

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

## ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ: ВИБІР ЛІКАРЯ АБО ПАЦІЄНТА

*Сорокіна О.О. студентка V курсу медичного інституту СумДУ  
науковий керівник к.мед.н. Ольховик В.Л.*

Після кесаревого розтину, завжди кесарів розтин» - цю фразу вважали істиною в 70-х роках ХХ століття. У 1980 році національні інститути здоров'я (НІН) поставили під сумнів необхідність рутинного повторення кесаревого розтину та можливість неускладнених вагінальних пологів.

Проведено п'ятирічний ретроспективний аналіз пологів з рубцем на матці на базі Сумського клінічного пологового будинку №1. Загальна кількість пологів за період з 2009 р. по 2014р. – 12619, з них 523 (4,17%) з рубцем на матці. Відбір кандидатів на вагінальні пологи після кесаревого розтину до 2009 року відбувався як правило наприкінці вагітності. З 2011 року відбір кандидатів розпочинався з моменту постановки вагітної на облік наказу МОЗ України від 27.12.2011 № 976. При відборі кандидатів враховували бажання вагітної жінки, оцінювали фактори ризику, протипоказання до спроби вагінальних пологів після кесаревого розтину.

За п'ять років зі 100% кандидатів на вагінальні пологи з рубцем на матці – 47,9% мали протипоказання, 35,1% відмовилися народжувати через природні пологові шляхи, родорозрішення відбулося шляхом кесаревого розтину. Лише 16,2% народили через природні пологові шляхи, причому 65,2 % жінок цієї групи поступили до пологового будинку в активній фазі пологів і бажанням народжувати самостійно. Із загальної кількості вагітних, які знаходились до початку пологів в стаціонарі лише 28,6% були розродженні природнім шляхом. Ускладнень після проведення вагінальних пологів після кесарського розтину не було.

Отже, високий відсоток відмови пацієнток від вагінальних пологів обумовлений тим, що вагітні не отримали повної інформації та являють групу резерву щодо можливості народжувати природним шляхом.

Вагінальні пологи у жінок з рубцем на матці – вагомий резерв зменшення оперативного розродження, перинатальних та материнських втрат. Світовий досвід вказує, що правильний відбір вагітних з рубцем на матці для спроби вагінальних пологів, відповідне забезпечення акушерського стаціонару, бажання жінки народити через природні пологові шляхи та висококваліфікована допомога лікаря є запорукою успішного закінчення вагітності.

## ОЦІНКА ЕЛАСТИЧНОСТІ МІОМЕТРІЮ ЯК МЕТОД ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МАТКИ

*Ольховик В.Л.*

*Кафедра акушерства та гінекології СумДУ*

Метою роботи було визначення значень модуля пружності Юнга для міометрія в нормі та при доброякісних новоутвореннях. У дослідження включені 56 пацієнток репродуктивного віку (28-42 роки) і 25 пацієнток перименопаузального віку (48-56 років) які були розподілені на 2 групи. I група – без патологічних змін міометрію, II група – пацієнтки з доброякісними ураженнями стінок матки (дифузна та вузлова форми лейоміоми). Всі пацієнтки пройшли обстеження на апараті Voluson (GE, США) з використанням режиму еластографії сдвигової хвилі при проведенні трансвагінального сканування. Оцінювалися середнє значення (Emean), максимальне значення (Emax) і стандартне відхилення ( $\sigma$ ). Глибина дослідження становила не більше 3 см.

При порівняльному аналізі даних, отриманих у пацієнток репродуктивного віку, достовірні відмінності за всіма трьома показниками не визначалися.

У групі пацієнток репродуктивного віку отримані наступні значення модуля пружності Юнга для незміненого міометрія незалежно від фази менструального циклу: Emean - 22,46 (16,62-28,84) кПа, Emax - 28,36 (20,32-35,29) кПа,  $\sigma$  - 1,97 (1,30-4,97) кПа.

У групі пацієнок перименопаузального віку  $E_{mean}$  - 15,83 (10,62-23,33) кПа,  $E_{max}$  - 21,06 (12,64-34,18) кПа,  $\sigma$  - 1,90 (0,85-4,49) кПа. У групі пацієнок з захворюваннями міометрію:  $E_{mean}$  - 12,54 (08,58-20,21) кПа,  $E_{max}$  - 18,12 (10,53-29,16) кПа,  $\sigma$  - 1,68 (0,69-3,20) кПа.

При порівнянні значень  $E_{mean}$  і  $E_{max}$  між пацієнтками репродуктивного та перименопаузального віку, а також пацієнок з різними формами доброякісних новоутворень отримано достовірні відмінності, які вказують на необхідність застосування методу еластографії подальших досліджень в цьому напрямку.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ КЛЮЧИЦІ

*Спаський Р.С.*

*Науковий керівник - Шищук В.Д.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

Закриті переломи ключиці складають 2,5-5% від усіх переломів кісток скелета. Частота цих переломів - 30-60 випадків на 100 000 населення.

Ми вирішили проаналізувати сучасні тактико-методологічні підходи до лікування переломів ключиці. Нами вивчені результати лікування 89 пацієнтів з переломами ключиці, які спостерігалися в ортопедо-травматологічних відділеннях № 1, 2 КУ СМКЛ № 1. Серед пацієнтів переважне число складала особи чоловічої статі (2,6: 1). Середній вік травмованих -  $34,2 \pm 2,2$  року.

По механогенезу переломи ключиці були розподілені таким чином: при падінні на зовнішню поверхню плеча, витягнуту руку або лікоть - 81,6 %; в результаті прямого удару по ключиці - 16,4 %; при одночасному скороченні грудинно-ключично-сосковидного і великого грудного м'яза, з одного боку, з іншої - дельтовидного м'яза (при кидку - 2 випадки або 2 %).

Аналізуючи застосовані методи лікування, встановлено, що 97,2% пацієнтам були здійснені оперативні втручання - відкрита репозиція з інтрамедулярним остеосинтезом (81,9 %), репозиція з накладенням накісткових пластин (18,1%). Тільки 2,8% травмованих проліковані консервативно. З відомих на сьогодні пристосувань для лікування потерпілих із закритими переломами ключиці застосовують наступні: гіпсова пов'язка Дезо, шина ЦИТО, шина Кузьминського, щоглова пов'язка Сітенко, кільця Дельбе, овал Тітової, гіпсова пов'язка Смірнова-Вайнштейна, метод Borchgreving, фіксувальна пов'язка Ombredanne. Суть будь-якого з методів полягає в тому, щоб підвести, відвести назад і ротувати назовні плече, чим досягається максимальне розведення відламків і усунення зміщення по ширині.

**Висновки:** Вибір методу лікування переломів ключиці повинен здійснюватися індивідуально у кожному конкретному випадку. Абсолютним свідченням до оперативного втручання є інтерпозиція м'яких тканин або багатоуламковий перелом.

## ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛЕЧОВОГО ЕПКОНДИЛІТУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*Степаненко О.С.*

*Науковий керівник – Щербак Б.І.*

*Сумський державний університет*

*кафедра ортопедії та травматології*

**Актуальність:** Захворювання опорно-рухової системи з роками не тільки не здають своїх позицій, але і стрімко «молодіють». Пацієнтами, що страждають подібними захворюваннями, стають все більше людей молодого віку. Сучасний етап науково-технічного прогресу супроводжується широким впровадженням більш досконалих технологічних процесів, механізацію та автоматизацію виробництва, зменшенням числа трудомістких ручних операцій. У міру зменшення частки важкої фізичної праці стали переважати ручні операції з локальними статичними зусиллями при вимушеній позі і частих однотипних рухах.