

Міністерство охорони здоров'я України
Харківська медична академія післядипломної освіти
Рада молодих вчених ХМАПО

МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ

**Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю присвяченої 95-літньому ювілею
Харківської медичної академії післядипломної освіти**

23 листопада 2018 року. – Харків, 2018. - 143 с.

Відповідальний за випуск

Пастух В.В.

Харків 2018 р.

ВАШ в первые 2 часа после операции составила в I группе 3,9 и 3,8 во II группе ($p = 0.6$); после 4 часов 3,0 и 2,6 соответственно ($p = 0.4$); 0,8 и 0,6 - после 18 часов с момента окончания операции ($p = 0.2$). Возможность самостоятельного вставания без дискомфорта через 4 часа после окончания операции отметили 10 пациентов I группы (26,3%) и 22 пациентов II группы (78,6%), что оказалось статистически достоверным ($p < 0,005$).

Выводы. Уменьшение расходов наркотических анальгетиков без ухудшения качества послеоперационного обезболивания и самочувствия пациентов является несомненно важным преимуществом, что позволяет минимизировать негативные эффекты опиоидов в раннем послеоперационном периоде, способствует более ранней активизации пациенток. Эти факторы могут повлиять на результаты оперативного лечения в целом, и формирует впечатление, что в большей части пациентов при ЛГЭ можно обойтись без использования даже минимальных доз опиоидов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Лесной В.В., Лесная А.С.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургии № 2

Актуальность. Наиболее частой причиной болевого синдрома в левой подвздошной области у лиц старше 60 лет с избыточной массой тела, на фоне гипертермии и запоров, является острый дивертикулит сигмовидной кишки [World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines Diverticular Disease, 2017]. Сохраняющиеся высокие показатели летальности 20-40% при развитии гнойно-септических осложнений, отсутствие единого лечебно-диагностического алгоритма свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК).

Цель исследования. Проанализировать хирургическую тактику лечения ДБТК осложненную перитонитом.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 12 больных госпитализированных в ургентном порядке с клиникой ДБТК. Мужчин было 5 (41,7%), женщин — 7 (58,3%). Средний возраст мужчин составил $66,5 \pm 2,5$ года, женщин — $68,2 \pm 2,6$ года. С помощью трансабдоминального ультразвукового исследования у всех пациентов диагностировали утолщение стенки сигмовидной кишки свыше 5 мм, у 8 (66,7%) пациентов – ультразвуковой симптом «мишени», у 7 (58,3%) пациентов – наличие линейных жидкостных скоплений по левому фланку с пузырьками газа (объемом до 150 мл). По данным ургентной колоноскопии, на фоне подготовки толстой кишки В-С степени [Harefield, 2010], множественные дивертикулы без признаков стенозирования просвета у 9 (75%) пациентов выявлены в сигмовидной кишке, у 3 (25%) пациентов – в сигмовидной и нисходящей ободочной кишках. Степень тяжести пациентов, согласно Мангеймскому индексу перитонита, составила у 3 пациентов – до 21 балла, у 7 пациентов – до 29 баллов, у 2 пациентов – свыше 29 баллов.

Результаты исследования и их обсуждение. У 3 (25%) пациентов диагностирован параколярный абсцесс IB-II тип Hinchey E.J., произведено дренирование абсцесса с помощью дренажей типа «Pigtail» 9 Fr с наложением аспирационно-ирригационной системы. У 1 (8,3%) пациента сформировался неполный наружный толстокишечный свищ с дебитом отделяемого до 50 мл/сутки, который был устранен через 5 месяцев при выполнении резекции сигмовидной кишки с наложением первичного толстокишечного анастомоза.

У 7 (58,3%) пациентов с гнойным перитонитом III тип по Hinchey E.J. выполнена лапароскопическая санация брюшной полости, дренирование малого таза, девульсия ануса по Субботину. У 2 (16,7%) пациентов диагностирован «рецидив» острого дивертикулита с формированием параколярного инфильтрата, что потребовало проведения повторного курса антибактериальной терапии (цефепим, орнидазол) и выполнения резекции сигмовидной кишки в плановом порядке.

У 2 (16,7%) пациентов с фекальным перитонием IV тип по Hinchey E.J. произведена операция Гартмана. Для проведения этапных санаций брюшной

использовали вакуум-ассистированную лапаростомию с постоянным отрицательным давлением -125 мм рт. ст. У 1 (8,3%) пациента, не смотря на проводимое лечение, нарастали явления полиорганной недостаточности, что стало причиной смерти на 7 сутки. У второго пациента выполнено 2 этапные санации брюшной полости, лапаростома закрыта на 9 сутки послеоперационного периода, через 6 месяцев произведено устранение колостомы с наложением толстокишечного анастомоза.

Вывод. На основании классификации Hinchey E.J., Moore F.A. (2013) возможен дифференциальный подход оказания помощи больным с осложнениями ДБТК. Применяя на первом этапе лечения миниинвазивные методы, возникает возможность резекции пораженного участка толстой кишки с наложением первичного анастомоза, что снижает количество послеоперационных осложнений и летальность у данной категории больных.

BACTERIAL PNEUMONIA AN ELEVAYED RISK FOR ADVERSE ARRHYTHMIAS

Abdelrahman Hussein, Tetiana Rudenko

Kharkiv national University V. N. Karazin

Department of internal medicine

Kharkiv medical Academy of postgraduate education.

Department of Therapy and Nephrology of General Practice-Family Medicine

Background. Pneumonia is worldwide disease that affecting approximately 450 million people every year. It's a serious concern in adults over age 65 and children less than 5 years. Recent studies suggest that there is an increase in cardiovascular disease after pneumonia. Hypoxemia, and inflammation may lead to arrhythmia and cardiac events. But there is no any explanation that describing types and pathophysiology of that condition. In this research we tried to found more details about those disturbances.

The aim. Determine the occurrence of rhythm disturbances in bacterial pneumonia.