоз, обмежує зону ураження і відновлює структуру нервової тканини.

**Висновки.** Препарат L-карнітин може використовуватися категорією людей, що зазнають постійного впливу низьких доз радіації, оскільки має анаболічний, антигіпоксичний ефекти, стимулює жировий, енергетичний обмін, покращує апетит та регенеративну активність тканин, тобто корегує саме ті негативні ефекти, з якими мають справу дані професійні групи.

## ТОРАКОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

*Кравець О.В., Юрченко О.П. – студ.*

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

*Сумський державний університет, Медичний інститут  
кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії*

Особливістю епідемії туберкульозу в Україні є велика питома вага поширених і хіміорезистентних клінічних форм. Ще 20 років тому стійкість МБТ до антибактеріальних препаратів не перевищувала 5-7%, а частота закриття каверн через шість місяців від початку лікування складала 80-85%. Остання обставина для фіззіохірургії мала важливе значення, оскільки дозволяла широко застосовувати резекційні методи хірургічного лікування у хворих з незарубцьованими кавернами без загрози реактивації. На такому сприятливому тлі число загострень туберкульозу у найближчі і віддалені терміни після резекції легені не перевищувало 6-8%. Хіміорезистентність МБТ не дозволяє навіть при тривалій антибактеріальній терапії знизити активність процесу до рівня, що дає змогу провести резекцію. Одним з методів вибору у такій ситуації може бути застосування колапсохірургічних операцій, і зокрема торакопластики.

Проліковано 104 хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТ), яким виконана торакопластика за власними методиками у комбінації з пневмоперитонеумом. Середній вік оперованих становив  $42,3 \pm 12,6$  років. Тривалість захворювання на туберкульоз до 2-х років мала місце у 75 (72,1%) осіб, більше 2-х років – у 29 (27,9%). Фіброзно-кавернозний туберкульоз діагностовано у 72 (69,2%) хворих, інфільтративний туберкульоз – у 16 (15,4%), циротичний туберкульоз – у 8 (7,7%), множинні туберкуломи з розпадом – у 8 (7,7%). У 7 (6,7%) мало місце кровохаркання, у 4 (3,8%) – легеневі кровотечі.

Проаналізовані найближчі і віддалені результати оперативного лікування цих хворих. У 20 з них до операції відзначався виражений синдром інтоксикації, симптоми якого значно зменшувалися у процесі підготовки до оперативного втручання за рахунок пневмоперитонеуму, що продовжували перші дні після операції. У хворих з кровохарканням і кровотечею припинялося виділення крові. Усім хворим після операції проводилася тривала антибактеріальна терапія за індивідуальними схемами з огляду на чутливість до медикаментів. Пневмоперитонеум підтримувався після втручання до 2-4 місяців.

Віддалені результати вивчені у терміни від 1-го до 3-х років після операцій. Рубцювання каверн, розсмоктування інфільтративних змін відмічено у 57 (74,8%) хворих до виписки із стаціонару. Зменшення каверн з витонченням їх стінок і усунення бактеріовиділення зазначено у 29 (27,9%) випадках. Туберкульозний процес зберіг активність після операції у 18 (17,3%) хворих.

Таким чином, торакопластика залишається високоефективним методом лікування хворих на ХРТ легень. Своєчасно виконана торакопластика є потужним і перевіраним лікувальним заходом у терапії тяжких форм сучасного туберкульозу легень, ускладненого хіміорезистентним перебігом. Зауважимо, що 75-80% хворих на ХРТ легень, приречених протягом найближчих 2-3 років на вірну смерть, може повернутися завдяки торакопластиці як мінімум до життя. Стосовно праці – необхідно провести відповідні дослідження.

### **ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН І КЛАСУ ЗА БЛЕКОМ РІЗНИМИ СПОСОБАМИ**

*Кузів О.П., Кононенко А.Ю., студенти групи СМ-304, СМ-302,*

*Науковий керівник - д. мед. н., проф. Лахтін Ю.В.*

*СумДУ, кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з курсом оториноларингології та стоматології*

Карієс зубів – це складний патологічний процес в твердих тканинах зуба з утворенням в них дефекту у вигляді порожнини. Через високу його поширеність серед населення своєчасна діагностика каріозних уражень на ранніх етапах розвитку патології є актуальною в терапевтичній стоматології. До каріозних порожнини І класу за Блеком відносяться такі, які локалізуються у фісурах та природних ямках зубів. В клініці такий карієс називають фісурним. Для виявлення каріозних дефектів коронкової частини зубів на амбулаторному прийомі під час обстеження твердих тканин зубів у лікаря-стоматолога є стандартний набір інструментів. Стоматологічний зонд серед них єдиний, який призначений для зондування зубів з метою діагностики фісурного карієсу. Проте не завжди вдається виявити такі дефекти через надмірну товщину кінчика зонда.

Тому метою нашого дослідження було порівняння частоти виявлення в зубах каріозних порожнин І класу за Блеком методом зондування різними способами.

Для реалізації цієї мети було досліджено 49 видалених зубів, з них премолярів - 21, молярів - 28. Кожний зуб обстежували два дослідника. Спочатку за допомогою стоматологічного зонда, а потім - ендодонтичного дрільбора для прямого наконечника з меншою товщиною кінчика. За каріозну порожнину приймали таку, в якій кінчик інструмента занурювався вглиб і затримувався у фісурі. У випадках розбіжності результатів обстеження двома способами проводили контрольне препарування зубів. Отримані дані фіксували в протоколі.

За результатами обстеження з 49 зубів виявили каріозні порожнини у 23 (46,9±7,1%). Причому у 7 випадках (14,3±5,0%) - за допомогою стоматологічного зонда, а у 16 (32,7±6,7%) - дрільбора.

В 9 зубах, де була розбіжність в результатах, при контрольному препаруванні фісур у 8 відмітили розвинений каріозний процес. Ураження твердих тканин реєстрували за межами емалево-дентинного з'єднання. В цих випадках емаль зубів була чорно-коричневого кольору з крихкими краями та уламками її фрагментів. Дно і стінки каріозної порожнини виповнено