

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

анатомічні дефекти носа і видалити поліпи всередині пазух. Це єдиний метод, після якого практично не буває повторних поліпів.

Видалення поліпів лазером. Ця операція проводиться амбулаторно. В порожнину носа вводять ендоскоп з камерою і лазерне устаткування. З допомогою лазерного променя лікар нагріває клітини, з яких складається поліп, і вони випаровуються. В ході операції лазер запаює судини, і кровотеча не виникає. Також при цій процедурі можливість занесення інфекції повністю виключається. Це найменш травматична процедура, вона підходить для людей, що страждають астмою і дітей.

ВИЗНАЧЕННЯ ГЕНА-СУПРЕСОРА P-53 У ПУХЛИНАХ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ З МЕТОЮ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ.

М.Б.Ляшко, О.П.Манжура, Л.А.Матяшок / Ljashko M.B., Manzhura O.P., Matiashok L.A.

Науковий керівник: к. мед. н., ас. О. П. Манжура

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Кафедра онкології, м. Київ, Україна

Вступ. Щороку у світі реєструють 1 млн нових випадків пухлин жіночої статеві системи. Особливо стрімко зростає захворюваність на рак ендометрія (РЕ), що супроводжується низьким відсотком виживаності 44-75%. Ці дані визначають потребу у більш ефективних методах лікування.

Мета. Дослідити експресію мутантного білка p53 у пухлинах хворих на РЕ, а саме серозно-папілярний рак ендометрія (СПРЕ) та аденокарциному ендометрія (АКЕ), та на основі цих даних, порівняти ефективність лікування РЕ за стандартною схемою та схемою з використанням цілеспрямованої ад'ювантної хіміотерапії (АХТ).

Матеріали та методи досліджень. На базі Київської міської онкологічної лікарні було створено дві групи порівняння: основна та контрольна. До кожної групи увійшло по 30 хворих на СПРЕ та по 100 хворих на АКЕ. Було досліджено ген супресор p-53 у пацієнтів основної групи. Встановлено, що у 78,3% хворих на СПРЕ у пухлинах прослідковується експресія мутантного білка p53. У хворих на АКЕ цей показник нижчий і залежить від ступеня диференціювання пухлини, так при високому ступені диференціювання виявляється у 8,8% пацієнтів, помірному-у 30,3%, низькому-у 53,1%. На основі отриманих даних основній групі хворих застосовувалось лікування, що включало в себе ад'ювантну хіміотерапію. Порівняльній групі проводилось лікування за стандартними протоколами.

Результати дослідження: Оцінка показників показала, що п'ятирічна виживаність хворих на РЕ в основній групі на 12,1% вища ніж в групі контролю. Прослідковується збільшення відсотку хворих без рецидиву на першому році життя в основній групі на 11,7% порівнюючи із контрольною групою і подовження безрецидивного періоду на 5 міс.

Висновки: Зважаючи на отримані результати досліджень, можна стверджувати, що запропонована методика комплексного лікування для хворих на РЕ, а саме АКЕ та СПРЕ з використанням АХТ є ефективнішою ніж загальноприйнята.

ЛІКУВАННЯ ПОЛІКІСТОЗУ НИРОК

Мазур В.В.

Кафедра урології та судової медицини

Науковий керівник: доц., к.мед.н. Сухомлин С.А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

місто Полтава, Україна

Актуальність. Полікістоз нирок (ПН) є двобічною спадковою аномалією розвитку нирок, яка ускладнюється нирковою недостатністю (ХНН), артеріальною гіпертензією (АГ) та хронічним піелонефритом.

Мета роботи – оцінити ефективність перкутанної ігніпунктури при ПН.

Проведений аналіз лікування 17 хворих на ПН в Полтавській обласній клінічній лікарні в протягом 2005-2015 рр. Обстеження: аналіз крові загальний та біохімічний, визначення

клубочкової фільтрації (КФ), аналіз сечі, ультразвукове дослідження (УЗД). Хворим проводилася двобічна черезшкірна пункційна ігніпунктура. Показання до операції: розмір кіст (поодиноких >6 см, множинних >4 см), артеріальна гіпертензія, хронічний піелонефрит та ХНН, які не піддаються консервативній терапії.

Результати. Задовільні результати отримані у 16 (94,1%) хворих, яким протягом останніх 4-7 р. ігніпунктура проводилася з інтервалом 1-2 р. Визначені стабільні показники КФ, азотемії, аналізу сечі, АГ, темп росту кіст 1-2 см за рік. У 3 (17,7%) з цих хворих спостерігалася помірне зростання азотемії та зменшення КФ, АГ залишався стабільним, лейкоцитурія відсутня. В 1 (5,9%) хворого результат незадовільний: визначене прогресування азотемії, зменшення КФ, рецидивний перебіг піелонефриту, темп росту кіст 3-4 см за рік.

Висновки. Своєчасна черезшкірна ігніпунктура з адекватною патогенетичною терапією призводить до стабілізації перебігу ПН. Запізніле оперативне лікування, відсутність патогенетичної терапії, високий темп росту кіст уповільнює розвиток ПН, але не дозволяє поліпшити стан хворого.

КОМПЛЕКСНА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Муравський Д. В. – студ.

Науковий керівник – к.мед.н. Кравець О. В.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Зростання питомої ваги деструктивних форм хіміорезистентного туберкульозу спонукає до розширеного застосування хірургічних методів лікування, велику роль в ефективності яких відіграє передопераційна підготовка хворого.

Обсяг, характер і тривалість передопераційної підготовки залежає від доопераційного стану хворого, характеру резистентності МБТ.

Підготовка до оперативного лікування передбачала перш за все антибактеріальну терапію. При негативній тенденції стандартних схем хіміотерапії доцільно проводити короткотривалий курс інтенсивної бактерицидної внутрішньовенної терапії (4–6 тижнів). Внутрішньоорганну передопераційну поліхіміотерапію ми розглядали як найбільш раціональний варіант підготовки хворих.

За наявності ендобронхіту I ст. разом із базисною терапією призначалися щоденні інгаляції неспецифічних засобів, інгаляції муко- та бронхолітиків. У хворих на II–III ст. ендобронхіту разом із курсом інгаляцій виконували регулярні щотижневі курси лікувальних фібробронхоскопій із промиванням бронхів різними антисептиками та введенням суміші антибіотиків, протеолітичних ферментів, бронхолітиків і глюкокортикоїдів. Курси інгаляцій були індивідуальні – від декількох тижнів до 1 місяця.

Основними напрямками патогенетичної терапії були імунокорекція, дезінтоксикація, покращення реології крові та мікроциркуляції, корекція метаболічних порушень, бронхо- та муколітична терапія, пригнічення активності вторинної мікрофлори, протизапальна терапія, антиоксидантна терапія, стимуляція репаративних процесів.

До схеми комплексного лікування входили препарати анаболічної дії; стимулятори енергетичного обміну; вітаміни; переливання еритроцитів, плазми свіжозамороженої, альбуміну.

Тренування серцево-судинної системи проводили через фізичні навантаження, застосовуючи систему теренкур.

За 3–4 місяці до оперативного втручання ми застосовували пневмоперитонеум, розробивши для цього відповідні показання та протипоказання.

Застосовувавши наведену систему підготовки, вважали за можливе вдатися до оперативного втручання при позитивній динаміці трьох основних показників: зменшення кількості мокротиння до 15–20 мл за 1 добу, відносної ліквідації ознак ендобронхіту та зменшення інтенсивності бактеріовиділення.