

Лечебная лапаротомия осуществлена у 47,4% пациентов и лечебная минилапароскопия, при наличии асептического панкреонекроза - у 31,6%. 3. Диагностическая ценность минилапароскопии 100%, уменьшена травматичность, отсутствовали осложнения, высокий косметический эффект.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ДИСТАЛЬНОГО МІЖГОМІЛКОВОГО СИНДЕСМОЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КІСТОЧОК

Криворучко Є.А., Кожем'яка М.О.

Науковий керівник: проф. Головаха М.Л.

Запорізький державний медичний університет,

Кафедра травматології та ортопедії

Мета дослідження: поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з пошкодженням дистального міжгомількового синдесмозу при переломах кісточок шляхом експериментального і клінічного обґрунтування нової методики оперативного лікування. Матеріали і методи: Нами були вивчені найближчі результати хірургічного лікування хворих з переломами кісточок типу В (за класифікацією АО) у 44 хворих, що знаходилися на лікуванні у травматологічному відділенні КУ "ЗОКЛ" ЗОР у період з 2013 по 2014. В основній групі у 20 пацієнтів проводилося хірургічне лікування переломів кісточок з пошкодженням міжгомількового синдесмозу: відкрита репозиція перелому зовнішньої кісточки з послідуною фіксацією преформованою фігурною накістковою пластиною з поліаксiальною стабільністю гвинтів оригінальної конструкції і 3,5мм блокованими гвинтами. На рівні 2см над дистальною суглобовою поверхнею великогомілкової кістки, через спеціальні отвори в пластині формували кістковий канал через всі кортикальні шари малоомілкової і великогомілкової кістки в напрямку ззаду наперед під кутом 300 паралельно дистальній суглобовій поверхні великогомілкової кістки. Плетену синтетичну нитку, №5 (Fiber Wire® Arthrex) проводили двічі через отвори в овальній металевій пластинці. В контрольній групі у 24 хворих проводили операцію при аналогічному характері перелому за методикою АО. Виконували відкриту репозицію перелому зовнішньої кісточки з наступною фіксацією 1/3 трубчатою накістковою конвенційною пластиною і 3,5мм гвинтами. На рівні 2см над міжгомільковим синдесмозом через отвори в 1/3 трубчатій пластині вводили позиційний 4,5 мм гвинт через три кортикальних шари в напрямку ззаду наперед під кутом 25-300 паралельно дистальній суглобовій поверхні великогомілкової кістки. Результати: Оцінку результатів проводили через 3, 6 і 12 міс. з моменту операції за шкалою AOFAS з максимальним значенням 100 та оцінювали рейтинг вдовolenості пацієнтів через 1 рік після операції. Результати виявились кращими в основній групі (фіксація гвинтом: відмінно 27,8%, добре 38,9%, задовільно 22,20%, погано 11,10%; фіксація напруженою петлею: відмінно 38,9%, добре 50%, задовільно 11,10%). Висновки: Запропонований метод застосування напруженої петлі в комбінації з оригінальною пластиною з кутовою стабільністю гвинтів для лікування даних переломів дозволяє проводити анатомічну репозицію і стабільну фіксацію пошкоджених структур, забезпечує можливість раннього відновного лікування, мінімізує можливість втрати репозиції, міграції і перелому фіксаторів, не потребує проведення додаткового етапного хірургічного лікування, являється більш економічно ефективним в зв'язку зі скороченням строків непрацездатності.

ФАКТОРЫ РИСКА ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИНФАРКТА МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кузнецов А.А., Безуглая М.В.

Научный руководитель: проф. Козелкин А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

Мозговой ишемический супратенториальный инсульт (МИСИ), сопровождающийся вторичным интраишемическим кровоизлиянием, является особенно трудным для диагностики и лечения видом инсульта. Целью исследования явилась оптимизация диагностических мероприятий у больных в острейшем периоде МИСИ на основании определения факторов риска геморрагической трансформации инфаркта мозга. Материал и методы исследования. В клинике нервных болезней ЗГМУ проведено комплексное клинично-инструментальное исследование 116 пациентов (50 мужчин и 66 женщин, средний возраст лет) в остром периоде МИСИ. Диагноз МИСИ устанавливался на основании клинично-компьютерно-томографических критериев. Первую группу составили 46 больных, у которых течение острого периода МИСИ сопровождалось развитием геморрагической трансформации инфаркта мозга (ГТИМ), вторую группу – 70 пациентов с МИСИ без ГТИМ. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и латерализации очага поражения. Результаты и их обсуждение. Структура коморбидных заболеваний в исследуемых группах была представлена следующим образом (1-я группа/2-я группа): постоянная форма фибрилляции предсердий (ПФФП) – 34,8%/44,2%, сахарный диабет (СД) 2 типа – 17,4%/25,7%, сочетание ПФФП и СД 2 типа – 21,7%/2,85%. Установлено, что сочетание ПФФП и СД 2 типа выступает комбинированным фактором риска ГТИМ супратенториальной локализации (RR=2,41, 95% CI 1,67-3,47, p<0,001; OR=9,44, 95% CI 1,96-45,44, p<0,01). Выводы. Сочетание ПФФП и СД 2 типа ассоциировано с повышенным риском ГТИМ в остром периоде заболевания, что необходимо учитывать при

индивидуальной оценке соотношения риск/польза от применения тромболитической и антикоагулянтной терапии у данного контингента больных.

ОСОБЛИВОСТІ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МІОКАРДА У ЛЕГКОАТЛЕТІВ-СПРИНТЕРІВ РІЗНОЇ СПОРТИВНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ ТА СТАТІ

Кузнецов Б.А., Михалюк Є.Л., Малахова С.М., Черепок О.О.

Наукові керівники: проф. Михалюк Є.Л., к.мед.н. Малахова С.М., к.мед.н. Черепок О.О.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я

Мета роботи – вивчення біоелектричної активності міокарда у представників легкої атлетики, бігунів на дистанції 100-200 м обох статей, які розрізняються за спортивною кваліфікацією. Матеріали та методи. Проаналізовано 122 електрокардіограми в 12-ти відведеннях у 51 жінки і 71 чоловіка, кваліфікації від III-го розряду до ЗМС, які спеціалізуються в бігу на дистанції 100-200 м. Результати дослідження. У легкоатлеток-спринтерів високого класу в порівнянні з бігунями II-III розряду в 3,6 разів рідше зустрічається дихальна аритмія, в 3,5 рази частіше зустрічається брадикардія, в 1,5 рази більше осіб із змінами на ЕКГ (НБПНПГ частіше в 3,3 рази, СРРШ рідше в 2 рази). У чоловіків-спринтерів високого класу в порівнянні з бігунами II-III розряду в 4 рази рідше зустрічалася дихальна аритмія, майже в 2 рази частіше брадикардія, кількість спортсменів без відхилень на ЕКГ знаходилось в межах 54,2-56,5% відповідно в обох групах. Висновки. Нами вперше за останні роки представлені дані стану біоелектричної активності міокарда у легкоатлетів обох статей, які спеціалізуються в бігу на дистанції 100-200 м, кваліфікації від III-го розряду до ЗМС. Встановлено, що у міру підвищення спортивного стажу тренувальних занять і, відповідно, спортивної кваліфікації, простежується тенденція до збільшення числа спортсменів із змінами на ЕКГ, більш виражена у жінок.

РЕЗУЛЬТАТИ СПЕЦІАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ С ПАТОЛОГІЄЮ ЛЕГКИХ

¹Курманбекова С.К., ²Маршалкіна Т.В., ¹Нурханова А., ¹Данилова Д., ¹Асілова Г., ¹Мукашева А.,
¹Ташметова Д.

Научные руководители: Курманбекова С.К., проф., Маршалкіна Т.В., в.н.с.

¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы

²Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, Алматы

Актуальность: Широкое распространение и хроническое течение бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного бронхита (ХОБ) с тенденцией к прогрессированию их у детей предполагают прямые показания к реабилитации больных в послеприступном периоде и в фазе вне обострения. Цель: исследовать эффективность комплекса реабилитации (кинезитерапии + ингаляция местной минеральной водой «Аксай» на фоне приема препаратов базисной терапии БА) на скорость и полноту восстановления функции дыхания у детей с БА и ХОБ. Материал и методы: Под наблюдением были 27 детей со среднетяжелым течением БА и 11 детей с ХОБ вне фазы обострения. Средний возраст больных – 9,13 лет. Все 38 пациентов получали комплекс кинезитерапии методами электрофореза, позиционного и вибрационного массажа, дыхательной гимнастики с курсом лечебной физкультуры, хаффинга, ингаляциями местной минеральной водой «Аксай». Базисную терапию получали 20 пациентов с БА. Результаты: На фоне проводимого лечения наблюдалось улучшение состояния: исчезли одышка на 4 день, уменьшился кашель, исчезли хрипы в легких на 7-8 день. Умеренно выраженные признаки обструкции бронхов (ФЖЕЛ, ОФВ, ПСВ, Индекс Генслера) нормализовались к 4-5 дню у 46,7%. У 53,3% детей функциональные параметры дыхания сравнялись с показателями здоровых на 7-10 дни. За 6 месяцев наблюдения после лечения состояние больных оставалось удовлетворительным. Приступы БА в нетяжелой форме без госпитализации наблюдались лишь у 3 из 27, а обострения ХОБ у 1 из 11. Вывод: специальный комплекс реабилитации больных с БА и ХОБ кинезитерапией и ингаляцией лечебной минеральной водой местного источника «Аксай» приносит более стабильные результаты.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СТАТУСУ РЕГІОНАРНИХ ЛІМФОВУЗЛІВ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Левик О.М.

Науковий керівник: проф. Шевченко А.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра онкології і онкохірургії

Мета дослідження: провести аналіз виживаності хворих на рак шлунка 0 – IV стадій в залежності від рівня ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Матеріали та методи дослідження: матеріалом дослідження стали 148 хворих на рак шлунка, яким з 2006 по 2013 роки було проведено оперативне лікування у Запорізькому обласному клінічному онкологічному диспансері. Хворі з відсутністю ураження метастазами лімфовузлів (N0) склали 45,9% (68 пацієнтів), з ураженням до 6-ти регіонарних лімфовузлів (N1) – 48,6% (72 хворих) та наявністю метастазів в 7 – 15 лімфовузлах (N2) у 5,4% випадків (8 пацієнтів). Пацієнти були поділені на дві групи: перша група отримала лише хірургічне лікування – 73 хворих (49,3%), друга – комплексне лікування, яке складалося з операції та ад'ювантної хіміотерапії (75 пацієнтів