

розщілина у хлопчиків і у дівчаток спостерігається в рівній кількості. Пацієнти були розподілені на дві групи методом випадкової вибірки. Всі діти, яким проводили клінічні дослідження, були розподілені на 2 групи – основну та порівняння. До групи порівняння увійшли 10 дитини (35,71%) які лікувались за допомогою знімної пластинки з вінтом, а до основної групи увійшли 18 (64,29%) дітей лікування яким проводилось розробленим знімним апаратом. Для оцінки гігієнічного стану порожнини рота використовували індекс Грін-Вермільона. Для визначення товщини зубного нальоту використовували гігієнічний індекс Silness Loe. Для об'єктивної оцінки стану пародонта у дітей проводили комплексне дослідження тканин пародонта з використанням пародонтологічних індексів: РМА і GІ. Результати дослідження. Аналіз вихідних цифрових значень рівня гігієни порожнини рота показав, що у дітей з односторонньою розщілиною піднебіння кількість м'якого зубного нальоту оцінювалося в $2,71 \pm 0,12$ бала, з двостороннім $2,96 \pm 0,15$ бала, а його товщина була $2,65 \pm 0,03$ і $2,98 \pm 0,05$ бала відповідно, що свідчило про «поганий» і «незадовільний» стан гігієни порожнини рота. Показники індексів гігієни були трохи кращі у дітей з односторонньою розщілиною, ніж з двосторонньою. Так гігієна порожнини рота була «хорошою» у ($14,15 \pm 0,72\%$; $10,24 \pm 0,61$), «задовільною» ($8,13 \pm 0,41\%$; $7,05 \pm 0,38\%$), «незадовільною» у ($11,28 \pm 0,56\%$; $14,91 \pm 0,70$), а «поганий» стан гігієни порожнини рота встановлено у ($66,44 \pm 3,45\%$; $67,8 \pm 3,52$) пацієнтів відповідно. При клінічному огляді у більшості дітей запальні явища ясен визначені в області більш ніж 35 % зубів, що свідчить про генералізований запальний процес. Аналіз даних про стан тканин пародонту свідчить, що у дітей, як з односторонньою, так і з двосторонньою розщілиною переважала середня ступінь тяжкості гінгівіту ($51,77 \pm 2,51\%$; $52,85 \pm 3,11\%$), тоді як кількість дітей з важким ступенем запалення ясен розподілялися майже в однаковому процентному співвідношенні ($30,09 \pm 1,36\%$; $30,52 \pm 1,49\%$). Аналіз отриманих даних про стан рівня гігієни порожнини рота у дітей з повним незрощенням піднебіння до лікування показав наявність хронічного катарального гінгівіту середнього ступеня тяжкості. Цифрові значення рівня гігієни порожнини рота у пацієнтів обох груп свідчили про «поганий» гігієнічний стан порожнини рота. Після проведення навчання індивідуальним методам гігієни, навичкам догляду за апаратом і мотивації у дітей, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні, показники стану рівня гігієни порожнини рота і тканин пародонту значно поліпшилися. Висновки. Результати проведеного дослідження показали наявність порушень стану тканин пародонту і гігієни порожнини рота у дітей з ПРП після проведених вело- і уранопластики, як до начала ортодонтичного лікування, так і в процесі лікування. Це вказує на доцільність у дітей з ПРП під час ортодонтичного лікування проведення індивідуальних лікувально-профілактичних заходів, поєднуючи з дотриманням рекомендацій особистої гігієни ротової порожнини, а також постійним доглядом за знімними ортодонтичними конструкціями.

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Халилзада Р.И.

Научный руководитель: ас. Кожемяка М.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с огнестрельными ранениями конечностей путем применения современных методов хирургического лечения. Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 42 пациентов с огнестрельными ранениями конечностей за 2014-2016 гг. на базе отделения травматологии ЗОКБ. Из них огнестрельных ранений мягких тканей конечностей 54,8%, огнестрельных ранений с повреждением костей конечностей 26,2%, пациентов с минно-взрывной травмой – 19%. Во всех случаях при поступлении больных в стационар проводилась хирургическая обработка ран, в случае поступления пострадавших уже после оказанной первичной хирургической помощи проводился Second Look, а затем повторная хирургическая обработка до полного очищения раны каждые 24-48 часов. Переломы фиксировались с помощью АВФ. Во всех случаях для закрытия обширных мягкотканых дефектов использовалась VAC-терапия ран. В случае невозможности самостоятельного заживления ран применялись разнообразные методы закрытия дефектов после очищения раны и

отсутствии признаков инфекции. После полноценного закрытия раневых дефектов у 6 пациентов с огнестрельными переломами выполнена смена метода фиксации перелома. Результаты и их обсуждение. Во всех случаях удалось сохранить пострадавшую конечность. В процессе лечения имели место следующие осложнения: несостоятельность свободного кожного лоскута – 3 (7%) ; трофические раны области поврежденной – 2 (4,8%); несращение перелома – 1 (2,4%). Таким образом в 85,7% случаев получен положительный результат лечения. Выводы. Применение современных методов оперативного лечения пострадавших с огнестрельными ранениями конечностей в условиях травматологического отделения позволило добиться положительных результатов в большинстве случаев (85,7%) и минимизировать количество осложнений, что в свою очередь дало возможность проведения ранней физической и социальной реабилитации пациентов.

ХАРАКТЕР СПЕЦИФІЧНОГО УРАЖЕННЯ БРОНХІВ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД СПЕКТРУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ

Хлисту́н В.М.

Науковий керівник: проф. Разнатовська О.М.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра фізйотерапії і пульмонології

Мета дослідження – вивчити характер специфічного ураження бронхів у хворих на хіміорезистентний туберкульоз (ХРТБ) легень залежно від спектру медикаментозної резистентності. Матеріали та методи. Вивчення патології слизової оболонки бронхів проведено у 187 хворих на ХРТБ легень. Хворі були розподілені на 3 групи залежно від спектру медикаментозної резистентності: групу 1 склали 23 хворих на полірезистентний туберкульоз (ПРТБ), групу 2 – 145 хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ), групу 3 – 19 хворих на туберкульоз з розширеною резистентністю (РРТБ). Стан слизової оболонки бронхів вивчали під наркозною анестезією фібробронхоскопом фірми “Olympus” (Японія). Результати дослідження оброблені методами аналізу з використанням статистичного пакету «STATISTICA® for Windows 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712 D833214FAN5). Отримані результати. Частота специфічного ураження (туберкульоз) бронхів (ТБ) між групами достовірно не відрізнялася: група 1 – 47,8 %, група 2 – 55,2 % та група 3 – 78,9 %. У всіх групах при ТБ переважала частота поєданого перебігу ТБ з ендобронхітом, яка достовірно між групами не відрізнялася: у 63,6 % групи 1, 77,5 % групи 2 і 80 % групи 3 ($p>0,05$). У хворих групи 2 частіше діагностувалася інфільтративна форма ТБ (83,7 % проти 9,1 % групи 1 і 53,3 % групи 3; $p<0,01$), а у групі 1 – інфільтративно-норицева (90,9 % проти 16,3 % групи 2 і 46,7 % групи 3; $p<0,01$). У групі 3 обидві форми ТБ діагностувалися майже з однаковою частотою (53,3 % і 46,7 %, відповідно), але інфільтративно-норицева у цій групі зустрічалася частіше у порівнянні з групою 2 (46,7 % проти 16,3 %; $p<0,01$). У переважній частині хворих, не залежно від спектру медикаментозної резистентності, ТБ супроводжувався стенозом: 81,8 %, 77,5 % і 66,7 %, відповідно ($p>0,05$). При вивченні ураження сегментарних бронхів, встановлено, що у групі 1 переважало ураження верхньо-часткового бронху (ВЧБ), В1 і В2, ніж у групі 1 (70 % проти 18,2 %; $p<0,01$), а у групі 1 – В6 (81,8 % проти 30 % групи 2; $p<0,01$). У групі 3 ураження ВЧБ, В1, В2 та В6 діагностувалися майже однаково (53,3 % і 46,7 %; $p>0,05$). Висновки. Отримані дані свідчать про те, що у хворих на ХРТБ легень, не залежно від спектру медикаментозної резистентності, переважає поєднаний перебіг ТБ з ендобронхітом, який супроводжується стенозом. Особливостями ТБ залежно від спектру медикаментозної резистентності є: для ПРТБ – інфільтративно-норицева форма з переважним ураженням В6, для МРТБ – інфільтративна форма з переважним ураженням ВЧБ, В1, В2. При РРТБ специфічне ураження не залежало від клінічної форми та локалізації у сегментарному бронху. Як бачимо, у даній категорії хворих специфічне ураження бронхів переважно потребує одночасної корекції, як специфічного, так й неспецифічного ураження.