

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених

та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)
Харків, 2016. – 518 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

стадии был комплексным, с максимально возможным удалением опухоли и послеоперационной лучевой терапией.

Хирургическое лечение проводилось при всех опухолях мезенхимального происхождения, однако при рабдомиосаркоме использовалась комбинация лучевой терапии и химиотерапии, т.к. оперативное лечение при этом виде опухоли неэффективно.

При неврогенных опухолях без распространения в спинномозговой канал выполнялось удаление опухоли с капсулой, а при злокачественных неврогенных опухолях новообразование было резецировано в пределах здоровых тканей единым блоком.

При медиастинальных лимфомах хирургическое вмешательство в основном ограничивалось различными биопсиями.

Антонова М.С.

РЕЛАПАРОТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра хирургии №2**

Научный руководитель – д. мед.н. проф. Криворучко И.А.

В Украине 42% летальных случаев после операции обусловлены гнойно-септическими осложнениями. Как и во всех развитых странах в Украине увеличивается количество больных с абдоминальным сепсисом (АС). При развитии у данных больных синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) и инфекционно-токсического шока (ИТШ) летальность может достигать 60-80%.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных АС путем индивидуализации лечебной тактики с учетом послеоперационных осложнений и летальности.

Материалы и методы. В работе изучены результаты хирургического лечения 66 больных обоего пола в возрасте 18-70 лет, у которых был диагностирован тяжелый АС (36) и тяжелый АС с инфекционно-токсическим шоком (30) и в ходе лечения применялись релапаротомии (РЛ).

В исследование не включены больные абдоминальным сепсисом вследствие осложненного течения онкозаболеваний; больные с декомпенсацией хронических соматических заболеваний; мезентеральные артериальные и венозные тромбозы; стерильный панкреонекроз и ферментативный перитонит.

Всех больных абдоминальным сепсисом в зависимости от лечебной тактики и для возможности сравнения эффективности использования разных тактик хирургического лечения с применением релапаротомий условно поделили на подгруппы: подгруппа А – 39 (59%) больных, которым проведены релапаротомии (РЛ) «по требованию»; подгруппа Б – 27 (41%) больных, которым применялись РЛ «по программе».

Результаты и их обсуждение. Больным АС группы сравнения, при лечении с использованием «полуоткрытой» методики, было проведено в среднем $3,75 \pm 1,74$ РЛ ($1 \div 7$) в течении $5,8 \pm 2,1$ суток ($1 \div 9$), при использовании «открытой» методики было проведено в среднем $4,54 \pm 1,5$ плановых санаций (от 2 до 7) в течении $6,9 \pm 2,9$ суток ($1 \div 12$). Больным АС основной группы, лечение которых проводилось с использованием «полуоткрытой» методики лечения, проведено $3,12 \pm 1,41$ РЛ ($1 \div 5$). При лечении с использованием «открытой» методики проведено плановых санаций в

среднем 3,1±1 (1 ÷ 4), ушивалась только кожа без натяжения мышечно-апоневротического слоя.

Мы пересмотрели подход к выполнению релапаротомий и санации брюшной полости, и вектор лечебно-тактического подхода был смещен в пользу выполнения РЛ «по требованию» в основной группе больных (29 больных тяжелым АС и ИТШ), а не РЛ «по программе» (7 больных тяжелым АС и ИТШ). Это существенно отличалось от группы сравнения, где РЛ «по требованию» произведено у 12 и «по программе» – у 20 больных ($\chi^2=96,865$; $p=0,000$).

Среди основных причин летальности рассмотренных больных лидировала послеоперационная полиорганная недостаточность – 19,9%, на долю персистирующего АС пришлось 5%, кишечных свищей – 1,5%, ТЭЛА – 1,5%, инфаркт миокарда – 1%. Комплексный лечебный подход позволил ликвидировать остальные осложнения. Общая летальность составила 28,9%.

Наблюдалась прямая зависимость уровня послеоперационных осложнений ($r=0,86$, $p=0,000$) и летальности ($r=0,88$, $p=0,000$) от количества реэксплораций брюшной полости у больных АС.

Выводы. У больных тяжелым АС и ИТШ наиболее целесообразной составляющей этапного лечения является выполнение РЛ «по требованию». О чем свидетельствует меньшая на 17,5% летальность, чем летальность при применении РЛ «по программе».

Артамонов Р.О., Данило Р.Р.
ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕЙ ВЕРХНЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ В
СРАВНЕНИИ С ОРОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИЕЙ
Харковский национальный медицинский университет,
Кафедра оториноларингологии
Научный руководитель: к.м.н.Юревич Н.А

Актуальность темы. Нарушение проходимости дыхательных путей и/или снижения функциональной способности дыхательной системы (ДС) в целом и последующее развитие дыхательной недостаточности является одним из самых распространенных патологических состояний в отделениях интенсивной терапии по всему миру. Основными методиками борьбы с данными состояниями являются выполнение трахеостомии и оротрахеальное интубирование (ОТИ).

Цель исследования: сравнение физиологичности и прогностических показателей у реанимационных больных с оротрахеальной интубацией и больных с трахеостомой.

Материалы и методы исследования: Были сформированы 2 группы пациентов: 1 группа - 10 человек, которым была проведена ранняя верхняя продольная трахеостомия; 2 группа - 10 человек, находящиеся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) посредством эндотрахеальной интубации. Больные наблюдались в течении 12 дней. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

По данным исследования, было установлено, что 5 из 10 больных первой группы показывали положительную динамику выздоровления и стабилизации, в то время как больные 2 группы оставались в стабильно тяжелом состоянии; признаки пневмонии и прочих воспалительных заболеваний ДС в 1 группе наблюдались у 2-х, во 2й группе - у 9-х; признаки некроза стенки трахеи наблюдались у всех пациентов 2й группы.