

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 закрити 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.