

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

церебролізину: метаболічна регуляція, нейромодуляція і нейротрофічний ефект. Метаболічна регуляція полягає в підвищенні ефективності аеробного енергетичного метаболізму головного мозку, поліпшенні біосинтезу білка в нейронах, нормалізації функцій іонних насосів, зниженні рівня лактату. Завдяки цьому попереджається утворення вільних радикалів, знижується концентрація продуктів перокисного окислення ліпідів. Це запобігає загибелі нейронів внаслідок гіпоксії та ішемії. Нейротрофічна дія церебролізину багато в чому подібна до механізму дії фактора росту нервів. Він підтримує життєдіяльність нейронів, гальмує їх деструкцію.

Церебролізін також стимулює диференціювання нервових клітин. Є дані про здатність церебролізину збільшувати число клітин-попередників нейронів (стовбурових 23 клітин) в корі головного мозку. Нейротрофічна дія церебролізину має важливе значення в попередженні апоптозу. Нейромодуляторна дія церебролізину полягає в поліпшенні функціональної взаємодії нейронів і гліальних структур, метаболізму нейротрансмітерів, що обумовлює поліпшення синаптичної передачі і синаптичної пластичності. Дія церебролізину реалізується на рівні генів, що регулюють обмінні процеси.

Церебролізін ефективний як при гострій черепно-мозковій травмі, так і в лікуванні наслідків травми мозку, що було продемонстровано в клінічних спостереженнях. У хворих з черепно-мозковою травмою доведено необхідність найбільш раннього призначення препарату (з перших годин і доби захворювання), що дозволяє віднести його до первинних нейропротекторів. Рекомендоване введення церебролізину в дозі від 10 до 50 мл внутрішньовенно крапельно на 100-250 мл фізіологічного розчину протягом 60-90 хвилин. Тривалість курсу внутрішньовенних ін'єкцій - до 3-4 тижнів.

Іншим ефективним препаратом у лікуванні хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою є кокарнітин компанії "World Medicine". Кокарніт являє собою раціонально підібраний комплекс метаболічних речовин і вітамінів. Нікотинамід одна з форм вітаміну РР, бере участь в окисно-відновних процесах в клітині, покращує вуглеводний і азотний обмін, нормалізує ліпідний обмін. Кокарбоксилаза кофермент, що утворюється в організмі з тіаміну (вітаміну В1), який надходить ззовні. Ціанокобаламін (вітамін В12) в організмі перетворюється на активну форму кобамід, що володіє високою біологічною активністю. Активує обмін вуглеводів і ліпідів. Підвищує здатність тканин до регенерації. У хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою Кокарніт нами використовувався у вигляді внутрішньом'язових ін'єкцій по 2,0 мл щодня протягом 10-14 діб. Побічні дії при призначенні кокарнітину не відзначена.

Проведене клінічне дослідження показало, що при важкій черепно-мозковій травмі на перший план у лікуванні виходить вчасно проведене оперативне втручання з наступним комплексом медикаментозної терапії з використанням ефективних сучасних лікарських засобів.

ВИБІР МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА

Плахтиря Є.А. Томенко А.М.¹⁾

Науковий керівник – Шишук В.Д.

Сумський державний університет

кафедра ортопедії та травматології

¹⁾Травматологічне відділення КУ СМКЛ№1

Лікування переломів ділянки гомілковостопного суглоба є актуальною проблемою травматології, що обумовлено тяжкістю травми, можливими наслідками і достатньою частотою виникнення. Кількість травм даної локалізації збільшується, й у значної кількості випадків вони зустрічаються в осіб працездатного віку. Одними з найбільш тяжких травм гомілковостопного суглоба є переломи кісточок типу В і С (за класифікацієюАО), коли відбувається пошкодження елементів між гомілкового синдесмозу.

Частка цих пошкоджень у структурі всіх пошкоджень гомілковостопного суглоба становить від 10 до 31,3 %. Вони є одними з основних причин інвалідизуючих і несприятливих результатів лікування пошкоджень ділянки гомілковостопного суглоба. Незважаючи на велику кількість існуючих способів консервативного і хірургічного лікування цих пошкоджень, частка незадовільних результатів, за даними різних авторів, від 5 до 30%, при цьому інвалідність досягає 24-28%.

Нами були проаналізовані результати лікування 21 пацієнта з переломами кісточок із пошкодженням між гомілкового синдесмозу, які проходили лікування в ортопедо-травматологічному відділенні КУ СМКЛ №1.

Мета роботи: аналіз оперативних втручань залежно від складності перелому та визначення обсягу допомоги в амбулаторно-поліклінічній службі травмпункту та відділенні стаціонару.

Матеріали та методи: під час аналізу використовувалися амбулаторні картки, історії хвороб, рентгенограми виконані на різних етапах лікування.

До I групи відносяться 8 хворих з ізольованими неускладненими переломами кісточок.

До II групи відносяться 6 хворих з переломами кісточок та звихом стопи з розривом дистального між гомілкового синдесмозу.

До III групи відносяться 7 хворих з ускладненими переломами кісточок, після травматичними пухирями та після травматичними нейропатіями.

В якості фіксаторів при остеосинтезі переломів кісточок гомілковостопного суглоба використовували: гвинти, шпичі, накісткові пластини. Вибір методу лікування в окремому випадку був індивідуальним, базувався на стабільності перелому, наявності зміщення.

Середній термін зрощення з неускладненими переломами до 3 місяців, з ускладненими 4-5 місяців. Післяопераційний період протікав без ускладнень в усіх випадках.

Висновок. При вивченні даної патології, найбільш доцільним для пацієнтів I групи є лікування в амбулаторно-поліклінічній структурі, а пацієнтам II та III груп в більшості випадків показано лікування у травматологічному відділенні стаціонару.

ЗАСТОСУВАННЯ ФАКТОРІВ РОСТУ В ЛІКУВАННІ ОБШИРНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК.

Попадинець В.М., аспірант

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

Сумський державний університет, Медичний інститут

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізіотерії

Лікування венозних трофічних виразок (ТВ) нижніх кінцівок – актуальна проблема сучасної хірургії. На хронічну венозну недостатність (ХВН) нижніх кінцівок страждає 25-30% жінок і 10-20% чоловіків. У 40-90% ХВН ускладнюється трофічними виразками (Е. М. Липницький, 2001; Х. Kurz, 2005). За статистичними даними ТВ призводять до інвалідності і непрацездатності частіше, ніж туберкульоз, ревматизм і транспортний травматизм разом узяті (А. Г. Евдокимов, 2001). За висловом цього автора, хворі «змушені більше служити своїм ногам, ніж ноги їм».

Метою наших досліджень була розробка та удосконалення способів лікування поширених трофічних виразок нижніх кінцівок.

Матеріали і методи дослідження. В 2014 році на базі опікового відділення КЗ «Сумська обласна клінічна лікарня» проведено лікування 5 хворих з поширеними трофічними виразками за допомогою аутоплазми збагаченої тромбоцитами (АПЗТ). Групу контролю склали 10 пацієнтів які мали такий же вік і такі ж трофічні виразки. Вони отримували стандартне лікування згідно клінічних протоколів.

У 1 пацієнта язви виникли внаслідок первинного варикозного розширення вен нижньої кінцівки, у 4 - внаслідок посттромбофлебітичного синдрому. Жінок було двоє, чоловіків – 3. Середній вік склав 74,6 роки.