

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

## ПРО НЕОБХІДНІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ТА МОДЕРНІЗАЦІЇ ТАБЕЛЬНИХ ЗАСОБІВ ТРАНСПОРТНОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ

*Шкатула Ю.В., Бадіон Ю.О., аспірант  
СумДУ, медичний інститут*

Імобілізація, що забезпечує нерухомість травмованих сегментів опорно-рухового апарату і спокій пошкодженій ділянці тіла є одним з найефективніших протишокових заходів на догоспітальному етапі та під час транспортування. «Не испытав, нельзя поверить, как благотворно действует совершенная неподвижность поврежденной части на травматическую боль», писав М.І.Пирогов.

Транспортна імобілізація сприяє зменшенню больової імпульсації і спрямована на попередження додаткової травматизації тканин, зменшує ризик можливої первинної та вторинної кровотечі та імовірність порушення кровообігу в ушкодженій частині тіла, запобігає вторинному зміщенню уламків та переходу закритого перелому у відкритий.

Традиційно та звично, що медичні працівники усього пострадянського простору, які задіяні у процесі надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі у більшості випадків користуються модифікованою шиною Крамера, яка з'явилася у 1887 році і шиною запропонованою російським хірургом М.М. Дітеріхсом у 1923 році і удосконаленою у 1934 році.

Немає жодного сумніву у функціональності та простоті використання цих табельних засобів транспортної імобілізації, але час вносить свої корективи. Поява нових матеріалів, розвиток технологій, разом із збільшенням кількості високоенергетичних ушкоджень, ставить нас перед необхідністю удосконалення засобів для імобілізації.

У європейських країнах до табельного оснащення служб, що надають догоспітальну медичну допомогу входить великий асортимент пластикових та пневматичних шин для транспортної фіксації кінцівок, дошки типу „Spineboard“, вакуумні матраци, термозахистні ковдри, то що. Для досягнення повної імобілізації у ділянках голова-шия-тулуб застосовуються спеціальні корсети (Kendrick Extrication Device), SED (Spenser Extrication Device). У нас вони з'являються у вигляді гуманітарної допомоги у кількості, що не задовольняє існуючі потреби.

Звичайно, різниця матеріально-технічного оснащення зумовлена різним рівнем забезпечення, але на сьогодні удосконалення та модернізація табельних засобів імобілізації має бути одним з пріоритетних напрямків реформування системи надання екстреної медичної допомоги.

## ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЗА ДИТИНУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ПСИХО-ЕМОЦІЙНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ В НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

*Шкільна О.О.*

*Т.В.Супрунова (к.мед.н., доцент)*

*Кафедра акушерства та гінекології №2*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

**Актуальність.** Накопичені в літературі дані свідчать про те, що поведінка матері під час вагітності, її емоційні стреси служать причиною виникнення різних форм дитячої патології (неврози, тривожні стани, тощо), відставання в розумовому розвитку та інших патологічних станів.

**Метою** нашого дослідження було вивчення впливу тривожності за дитину під час вагітності на психо-емоційний розвиток дитини в неонатальному періоді.

**Матеріали і методи** У дослідженні взяли участь 35 пар «мати-дитина». Вік жінок - від 19 до 32 років (середній вік - 23,5±3,1 років). В терміні вагітності від 30 до 40 тижнів вони за добровільною згодою проходили психологічне обстеження в умовах відділення патології вагітних або в жіночій консультації пологового будинку № 2 м. Вінниці. Застосовувалася

методика І.В. Добрякова «Тест відносин вагітної» на виявлення особливостей психологічного ставлення вагітної до майбутньої дитини.

**Результати.** Пологи у всіх жінок пройшли на 38-40 тижнях вагітності. Діти були оглянуті після народження на 4-5 добу, потім у віці одного місяця. Після народження оцінювалося соматичний стан та неврологічний статус за профілем пригнічення-роздратування. У першу групу увійшли жінки, відповіді яких відповідали тривожного типу: «Я постійно прислухаюся до рухів майбутньої дитини, без вагомих на те підстав, турбуюся про стан його здоров'я». Дану відповідь обрали 15 жінок, які увійшли у першу (основну) групу, яку ми визначили як групу «тривожних» матерів. Другу групу (порівняння) склали 20 жінок, відповіді яких відповідали оптимальному типу відношення до вагітності.

**Висновки.** Тривожні переживання вагітної жінки істотно впливають на розвиток дитини перших місяців життя. Діти матерів з високим рівнем тривоги характеризуються в неонатальному періоді тенденцією до пригнічення центральної нервової системи, емоційною нестійкістю, порушенням якості сну, мають більш низькі бали при оцінці психомоторного розвитку. У цих дітей відмічається порушення комунікативних функцій у вигляді неповноцінного «комплексу пожвавлення».

## ОЦІНКА СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ДИСПЛАЗІЇ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ

*Язиков О.В., Леонов В.В., Андрющенко В.В., Лукавенко І.М.*

*Сумський Державний університет, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології.*

**Актуальність.** На сьогодні якість життя є визначальним фактором оцінки ефективності хірургічного втручання. Поряд з тим, що молочна залоза є важливим функціональним органом молодої жінки, вона також є і засобом її самоствердження, важливим елементом жіночої краси і привабливості. Отже хірургічні втручання, які проводяться з приводу захворювань молочних залоз впливають не тільки на соматичний статус жінки, а і на її психологічний стан через естетичне задоволення виглядом грудей після операції.

**Мета:** оцінити задоволеність естетичним станом молочних залоз пацієнток, оперованих з приводу доброякісних захворювань молочних залоз.

**Матеріали і методи дослідження.** Досліджено результати анкетування 106 жінок, віком від 17 до 63 років (середній вік  $35,8 \pm 2,0$ р.) з 2008 по 2013рр. Жінкам виконані авторські хірургічні втручання залежно від нозологічної форми захворювання та віку – 46 молодим пацієнткам з фіброаденомами виконані малоінвазивні операції (Пат. 84896 Україна «Спосіб профілактики лактаційної дисфункції в хірургічному лікуванні доброякісних новоутворень молочної залози»). Пацієнткам з фіброаденомами старше 35 років, а також з локальною кістозною трансформацією і протоковими папіломами молочних залоз виконано резекцію залози з мастопексією (Пат. 83922 Україна «Спосіб оперативного лікування доброякісних захворювань протокової системи молочної залози»). Подібні втручання виконані 41 хворій. 8 пацієнткам виконано резекцію молочних залоз з пластикою за Mc Kisson і L. Benelli. 11 Пацієнткам з тотальним полікістозним ураженням виконано підшкірну мастектомію з ендопротезуванням силіконовими імплантатами (Пат. 83954 Україна «Спосіб підшкірної мастектомії з одномоментним субмускулярним ендопротезуванням молочних залоз силіконовими імплантатами»). Аналіз естетичного задоволення виглядом молочних залоз проводили за допомогою опитувальника Breast Evaluation Questionnaire (BEQ) до операції, через 3 та 12 місяців після втручання.

**Результати дослідження.** Через 3 місяці після операції переважна більшість жінок була не задоволена естетичним результатом операції, що позначилось в зниженні показників оцінювання – рівень задоволеності властивостями грудей знизився з 3,53 балів до 3,31; рівень самооцінки – з 3,58 до 3,43 балів, важливість зовнішнього вигляду – з 3,54 до 3,18 балів ( $p < 0,01$ ). Через 12 місяців після проведеного хірургічного лікування жінки були задоволені