

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

## Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine

**Збірник тез доповідей**  
**III Міжнародної науково-практичної конференції**  
**Студентів та молодих вчених**  
**(Суми, 23-24 квітня 2015 року)**

Суми  
Сумський державний університет  
2015

дна – расширение экскавации ДЗН и смещение сосудистого пучка. ОСТ и периметрия Centerfield проведена 21 больным.

**Результаты:** Средний уровень ВГД среди обследуемой группы составил 21 мм. рт. ст; повышенное ВГД (>25 мм.рт.ст ) наблюдалось только у 2 больных. Диагноз был подтвержден у 8 больных на ОСТ и периметрии Centerfield. При этом использование метода периметрии Centerfield позволило выделить следующие диагностические показатели ювенильной глаукомы миопического глаза: 1.увеличение площади слепого пятна; 2. Снижение чувствительности в зоне Бьррума; 3. Отклонение среднего дефекта поля зрения (MD norm (-2dB)-(+2dB). На ОСТ отмечается тенденция к истончению высоко рефлектирующего слоя нервных волокон в зоне Бьррума; 2-углубление экскавации ДЗН (C/D vertical >0,7) 3-расширение площади ЗН позволили наиболее подробно обследовать участок ДЗН и слоя НВ.

**Выводы.** 1-При подозрении юношеской глаукомы данные тонометрии по Маклакову нельзя считать достаточно объективными. 2-С целью верификации диагноза юношеская глаукома рекомендуем испробовать периметрию Centerfield как наиболее чувствительный метод диагностики субъективных изменений при глаукоме. 3-ОСТ томография уникальный метод, который позволяет с высокой точностью выявить начальные изменения слоя НВ и ДЗН.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ПО КУРСУ ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ УКРАИНЫ

*Шишук В.Д., Редько С.И., <sup>1)</sup>Ляпа Н.Н.*

*Сумский государственный университет*

*Кафедра ортопедии и травматологии*

*<sup>1)</sup>Кафедра военной подготовки*

В течение многих лет по программе обучения студентов-медиков был исключен курс военно-полевой хирургии, что, безусловно, сказалось на подготовке врачей к работе в экстремальных условиях. Однако условия военной обстановки делают военно-полевую хирургию настолько своеобразной и отличной от хирургии мирного времени, что для всякого военного врача, военного хирурга и санитарного начальника изучение военно-полевой хирургии является совершенно необходимым.

В связи со сложной военной ситуацией на востоке Украины в зоне проведения АТО возникла острая потребность в подготовленных специалистах, способных оказывать медицинскую помощь раненым и пострадавшим на высоком профессиональном уровне. Министерство обороны Украины заявило о необходимости возврата военно-медицинского образования в систему высших учебных заведений Украины и внесении изменений к действующим учебным планам и программам. Вместе с тем, на 11 медицинских кафедрах военной медицины всех высших учебных заведений МОЗ Украины будет осуществляться подготовка специалистов всех образовательно-квалификационных уровней и ступеней по военной медицине с присвоением после сдачи соответствующих экзаменов воинских званий медицинского состава запаса.

В настоящее время Минздрав Украины согласовал проект правительственного распоряжения о возобновлении работы медицинских кафедр и военной медицины в 8 высших медицинских учебных заведениях МОЗ Украины в дополнение к пяти уже существующим - в Запорожском, Тернопольском, Днепропетровском, Одесском государственных университетах и Харьковском национальном медицинском университете. Министерством в сентябре 2014 года утверждены методические рекомендации "Принципы и технология домедицинской помощи пострадавшим в результате боевых действий", которые уже внедрены в учебно-методическую деятельность медвузов Украинским центром научной медицинской информации и патентно-лицензионной работы и Центральным методическим кабинетом высшего медицинского образования МОЗ Украины.

Ранее, до исключения из учебных дисциплин медицинских заведений, курс военно-полевой хирургии преподавался на кафедрах ортопедии и травматологии, поскольку именно специфика специальности «Ортопедия и травматология» соответствует стандартам данного курса. Война - это травматическая эпидемия, а подготовка высококвалифицированных специалистов должна прежде всего включать знания оказания медицинской помощи и лечения при огнестрельных и минно-взрывных повреждениях опорно-двигательной системы. Так, в эпидемиологии военной травмы (по данным Днепропетровской областной клинической больницы) преобладает тупая травма (70%), проникающие ранения (21%) и прочие повреждения (9%); в структуре смертности от предотвратимых причин среди раненых в боестолкновениях лидирующие позиции занимают кровотечения (60%), пневмоторакс (34%), непроходимость дыхательных путей (6%).

**Выводы.** 1. На основании вышеизложенного считаем необходимым включить курс “Военно - полевая хирургия” в программу преподавания ортопедии и травматологии.

2. Программы подготовки студентов всех образовательно-квалификационных уровней и ступеней должны предусматривать изучение соответствующих разделов по медицинскому обеспечению войск и гражданского населения в военное время и при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

## ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Шкатула Ю.В.*

*СумГУ, медицинский институт*

Интранатальная травма новорожденного – это патологическое состояние, развившееся во время родов и характеризующееся повреждениями тканей и органов ребенка, сопровождающимися, как правило, расстройством их функций. До настоящего времени интранатальные повреждения остаются одной из малоизученных проблем детской травматологии.

Целью исследования является повышение эффективности диагностики и лечения интранатальных травматических повреждений у новорожденных путем изучения их клинико-нозологических и клинико-эпидемиологических характеристик.

Для изучения структуры интранатальных повреждений и выявления факторов риска их возникновения, проведен ретроспективный анализ 618 родов. По материалам первичной медицинской документации сплошным методом выявлено 55 случаев интранатальной травмы. Группу сравнения составили 90 случаев рождения здоровых доношенных детей.

В ходе исследования установлено, что средний срок гестации обследованных новорожденных с интранатальной травмой составил  $39,2 \pm 0,2$  недели (в контрольной группе –  $38,6 \pm 0,2$ ) ( $p < 0,05$ ). У 7,3% рожениц основного массива исследования роды были затяжными (более 18 часов или более 12 часов для повторнородящих), в то же время у женщин контрольной группы затяжных родов нами не зафиксировано. В основной группе в 7,3% случаев выполнялись вакуум-экстракция плода и медикаментозная стимуляция родовой деятельности. В контрольном массиве исследования достоверно чаще выполнялось абдоминальное родоразрешение (20,0% против 3,6%). Обращает на себя внимание то, что у 12,7% рожениц основной группы исследования произошло преждевременное излитие околоплодных вод, в то же время в контрольной группе имело место только 2,2% таких случаев. При изучении нозологических характеристик установлено, что среди интранатальных повреждений наиболее часто встречались травмы волосистой части головы (кефалогематомы) (65,4%), травмы скелета (21,8%) и травмы периферической нервной системы (9,1%).

Родовая травма является критерием качества стационарной акушерской помощи. Непосредственной причиной родового травматизма нередко бывают неправильно выполняемые акушерские пособия и другие травмирующие способы родоразрешения. Факторами, предрасполагающими к возникновению интранатальной травмы, являются сопутствующая патология у рожениц, длительность родового акта, срок гестации.