

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА
НА СУЧАСНОМУ ІСТОРИЧНОМУ ЕТАПІ»**

30 квітня – 1 травня 2021 р.

Київ
2021

НАПРЯМ 1. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОЇ ТЕОРІЇ

Гарячий Є. В., кандидат медичних наук,
асистент кафедри екстреної
та невідкладної медичної допомоги,
ортопедії та травматології

Приймова В. О., студентка V курсу II медичного факультету
*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ «ХЛИСТОВІЙ» ТРАВМІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА НА МІСЦІ ПОДІЇ

Травми шийного відділу хребта займають провідне місце серед загальної кількості травм хребта і елементів спинномозкового каналу, і складають близько 60-80% випадків всіх травм. Їх число зростає з кожним роком, що пов'язано із швидким розвитком та урбанізацією промисловості, збільшенням кількості транспортних засобів і, відповідно, кількістю дорожньо-транспортних пригод.

Однією з найпоширеніших травм шийного відділу хребта є «хлистова» травма, під час якої ушкодження ший відбувається внаслідок її форсованого різкого розгинання з подальшим різким згинанням або, навпаки, різкого згинання з наступним розгинанням [1].

Патолофізіологія цієї травми визначається перерозтягненням або компресією структур опорних комплексів шийного відділу хребта, а саме передньої поздовжньої зв'язки, м'язів, міжхребцевих дисків, зв'язок, суглобів, тощо.

Найчастіше причиною є ДТП, внаслідок сильного гальмування авто, або удару автомобіля ззаду. Це викликає двоетапний «хлистовий» рух шийного відділу хребта, що й призводить до вказаних ушкоджень.

Небезпечність цієї травми полягає у тому, що при ушкодженні цих структур відбувається подразнення або пошкодження спинного мозку та його корінців [3, 4].

В Україні щорічно реєструється близько 3000 постраждалих з цим ушкодженням, що становить близько 29,8% від загальної кількості травм шийного відділу хребта. 87% постраждалих з «хлистовою» травмою шийного відділу хребта на момент травми були працездатними, після травми до 85% з них повністю або частково її втрачають або стають інвалідами.

Ці показники, в цілому, негативно відображаються на економічному становищі країни, адже трудовий потенціал країни знижується, кількість платників податків зменшується, чисельність людей з обмеженням зростає [1, 2, 4].

Метою дослідження стало вивчення та аналіз ключових моментів надання невідкладної медичної допомоги постраждалим з «хлистовою» травмою шийного відділу хребта на місці події.

Невідкладна догоспітальна допомога при підозрі на «хлистову» травму полягає в іммобілізації шийного відділу хребта за допомогою підручних засобів, при цьому голова не повинна тиснути своєю вагою на шию. Алгоритм дій полягає у наступному.

Для запобігання обтяження травми шийного відділу хребта необхідно забезпечити незмінне положення голови та шиї. Також необхідно мінімізувати додаткову травматизацію при наступних переміщеннях та транспортуванні постраждалого. При будь-якому переміщенні необхідно використовувати прийом «Скандинавський міст», який полягає у наступному. Для його виконання потрібно залучити не менше 3-х осіб – перший учасник захоплює постраждалого під пахвами, голова постраждалого розташовується на його передпліччях; другий учасник підкладає руки під поперек та таз постраждалого; третій учасник розміщує гомілки та стопи постраждалого на своїх передпліччях. Основне завдання цього прийому – голову, тулуб та кінцівки постраждалого перенести в одній площині.

Щоб безпечно витягти постраждалого з транспортного засобу слід використовувати прийом Раутека 2. Для цього постраждалого через пахові западини потрібно захопити за передпліччя однією рукою. При цьому другою рукою необхідно взяти його за

нижню щелепу і зафіксувати голову. Після міцної фіксації перекласти постраждалого собі на груди і витягнути його з автомобіля, утримуючи хватом під пахви. Цей спосіб дозволяє мінімізувати додаткову травматизацію хребта [4, 5].

Після того, як постраждалого витягли з автомобіля, його слід покласти на спину на жорстку горизонтальну поверхню і очікувати прибуття бригади «швидкої допомоги». Для іммобілізації шиї необхідно зробити імпровізований комір Шанцу з підручних засобів, наприклад, з газети або зошита. Для цього вимірюємо відстань від нижньої щелепи до ключиці постраждалого, газету (зошит) складаємо відповідно до цієї відстані – це і буде каркас коміру. Після цього обертаємо каркас кофтою чи футболкою та накладаємо комір на шию постраждалого, не туго фіксуємо кінці кофти чи футболки, щоб комір тримався навколо шиї але не тиснув на неї. Якщо під рукою не виявилось паперу, з светру або кофти формуємо валик, ширина якого відповідає відстані від підборіддя до ключиці постраждалого та не туго фіксуємо валик навколо шиї до прибуття «швидкої допомоги».

При неможливості виконати іммобілізацію шийного відділу хребта підручними засобами, необхідно свої великі пальці зафіксувати на потилиці постраждалого, вказівні на кутах верхньої щелепи, середні відповідно на кутах нижньої щелепи і утримувати голову в такому положенні до прибуття бригади «швидкої допомоги» [3]. При відсутності у постраждалого свідомості необхідно укласти його на бік, щоб запобігти западанню язика та потрапляння блювотних мас і крові в дихальні шляхи.

Якщо місце події знаходиться недалеко від населеного пункту, не рекомендується відправляти постраждалого попутним автомобілем до найближчого медичного закладу. При порушенні правил транспортної іммобілізації стабільне неускладнене пошкодження може перейти у нестабільне ускладнене, що у свою чергу може викликати вторинне пошкодження спинного мозку та елементів спино-мозкового каналу [1, 2].

Для збереження життя постраждалого важлива не стільки швидкість транспортування, скільки правильність надання допомоги на місці події і на самому етапі транспортування. Кожен повинен розуміти важливість цього етапу, адже від

правильності виконання алгоритму дій залежить кількість та тяжкість ускладнень. Доцільніше дочекатися прибуття бригади «швидкої допомоги», під час очікування не переміщати постраждалого, не допустити погіршення його стану через неправильне вилучення з транспортного засобу, забезпечити його нерухомість.

Отже, ключовими моментами надання невідкладної медичної допомоги постраждалим з «хлистовою» травмою шийного відділу хребта на місці події є обов'язкове використання прийомів «Скандинавський міст», Раутека 2 з накладанням імпровізованого комірця Шанцу, оскільки дані маніпуляції дозволяють перекласти постраждалого на рівну жорстку поверхню без додаткової травматизації з попередженням розвитку можливих ускладнень.

При неможливості виконати іммобілізацію шийного відділу хребта подручними засобами необхідно застосувати іммобілізацію голови та шиї постраждалого за допомогою своїх кистей, описану вище. Перевага цього методу полягає у тому, що для виконання цього прийому не потрібні додаткові засоби, це дозволить швидше виконати іммобілізацію та забезпечити нерухомість шийного відділу хребта.

Порушення або нехтування принципами транспортної іммобілізації при «хлистовій» травмі шийного відділу хребта може призвести до вторинного ушкодження травмованої ділянки хребта та перехід стабільної неускладненої травми у нестабільну ускладнену.

Література:

1. Перша медична допомога при травмах і нещасних випадках: Підручник/ Марченко Д.В, Ростов-на-Дону: Фенікс, 2009. С. 161–162; С. 182–190.
2. Chardbunchachai W, Suppachutikul A, Santikarn C. Development of service system for injury patients by utilizing data from the trauma registry/ Khon Kaen, Office of Research and Textbook Project, Khon Kaen Hospital, 2002. P. 220–225.
3. Методика надання першої допомоги при підозрі на «хлистову травму» шиї в ДТП: Методичні вказівки/ Євстаф'єва С.А. – Київ, 2017. – С. 1–6.

4. Надання першої медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях: Навчальні посібник/Шаховець В.В., Виноградов А.В – Херсон, 2014. – С. 35–56.

Городецький О. Т., аспірант кафедри патологічної фізіології

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*

АКТИВНІСТЬ КАТАЛАЗИ В ТКАНИНАХ ПАРОДОНТА В ДИНАМІЦІ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ ТА АДРЕНАЛІНОВОГО ПОШКОДЖЕННЯ МІОКАРДА

Вступ. Коморбідна патологія, зокрема серцево-судинні та хвороби пародонта є на сьогодні найбільш розповсюдженими. Ці патології несуть ряд ускладнень та навіть смертність. Нині до кінця є не вивченим патологія їх розвитку. Власне це стосується ролі процесів ліпопероксидації і антиоксидантного захисту.

Мета. Тому метою нашого дослідження було з'ясувати особливості змін активності каталази (КТ) в тканинах пародонта в динаміці формуванні експериментального пародонтиту (ЕП) та адреналінового пошкодження міокарда (АПМ).

Матеріали та методи дослідження. Досліди проведено на 45 нелінійних білих щурах-самцях масою тіла 0,17–0,21 кг, яких поділили на п'ять груп (9 тварин у кожній). Перша – контрольна, друга, третя, четверта і п'ята – групи тварин з експериментальним пародонтитом та адреналіновим пошкодженням міокарда відповідно на 1-у, 7-у, 10-у і 17-у доби експерименту. Відтворювали модель експериментального генералізованого пародонтиту за методом Сукманського О. І., Макаренка О. А. шляхом модифікованої дієти для щурів м'якої консистенції з високим вмістом вуглеводів [1]. Вміст КТ визначали за методом Holmes R. [2]. Гостре адреналінове ушкодження міокарда моделювали шляхом одноразового внутрішньоочеревинного введення 0,18 % адреналіну гідротартрату («Дарниця», Україна)