

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)
Харків, 2017. – 600 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

Гончарова Н.М.
ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ
УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ І ТИПУ

Харківський національний медичний університет,

Кафедра хірургії №2, м. Харків, Україна

Науковий керівник - д.мед.н., професор Криворучко І.А.

Вступ. Наявність різноманіття відкритих хірургічних операцій та широке впровадження у практику «мініінвазивних» втручань, створює дилему, щодо вибору методу оперативного лікування хворих з ускладненими псевдокістами (УПК) підшлункової залози (ПЗ).

Мета дослідження - шляхом прогнозування ранніх ПОУ у оперованих хворих з приводу УПК І типу визначити найбільш доречний метод хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Проаналізовані найближчі результати хірургічних втручань 56 хворих, оперованих з приводу УПК ПЗ І типу за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.), які знаходилися на лікуванні у Комунальному закладі охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф» м. Харкова за період з 2012 по 2015 рр. та у відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних протоків ДУ Національної академії медичних наук України «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» за період з 2014-2015 рр. Для виявлення однорідних груп з УПК І типу використовувалися методи кластерного аналізу. При цьому розглядалися 12 доопераційних показників: 6 клінічних (вік, наявність жовтяниці, слабкості, лихоманки, втрати маси тіла, диспепсії) і 6 лабораторних (рівні лейкоцитів, гемоглобіну, білірубину, білка, амілази, розмір УПК). Після стандартизації цих показників для визначення числа однорідних груп хворих використовувалися ієрархічні агломеративні процедури. Отримана дендрограма свідчила про наявність двох однорідних груп хворих (кластерів). Проведений після цього кластерний аналіз методом k-середніх дозволив визначити якісний (персональний) склад кожного кластера.

Результати та їх обговорення. Після визначення персонального складу кожного кластера поставало питання про прогнозування приналежності нового хворого до одного з цих кластерів. Для цього використовувався багатовимірний дискримінантний аналіз, який передбачав визначення дискримінантних змінних (ДЗ), побудови класифікаційних функцій (КФ) і їх аналіз. Вибір ДЗ з 12 вхідних доопераційних показників проводився покроково шляхом включення або виключення змінних з урахуванням їх рівнів толерантності, які є мірою надмірності предикторів для класифікації. Належність хворого до одного з двох кластерів здійснювалася після обчислення значень кожної КФ для цього хворого. Хворий відносився до того кластера, чия КФ була максимальна. Якість класифікації за допомогою КФ оцінювалася за результатами апостеріорної класифікації. Тобто в

припущенні, що приналежність до кластеру була невідома, ми прогнозували її на основі отриманих КФ. Аналіз по всій виборці (56 хворих з ПК I типу) надавав дуже високу середню точність класифікації 89,3%. Прогноз результату лікування для кожного виду операції визначався максимальним значенням КФ в стовпці, чим більше було значення КФ, тим більша була ймовірність події. Так, проведення лапаротомії для УПК I типу в кластері 1 з максимальною ймовірністю закінчувалося результатом 3 (до 21 ліжко-дня без ПОУ) або результатом 1 (до 14 ліжко-дня без ПОУ) з меншою ймовірністю. При проведенні мініінвазивних операцій був характерний результат 1 (до 14 ліжко-дня без ПОУ). Для хворих, віднесених до кластеру 2, при лапаротомії найбільш був ймовірний результат лікування 1 (до 14 ліжко-дня без післяопераційних ускладнень), менш вірогідний був результат 5 (від 21 до 30 ліжко-днів без ПОУ), при мініінвазивних операціях спостерігалася зворотна картина: найімовірніше результат 5 (менш вірогідний результат 1).

Висновки. Прогнозування ПО ускладнень у оперованих хворих з приводу УПК ПЗ I типу дозволяє обрати метод хірургічного втручання, з метою покращення якості їх життя.

Гужва Н.Ю.

ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра онкологии и детской онкологии

Научный руководитель: д.м.н., проф. Авдосьев Ю.В.

**Кафедра терапии, нефрологии и общей практики - семейной
медицины**

Научный руководитель : д.м.н., проф. Бильченко А.В.

Гипертоническая болезнь (ГБ) часто не только является сопутствующей патологией острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК), но и его причиной.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 384 больных в возрасте от 9 до 87 лет, поступившие в ГУ «ИОНХ НАМНУ» с 2006г. по 2016г с клиникой профузного абдоминального кровотечения (АК) разной этиологии. Мужчин было 223 (58,1%), женщин – 161 (41,9%). Все больные оперированы с применением разных методов рентгенэндоваскулярного катетерного гемостаза (РЭКГ). Для эмболизации использовали лизирующие и нелизирующиеся эмболы, спирали типа Гиантурко. Всем больным выполняли ангиографию.

Результаты исследований. Анализируя результаты ангиографий у больных с ОЖКК, следует отметить, что прямые признаки продолжающегося кровотечения с локализацией его источника выявлены у 136 (42,6%) больных. У 65(16,9%) с ОЖКК вследствие спазма и тромбоза мелких сосудов желудка, наблюдающиеся ГБ, высокое кровяное давление способствовало обильному кровотечению, вследствие чего у больных тяжело было установить,