

ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНИЙ ТРАВМАТИЗМІ ВАРИАНТИ РЕШЕННЯ ДАННОЇ ПРОБЛЕМИ

Кислиця Е.В.

Научный руководитель: к.м.н, доц. Кудиевский А.В.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии

Цель исследования. Совершенствование возможностей и средств решения проблемы

Материалы и методы: акты ДТП, истории болезней, заключения суд.мед. экспертиз. Полученные результаты: травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Значительную долю в его структуре составляет дорожно-транспортный. Автомобиль был создан в 1885 году. Первое в истории ДТП с участием автомобиля произошло в 1896 г. А ДТП с летальным исходом – в 1897 г. За первые 50 лет существования автомобиля в ДТП погибло около 1 млн. человек. Следующий миллион погиб уже за 25 лет. Сегодня ежегодно погибает 1,25 млн. человек и травмируется около 15 млн. На территории нашей области за 2016 г. зарегистрировано 5744 случая ДТП, из них 156 привели к смерти. Установлены объективные и субъективные причины дорожно-транспортного травматизма. В настоящее время значительный удельный вес в статистике городского дорожно-транспортного травматизма занимают аварии с участием маршрутных такси. Выводы: 1. Необходимо создать действующую межведомственную комиссию по борьбе с дорожно-транспортным травматизмом. 2. Оснастить бригады скорой помощи современными средствами неотложной помощи. 3. Усовершенствовать схемы эвакуаций пострадавших при ДТП в лечебные учреждения г. Запорожья и области.

РЕСПИРАТОРНА ПІДТРИМКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПОМІРНОЮ ТА ВАЖКОЮ ГІПОКСИЧНО–ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Клевакіна О.Ю., Михальчук О.І., Анікін І.О.

Науковий керівник: доц. Анікін І.О.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра дитячої хірургії

Мета роботи. Покращити якість лікування новонароджених з гіпоксично–ішемічною енцефалопатією (ГІЕ) шляхом оптимізації респіраторної підтримки. Матеріали та методи. Обстежено 30 новонароджених зі строком гестації $39,1 \pm 1,27$ тижнів з ГІЕ. Середня вага становила 3290 ± 504 гр. Всі пацієнти госпіталізовані на 2/1–3 добу життя, та потребували пролонгованої вентиляції легень з контролем тиску у дихальних шляхах. Показання для переводу на вентиляцію легень встановлювали згідно Наказу МОЗ України від 21.08.2008р., № 484. Проводилось комплексне клініко–лабораторне обстеження, нейросонографія с доплерометрією мозкового кровотоку, а також амплітудно–інтегрована ЕЕГ. В залежності від отриманих результатів визначено II групи пацієнтів з різним ступенем ураження ЦНС. Першу групу (n=26) склали діти, що мали прояви середньо-важкої ГІЕ (Sarnat II), другу (n=6) – діти з важкою ГІЕ (Sarnat III). Моніторинг параметрів вентиляції здійснювався на апаратах штучної вентиляції легень експерт класу із використанням клінічних протоколів розрахунку статичних та динамічних показників респіраторної механіки. Порівняльний аналіз проведено за допомогою t-критерія Стьюдента. Результати. Початкові режими і параметри штучної вентиляції легень в обох групах були однаковими. Це пов'язано з тим, що досліджувані мали дихальні розлади центрального ґенезу, з відсутністю ураження легеневої паренхіми. Не отримано достовірної різниці при порівнянні двох груп за стартовими параметрами респіраторної підтримки. У дітей I-ї групи частота дихання складала $31,3 \pm 4,16$ за 1 хвилину, у дітей II-ї групи відповідно – $34,1 \pm 8,85$ за 1 хвилину. Також у малюків не відрізнялась залежність від вмісту кисню у суміші газів: $35,1 \pm 10,3\%$ проти $28,2 \pm 7,5\%$. Слід зазначити, що у малюків з важкою ГІЕ вірогідно відрізнялися доплерометричні та клінічні ознаки ураження ЦНС у вигляді зниженої діастолічної швидкості кровотоку в передній мозковій артерії: $0,46 \pm 0,20$ см./сек. проти $2,23 \pm 0,45$ см./сек., при $p < 0,01$, та відповідно збільшеного індексу резистентності. Відповідно за педіатричною шкалою ком Глазго новонароджені групи 1 оцінені на $10,33 \pm 0,51$ балів, а другої групи на $4,67 \pm 0,42$ балів ($p < 0,01$). Важке гіпоксичне ураження ЦНС внаслідок асфіксії при народженні сприяло збільшенню часу використання інвазивної респіраторної підтримки у новонароджених групи 2. Про вищевказане свідчить

потреба в інвазивній вентиляції легень протягом $12,60 \pm 3,71$ днів проти $2,69 \pm 0,22$ днів в групі 1 ($p < 0,05$). Позитивна неврологічна динаміка у малюків групи 1 дозволяла застосовувати ранній перевод хворих на допоміжну неінвазивну вентиляцію легень через носові канюлі, що також сприяло зменшенню терміну перебування на ліжках інтенсивної терапії. Висновки: 1. Ступінь важкості гіпоксично-ішемічної енцефалопатії у новонароджених, яка розвивається при асфіксії, не впливає на параметри початкової штучної вентиляції легень та ступінь її "жорсткості". 2. У малюків з помірною ГІЕ можливий ранній перевод на неінвазивні режими респіраторної підтримки (3–4 доба життя), що обумовлено позитивною неврологічною динамікою.

МЕДИКО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

Клименко В.І., Кремсарь І.М.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра охорони здоров'я, соціальної медицини та ЛТЕ

Серед хронічної неінфекційної патології найбільш актуальною проблемою в усьому світі протягом останніх десятиріч залишаються хвороби системи кровообігу (ХСК). Мета дослідження: оцінити рівень знань лікарів первинної ланки про провідні чинники ризику хвороб системи кровообігу. Матеріали і методи її виконання. Соціологічне опитування по анкетам закритого типу 100 лікарів первинного рівня (ЛЗП-СМ) про нормативи «топ 10» показників, які за даними ВООЗ, є чинниками ризику (ЧР) ХСК. Результати дослідження. Визначну роль у профілактичній роботі відіграє рівень знань ЛЗП-СМ про ЧР ХСК. За даними опитування 82 % ЛЗП-СМ знають, що найпоширенішим ЧР ХСК серед населення світу є підвищений артеріальний тиск, але лише кожен третій з них освідомлен, що оптимальний рівень артеріального тиску здорової людини (36%) повинен бути не вище ніж 120/80 мм рт.ст. Правильні відповіді про нормальний рівень глюкози крові натщесерце здорової людини надало 79% опитаних, надлишкову вагу за індексом маси тіла - 51% лікарів, в той час як про критичні показники окружності талії здорової людини обізнано взагалі лише 13%, а нормальний рівень фізичної активності здорової людини – 28%; Результати анкетування про нормальний рівень холестерину крові здорової людини, помірне вживання та стандартну дозу алкоголю не досягли навіть 20%, по кожній окремо. Навіть про те, що мінімальний рівень ризику куріння – це 0 цигарок за день знали тільки 64% лікарів. Таким чином, 100% правильних відповідей не було надано лікарями не про один загальновідомий ЧР ХСК. Висновки. Встановлено недостатній рівень знань лікарів первинної ланки про провідні чинники ризику хвороб системи кровообігу, що потребує термінової корекції та удосконалення з метою ефективної профілактичної роботи серед населення.

ОЗОНОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ

Князева А.О.

Науковий керівник: к.мед.н., Кабаченко О.В.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО

Вступ. Кожна друга жінка репродуктивного віку має порушення менструальної функції. За даними ВООЗ провідне місце серед причин жіночого безпліддя поруч із запальними захворюваннями посідають ендокринні розлади (29-43%). Мета роботи: проаналізувати ефективність озонотерапії при порушеннях менструальної функції. Матеріали та методи дослідження. Методи: анамнестичний, клініко-лабораторні, гормональне обстеження на 2-3 день менструального циклу (пролактин, вільний тестостерон, інсулін), соціологічний (анкетування), статистичний. Матеріал: під наглядом знаходилось 129 жінок, рандомізованих в 2 групи. I групу склали 109 жінок із порушеннями менструальної функції яким було проведене лікування медичним озоном в/в в якості монотерапії в режимі 1,0-4,5 г/л №10 через день, 20 жінок увійшли в контрольну групу. Вік жінок в обох групах коливався від 19 до 44 років. Результати. Порушення менструальної функції жінок основної групи: гіпоменструальний синдром, ациклічні маткові кровотечі. За тестами функціональної діагностики, у всіх жінок відзначались монофазні менструальні цикли. До початку лікування рівень пролактину та вільного тестостерону в I групі становили 528,76 мМО/л та 5,88 нмоль/л, інсулін – 36,23 мкМО/мл, в II групі – відповідно 250,97 мМО/л, 1,95 нмоль/л,