

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

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ НЕРВІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОРАФІЇ

Лемешов О.С.

*Наукові керівники: к.мед.н. доц. Ольхов В.М., Чирка Ю.Л.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії*

Мета і завдання: визначити ступінь відновлення ліктьового нерву (ЛН), променевого (ПН), серединного (СН) через 1 рік після виконання нейрорафії.

Матеріали і методи: в період 2014 – 2016 років в Вінницькому обласному нейрохірургічному відділенні з приводу пошкоджень нервів руки було виконано нейрорафію 23 хворим. На основі анкет з шкалою Bishop (B), проаналізовано ступінь регресу болю, динаміку змін рухових та чутливих розладів у верхній кінцівці до операції та на момент дослідження.

Результати. До операції больовий синдром мав місце у 100% випадків. На момент дослідження нічні болі відчували 16,6% пацієнтів, денні болі – 25%, у 58,4% - болі відсутні. До операції чутливі розлади відмічені в усіх спостереженнях (анестезія у 33,3% пацієнтів, виражена гіпестезія – 50%, помірна гіпестезія – 16,7% досліджуваних). Після операції чутливі розлади збережені, але в жодному випадку не відмічена анестезія (виражена гіпестезія – у 58,3%, помірна – 25% та легка – 16,7%). Процес відновлення чутливості краще в ПН ніж в ЛН та СН. До оперативного втручання у всіх хворих була плегія у відповідних м'язах, які іннервує пошкоджений нерв. Після операції сила у м'язах, при дослідженні, на нормальному рівні відмічена у 27%, помірно знижена у 16,2%, значно знижена – 56,8% постраждалих. Відновлення сили краще було в м'язах які іннервує ПН. За шкалою В у середньому $7,286 \pm 2,58$. Найкращі показники В отримано в результаті оперативного лікування СН $8,5 \pm 3,05$ та ПН $8,33 \pm 2,49$, гірші - ЛН $6,5 \pm 3,43$. При кореляційному аналізі показника В та часу від травми до операції отримано дані за наявність середнього зворотнього кореляційного зв'язку (-0,4), залежність показника В від віку - слабкий зворотній кореляційний зв'язок (-0,14).

Висновки. Нейрорафія є ефективним методом оперативного лікування, який знижує біль, покращує м'язову силу та чутливість. Найкраще відновлення м'язової сили та чутливості - в зоні іннервації ПН, в меншому обсязі у СН та ЛН. Якість результатів нейрорафії залежить від тривалості від травми до операції та віку хворих.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ВАЖКІЙ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ

Лещук І.В., Світлична К.В.

Науковий керівник: к.мед.н. Свірено П.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №2

Актуальність: Ураження печінки (УП) при поєднаній травмі – найбільш небезпечні серед закритих травм органів черевної порожнини (ЧП).

Мета: оцінка результатів лікування УП у хворих з важкою поєднаною травмою (ВПТ).

Матеріали й методи: Надано аналіз лікування 80 хворих з ВПТ. У 60 (75%) діагностовано закриту травму ЧП, у 20 (25%) - відкрите УП. Важкість УП класифіковано за шкалою військово-польової хірургії УП.

Результати: У 64 (80%) хворих УП поєднувалися з травмою нирок, селезінки – у 16 (20%). Поверхневі УП I ст. діагностовано у 53 (66,25%) хворих, глибокі - II-III ст. - у 27 (33,75%). У 37 (46,25%) розриви печінки були множинними. Тривалі внутрішньочеревні кровотечі - у 75 (93,75%) випадках. Об'єм хірургічної обробки (ХО) рани залежав від ступеня УП, важкості крововтрати та стану постраждалого. При поверхневих УП (I ст.) обробку проводили за допомогою електрокоагуляції. УП II ст. з кровотечею ушивали на всю глибину гемостатичними П-подібними швами з матеріалу, що розсмоктується, тампонували пасмом великого сальника на ніжці.

При глибоких (наскрізних) УП економно висікали рановий канал, тампонували пасмом великого сальника на ніжці. За значних УП на діафрагмальній поверхні проводили передню гепатопексію; на дорзальній поверхні – задню гепатопексію. За УП III ст. виконали атипovu резекцію печінки у 5 (6,25%) хворих. За УП III-IV ст. виконували декомпресію жовчних шляхів - холецистостома або холедохостома. За наявності коагулопатичної кровотечі виконували туго тампонаду, лікування проводилось за принципом багатоетапного хірургічного лікування.

Висновки:

1. Об'єм ХО поранень печінки залежить від ступеня її ураження й важкості стану хворого.
2. У надзвичайно важких хворих необхідно застосовувати тактику багатоетапного хірургічного лікування.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ ДЛЯ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Луцик С., Тетюра Д.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Сауляк С.В.

Сумський державний університет, кафедра ортопедії та травматології

Актуальність: місцеві методи знеболення займають провідні позиції у світовій анестезіологічній практиці. В умовах виникнення економічної кризи в Україні, враховуючи дорогий вартісний сучасні інгаляційні препарати для загальної анестезії, неможливість забезпечення достатньої безпеки пацієнта під час знеболювання, відсутність моніторингу апаратів для ЕТН, все більшу популярність набувають використання регіонарних методів знеболювання.

Мета дослідження: порівняти ефективність та безпеку використання оригінального анестетика та дженерика для проведення епідуральної анестезії.

Матеріали для дослідження: опрацювання літературних джерел по даній тематиці.

Результати: єдиний препарат для спінальної анестезії, в ефективності й безпеці якого можна бути впевненим - це оригінальний бупівакаїн (Маркаїн Спінал Хеві). Він створений лідером в анестезіології - компанією AstraZeneca і виробляється з оригінальної сировини з повним циклом виробництва в Європі, тобто відповідає європейським стандартам якості. В Україні застосовують гіпербаричний розчин бупівакаїну (Лонгокаїн, Юрія Фарм). Клінічна ефективність і безпечність доведена безпосередньо на Маркаїн Спінал Хеві, в той час як вітчизняний дженерик не має терапевтичної біоеквівалентності з Маркаїном. При показниках біоеквівалентності нище 100% препарат може бути неефективним, а при підвищенні – зросте кількість побічних ефектів. Тому Лонгокаїн не може гарантувати такий же високий профіль ефективності та відсутність побічних ефектів як Маркаїн.

Висновок: Маркаїн Спінал Хеві має більш високий ступінь ефективності знеболення, повністю прогнозовану швидкість настання анестезії, краще переноситься пацієнтами в порівнянні з вітчизняним дженериком Лонгокаїном.

ВИБІР ОПТИМАЛЬНОЇ МЕТОДИКИ ЗНЕБОЛЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З МЕТОЮ УНИКНЕННЯ ІМУНОСУПРЕСІЇ

Луцик С., Литвиненко Д.

Науковий керівник: к.мед.н. Сауляк С.В.

Сумський державний університет, кафедра ортопедії та травматології

Актуальність. Кожного року в розвинутих країнах збільшується відсоток населення похилого віку і кількість онкохворих. Основна причина їх смерті – рецидив пухлини та метастази після видалення первинної пухлини. Для знищення організмом ракових клітин необхідна адекватна імунна відповідь, особливо Т-хелперів 1 типу (Тх1), цитотоксичних Т-