

лікувалися за допомогою традиційних методів оперативного лікування переломів тазу (ретроспективний аналіз). Середній вік пацієнтів склав 49,3 роки. Усім постраждалим виконувалось КТ-дослідження. Ефективність раннього післяопераційного періоду (оцінку післяопераційного болю) оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ). Віддалені функціональні результати оцінювали через 3 місяці після оперативного лікування за шкалою MAJEED (1989)

Результати дослідження. Больовий синдром спостерігався в ранньому післяопераційному періоді найбільш часто серед пацієнтів яким було виконано традиційний остеосинтез, що склав 7,9 балів за ВАШ. Натомість у пацієнтів дослідної групи середнє значення больового синдрому склало 5,6 балів відповідно.

Тривалість загоєння ран напряму залежала від об'єму травматизації тканин. Пацієнти контрольної групи були виписані на амбулаторне лікування в середньому на 18 добу, а пацієнти дослідної групи – на 13.

Відсоток добрих та відмінних функціональних результатів за шкалою MAJEED в контрольній групі склав 66,6%, а у дослідній – 89,9%.

Висновки. Мініінвазивні техніки оперативного лікування переломів кісток тазу мають певні переваги перед відкритим остеосинтезом, за умов володіння технікою та відповідним обладнанням, і здатні запобігти значній кількості ускладнень у ранньому та віддаленому післяопераційному періоді за рахунок зменшення таймінгів самого оперативного втручання, меншої травматизації тканин та зменшення тривалості середнього ліжкодня.

ЛІКУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З КЕФАЛОГЕМАТОМАМИ

Рибачук В.

Науковий керівник: професор Ксьонз І.В.

Кафедра хірургії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Пологова травма займає провідне місце в перинатальній патології нервової системи у новонароджених. Найчастіше виникає, так звана, легка форма травми у вигляді кефалогематоми (КГ), джерелом якої є пошкоджені судини підокістного простору, рідше внутрішньокісткові судини в ділянці перелому кісток черепа.

Мета дослідження. Провести аналіз досвіду лікування кефалогематом у новонароджених.

Методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 73 новонароджених з КГ. Усім дітям проводилося комплексне обстеження, що включало огляд невролога, офтальмолога та отоларинголога. Виконувалися нейросонографія та моніторинг лабораторних показників загального аналізу крові та коагулограми.

Основні результати. Виділено три групи КГ: малі – до 5-10 мл крові (20 дітей), середні КГ – від 10 до 50 мл (47 дітей), великі КГ – більше 50 мл (6 дітей). Найбільш частою локалізацією КГ була права (38 випадків) та ліва (25 випадків) тім'яні ділянки, в 10 дітей КГ мали двобічну локалізацію. Відмічалось, що КГ безболісні, не пульсують, мають тенденцію до незначного збільшення в перший тиждень після пологів. Потім розмір КГ може поступово зменшуватись, що було характерно для малих КГ, навіть до повної резорбції (до 4-5 тижня) – 14% від загальної кількості. Пункції КГ проводились на 12-14 добу під контролем показників аналізу крові та коагулограми. Повторні пункції (22 випадки) КГ середнього та великого розміру проводились з інтервалом 2-3 дні і доповнювались місцевим застосуванням засобів з розсмоктуючим ефектом. На фоні КГ середнього та великого розміру у 9 новонароджених були виявлені лінійні переломи кісток черепа, у 3-х випадках у поєднанні із підпапоневротичним крововиливом. Діти не мали проявів тривалого перебігу жовтяничного та анемічного синдромів. У віці один рік більшість дітей (89%) мали задовільний стан, фізичний та нервово-психічний розвиток відповідав віку.

Висновок. Динаміка розвитку малих КГ дає можливість їх консервативного лікування, КГ середнього та великого розміру визначають активну хірургічну тактику з акцентом на їх пункційну аспірацію.

ЗНАЧЕННЯ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ДІАГНОСТИЦІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Рубан Ю., Коваль Х., Терещенко О., Чепела Л., Верба К.

Науковий керівник: доцент Таняньська С.М.

Кафедра педіатрії №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) на сучасному етапі є досить поширеною патологією у дітей та підлітків. Нерідко, починаючи ще в дитячому віці, АГ швидко призводить до розвитку багатьох