

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених

та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

хворого, розроблявся індивідуальний план реабілітаційних заходів та здійснювався динамічний нагляд.

Отримані результати. Розробку рухів за допомогою ПАРР проводили за наступною методикою: 1-й день після зняття іммобілізації, відповідного обстеження проводили розробку рухів – 3 рази по 10-15 хвилин при мінімальній швидкості розробки рухів і куті згинання–розгинання у суглобі (-ах) від 5 до 15°; 2-й день – 3 рази по 30 хвилин при мінімальній швидкості і об'ємі рухів у суглобах від 10 до 35°; 3-й день - 3 рази по 40-50 хвилин при мінімальній швидкості і об'ємі рухів в суглобах від 25 до 45°; в наступні дні збільшували кратність (до 6 раз на добу), тривалість (до 2-х годин за один сеанс) та швидкість розробки, а об'єм рухів доводили до 70-90° (залежно від особливостей основного захворювання і інтенсивності проявів больового синдрому).

При виготовленні ПАРР дотримані наступні умови: повна відповідність Законодавству України, стосовно пристроїв медичного призначення (безпека А); дешевизна (вартість ПАРР мінімум в 3-4 рази менше імпорتنих аналогів!); можливість зміни і плавного регулювання швидкості розробки рухів, і кута згинання-розгинання; можливість регулювання довжини ложементів залежно від антропометричних даних пацієнта, що дозволяє використовувати ПАРР як у дорослих, так і у дітей старше 5 років.

При порівнянні результатів 2 груп маємо констатувати, що СРМ-терапія з використанням відчизняних апаратів ПАРР в комплексному відновному лікуванні хворих з патологією колінного та кульшового суглобів у післяопераційному періоді, достовірно призводить до скорочення термінів реабілітації на 31%, збільшення об'єму рухів у порівнянні з контрольною групою, при значному зменшенні больового міотонічного та нейротрофічного синдромів. При цьому у хворих відмічено позитивний психологічний настрій і бажання «працювати» на ПАРР на протязі тривалого часу (від 2-х до 8 годин на добу!).

Висновок. Доведена доцільність та висока ефективність використання розробленого вітчизняного пристрою для автоматичної розробки рухів у комплексному відновному лікуванні хворих з патологією колінного і кульшового суглоба, що дозволяє рекомендувати його до широкого клінічного використання в ортопедо-травматологічних відділеннях, реабілітаційних центрах та санаторіях відповідного профілю.

Лапшин Д.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ШКАЛ ISS, ВПХ-П (МТ), АРАСНЕ-П і ВПХ-СП, ВИКОРИСТОВУВАНИХ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК

Харківський національний медичний університет,

Кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології.

м. Харків. Україна

Науковий керівник Березка М.І.

Оцінка тяжкості ушкоджень і стану постраждалих має першорядне значення при виборі методів лікування і їх ефективності в процесі лікування, а також при епідеміологічному вивченні цієї проблеми й відповідних наукових дослідженнях. Важливою також є можливість прогнозування частоти розвитку інфекційних ускладнень і результату травми. У зв'язку з цим за допомогою методів математичної

статистики нами були проаналізовані дані щодо тяжкості травми й стану в постраждалих із політравмою. До пропорційної вибірки потрапили 226 пацієнтів (160 чоловіків та 66 жінок) із поєднаною травмою, що перебували на лікуванні у травматологічному відділенні та відділенні політравми КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної допомоги та медицини катастроф» (м. Харків) в 2012-2015 рр.

Найчастіше переломи довгих кісток були поєднані з ЧМТ (28,3%), досить часто також зустрічалися множинні кістякові травми (18,1%) та кістякові травми, поєднані з торакальними та ЧМТ (11,9%).

Порівняння шкали ISS зі шкалою ВПХ-П (МТ) виявило, що 65 постраждалих (28,8% від загальної кількості), які були віднесені до першої групи по шкалі ISS, також були віднесені до першої групи й по шкалі ВПХ-П (МТ). 79 постраждалих (35,0% від загальної кількості), які були віднесені до другої групи по шкалі ISS, також були віднесені до другої групи й по шкалі ВПХ-П (МТ). 1 постраждалий (0,4% від загальної кількості), який був віднесений до третьої групи по шкалі ISS, також був віднесений до третьої групи й по шкалі ВПХ-П (МТ). Таким чином, при порівнянні 2-х шкал між собою, оцінки тяжкості травми по шкалі ISS і оцінки тяжкості травми по шкалі ВПХ-П (МТ) в 145 (64,2%) постраждалих збіглися по обом шкалам. Це підтверджується при статистичному аналізі критерієм χ^2 Пірсона - 270,4852 і коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена - 0,72069.

Порівняння шкали ISS зі шкалою АРАСНЕ-П виявило, що 88 постраждалих (38,9% від загальної кількості), які були віднесені до першої групи по шкалі ISS, також були віднесені до першої групи й по шкалі АРАСНЕ-П. 54 постраждалих (23,9% від загальної кількості), які були віднесені до другої групи по шкалі ISS, також були віднесені до другої групи й по шкалі АРАСНЕ-П. 17 постраждалих (7,5% від загальної кількості), які були віднесені до третьої групи по шкалі ISS, також були віднесені до третьої групи й по шкалі АРАСНЕ-П. Таким чином, при порівнянні 2-х методів між собою, оцінки тяжкості травми по шкалі ISS і оцінки тяжкості стану по шкалі АРАСНЕ-П в 159 (70,4%) постраждалих збіглися по обом шкалам. Це підтверджується при статистичному аналізі з досить високим критерієм χ^2 Пірсона - 316,5855 і коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена - 0,707084.

Порівняння шкали ISS зі шкалою ВПХ-СП виявило, що 73 постраждалих (32,3% від загальної кількості), які були віднесені до першої групи по шкалі ISS, також були віднесені до першої групи й по шкалі ВПХ-СП. 76 постраждалих (33,6% від загальної кількості), які були віднесені до другої групи по шкалі ISS, також були віднесені до другої групи й по шкалі ВПХ-СП. 15 постраждалих (6,6% від загальної кількості), які були віднесені до третьої групи по шкалі ISS, також були віднесені до третьої групи й по шкалі ВПХ-СП. Таким чином, при порівнянні 2-х шкал між собою, оцінки тяжкості травми по шкалі ISS і оцінки тяжкості стану постраждалих по шкалі ВПХ-СП в 164 (72,6%) постраждалих збіглися по обом шкалам. Це підтверджується при статистичному аналізі критерієм χ^2 Пірсона - 237,304 і коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена - 0,648812.

Статистичний аналіз засвідчив, що при проведенні порівняльної оцінки шкал найбільша ефективність при прогнозуванні результату в постраждалих із політравмою виявлена в шкалі ISS. При цьому чутливість шкали склала 0,92, специфічність - 0,89, вірне прогнозування результату - 93%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОЧНЫХ ОРТОКЕРАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	180
Кербаж Н.Р., Чікін А.В.	181
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПОЗАОРГАННИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ТАЗОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ З ІНВАЗІЄЮ СУДИН.....	181
Китченко С.С., Бабаева А. Р., Бердикова Ю.О., Бережная А. В., Бережной Б.Ю.....	182
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ.....	182
Козырев С. А.....	183
РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕДНЕГО МЕЖТЕЛОВГО СПОНДИЛОДЕЗА ДИНАМИЗИРУЮЩИМИ ГИБРИДНЫМИ УСТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.....	183
Королькова А.О, Тиханський Д. С.....	184
МЕТОД БЕЗПЕРЕРВНОГО ПАСИВНОГО РУХУ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ КУЛЬШОВИХ ТА КОЛІННИХ СУГЛОБІВ.....	184
Лапшин Д.В.	185
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ШКАЛ ISS, ВПХ-П (МТ), АРАСНЕ-П і ВПХ-СП, ВИКОРИСТОВУВАНИХ ПРИ ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК	185
Лень М. В.	187
АСПЕКТИ ІМУНОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЇ МІАСТЕНІЇ	187
Лепеха І.В.....	188
РОЛЬ АД'ЮВАНТНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ТИМОМ	188
Литвищенко А.В., Храмова Т.А., Гончарь Е.Н.....	188
ЧАСТОТА КИСТООБРАЗОВАНИЯ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИНТЕРМЕДИАРНЫХ УВЕИТОВ	188
Д.Е.Лопатенко	189
ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ШОПНЕВМОТОРАКС	189
Матасов А.О., Фадеев П.В.....	190
ТРАНСКАТЕТЕРНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ СЕРДЕЧНОГО КЛАПАНА КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА СЕРДЦА	190
Мещанина Д.Р.	191
ВИЗНАЧЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУЗ СОМАТО – НЕВРОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ.....	191
Митрофанюк В. А., Антонова М.С.....	192
АЛОПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНИХ КИЛ.....	192
Мясоедов К.В.....	193
ЗНАЧЕНИЕ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДИСТОГО РУСЛА.....	193
Пажин С.А., Шадрин В.С., Талахан А.А., Татьяна Л.С., Кулакова Е.А., Колотилев А.В., Хасани А., Осокин А.Э.....	193
ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С УЧЕТОМ ФОРМ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	193
Прищенко Д.С.	194
ОЦЕНКА БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ, ИСПОЛЬЗОВАВШИХ СРЕДСТВА РАЗГРУЗКИ КОНЕЧНОСТИ	194
Робак В.І., Курбатов В.О., Бурсак А.Г.....	195
ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ.....	195
Савченко Е.И.....	196
ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ СИЛИКОН-ГИДРОГЕЛЕВЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ	196
Самофалова М.Н., Фрянцева М.В., Арустамова Г.С., Кочергина А.И., Петренко О.В.	197