

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

лігатурних нориць - 1(7,1%). Тому використання *subline* та *inline* методик, знайшло більш широке використання в нашому х/в, враховуючи накопичений досвід починаючи з 2003 року. Рецидив кил відмічено при алопластиці (всі *online*) в 3(1,1%) пацієнтів, а після аутопластики в 11(6%), тому зараз останню методику використовуємо в основному тільки пацієнтам до 18 років.

ОЦІНКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОВЕНОЗНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Анциферова І.В., Коваленко Є.Л., Винниченко І.О.

Науковий керівник: Мелеховець Ю.В.

Сумський державний університет, кафедра хірургії та онкології

Мета. Визначити віддалені результати ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) та оцінити якість життя пацієнтів через рік після операції.

Матеріали та методи. УЗ-діагностика проводилася на апараті SonoScape S6 Pro, лінійним датчиком з частотою 6-11 МГц. Оцінка якості життя здійснювалось за шкалою CIVIQ, оцінка тяжкості клінічної картини варикозної хвороби нижніх кінцівок - за шкалою VCSS.

Результати. Обстежено 40 пацієнтів Сумської клініки лазерної медицини, до проведення ЕВЛК та через рік після. З них 30 осіб – жінки, 10 – чоловіки. Середній вік пацієнтів - 50,65 років. Середній вік жінок - 48,9 років, чоловіків – 56 років.

У 30 (75%) пацієнтів було виконано ЕВЛК на великій підшкірній вені (ВПВ), у 6 (15%) – на малій підшкірній вені (МПВ), у 4(10%) – на передній додатковій вені стегна.

Середні розміри ВПВ до операції: на 3 см від СФС - 8,4 мм, в середній третині стегна - 6,7 мм, підколінна ділянка – 5,3 мм, с/3 гомілки – 3,5 мм.

Після операції у 12 (40%) пацієнтів - повна відсутність вени, у 10 (33,3%) пацієнтів візуалізується фіброзний тяж, у 8 (26,75%) – фрагменти фіброзного тяжу. Розміри фіброзного тяжу на відстані 3 см від СФС – 3,5 мм, на рівні середньої третини стегна – 3,4 мм, в ділянці підколінної ямки – 3,35 мм, середньої третини гомілки – 2,8 мм.

Розміри передньої додаткової вени до операції – 5,35 мм, після операції у всіх пацієнтів - повністю відсутня.

Середній бал опитування за системою VCSS до операції склав 8,55, після – 4,15. Індекс якості життя до операції 46,7, через рік після операції - 3,47. За системою CIVIQ тяжкість клінічної картини складала в середньому 60 балів, після операції - 27,6 балів.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про покращення якості життя пацієнтів через рік після проведеної ЕВЛК більш ніж на 50% та значне покращення клінічного стану хворих.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ТА КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТРАЖДАЛИХ З АСОЦІЙОВАНОЮ СКЕЛЕТНОЮ ТРАВМОЮ

Бадіон Ю.О., Кузьменко В.С., Скоробагата В.О.

Науковий керівник: д.мед.н. Шкатула Ю.В.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фіззіатрії

Вступ. Збільшення кількості постраждалих з асоційованими скелетними пошкодженнями, яке відбувається останні 10-15 років, є складною та актуальною проблемою для охорони здоров'я України.

Мета. Оптимізація системи надання невідкладної медичної допомоги постраждалим шляхом вивчення особливостей травмогенезу та клініко-нозологічних форм ушкоджень.

Матеріали та методи. Було проаналізовано 210 випадків асоційованої скелетної травми у осіб, що перебували на лікуванні у медичних закладах Сумської області в період з 2013 по 2016 роки.

Результати дослідження. За видом травматизму масив дослідження розподілився наступним чином: дорожньо-транспортні пригоди – 105 (50 %) осіб, побутові травми – 55 (26,2 %) постраждалих, злочинне діяння – 20 (9,5 %) осіб, вуличний травматизм – 17 (8,1 %) чоловік. Інші причини травмування становлять 6,2 %.

Важливою клініко-нозологічною характеристикою, що інформує про тяжкість травми, є кількість пошкоджених анатомо-функціональних ділянок. Встановлено, що ушкодження двох анатомо-функціональних ділянок становить 62,9%, трьох – 31,9 %, чотирьох – 5,2 %. Найчастіше постраждалі отримували пошкодження опорно-рухового апарату, асоційовані з краніальною травмою – 48,6 % осіб, торако-краніальною – 30 % постраждалих, торакальною (12,9 %) та краніо-абдомінальною (5,2 %) травмою.

При визначенні тяжкості стану постраждалих ми користувалися шкалою ISS (Injury Severity Score). Встановлено, що найтяжчі ушкодження спостерігалися в групі з краніо-скелетно-абдомінальною травмою – $21,85 \pm 1,17$ балів ISS.

Висновки. Для вдосконалення системи надання невідкладної медичної допомоги постраждалим з асоційованою скелетною травмою необхідно враховувати специфічні особливості, що притаманні цій категорії постраждалих.

ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИЙ ТРАВМАТИЗМ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Бадіон Ю.О., Лабуз О.А., Круш А.М.

Науковий керівник: д.мед.н. Шкатула Ю.В.

Сумський державний університет,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізйотерапії

Вступ. Дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) – є однією з основних причин передчасної смерті серед нашого народонаселення. Щороку в Україні відбувається більш як 150 тис. ДТП, унаслідок яких гинуть від 8 до 10 тис. постраждалих.

Мета. Оптимізація процесу надання допомоги постраждалим шляхом вивчення тяжкості та нозологічної структури дорожньо-транспортних пошкоджень.

Матеріали та методи. Проведено дослідження тяжкості дорожньо-транспортних пригод, що трапились в Україні та Сумському регіоні протягом 10 років. З цією метою ми обчислили фактор тяжкості дорожньо-транспортних пригод (F'_T), що вираховується як відношення кількості постраждалих та загиблих до загальної кількості ДТП.

Результати дослідження. Встановлено, що інтегральне десятирічне значення F'_T в Україні складає $0,24 \pm 0,01$, а у Сумській області – $0,40 \pm 0,03$. Визначається тренд до зростання тяжкості ДТП як у Сумському регіоні, так і в Україні в цілому.

При вивченні різновиду травм, що отримали постраждалі, нами відмічено достовірне збільшення кількості поліорганичних та полісистемних пошкоджень. Крім того, змінилась і нозологічна структура специфічної дорожньо-транспортної травми:

- зросла питома вага травмувань грудної клітки та органів черевної порожнини ременем безпеки (seat belt injury);

- зменшилась кількість випадків «хлистової» травми шийного відділу (whiplash injury), що, на нашу думку, зумовлено сучасними конструкторськими рішеннями крісел водія та пасажирів;

- зменшилася питома вага так званих «бампер-переломів»;

- з'явився новий окремих вид ушкоджень, що пов'язаний з травмуванням обличчя, шийного відділу хребта та грудної клітки подушками безпеки.

Висновки. Зростання тяжкості дорожньо-транспортних пригод та різновид зумовлено існуючим автопарком та станом дорожньої інфраструктури.