

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE
MEDICAL UNIVERSITY

XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2019
APRIL 15-17, 2019

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

Артеменко Маргарита

**СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПОКРАЩЕННЯ
ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ**

Кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. В.В. Лесний
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність. Післяопераційна летальність внаслідок ускладнень після «пізніх» апендектомій складає 0,1-0,3%.

Мета. Визначити практичне значення сучасної діагностичної шкали гострого апендициту (ГА).

Матеріали і методи. Під час ургентної госпіталізації пацієнтів з підозрою на клініку гострого апендициту у 68 хворих для верифікації діагнозу використовували ознаки шкали Alvarado. Виявлені наступні симптоми: міграція болю в праву клубову ділянку відмічена у 34 пацієнтів (50%); зниження апетиту – 48 (70,6%); нудота/блювота – 35 (51,5%); підвищення температури тіла $>37,3^{\circ}\text{C}$ – 53 (78%); біль у правій клубовій області – 68 (100%); позитивний симптом Щоткіна – 27 (40%); лейкоцитоз більше $10 \cdot 10^9/\text{л}$ – 50 (73,5%); зсув лейкоцитарної формули крові вліво – 44 (64,7%).

Результати. Діагноз ГА було знято при сумі балів < 5 за шкалою Alvarado у 9 (13,2%) пацієнтів. При сумі балів 5-6 – 15 (22%) пацієнтам проводилося активне динамічне спостереження, через 6 годин діагноз ГА виставлений 5 (7,4%) хворим. Пацієнти, у котрих кількість балів становила 7-8 виконувалася діагностична лапароскопія, під час якої діагноз ГА підтверджений у 16 (23,5%) пацієнтів. Показник більше 9 балів верифікований у 27 (39,7%) хворих, котрим було проведено екстрене хірургічне втручання, розбіжностей клінічного діагнозу з інтраопераційною картиною не було.

Висновок. Шкала Alvarado підтвердила свою високу діагностичну цінність. Діагностовано ГА у 48 (70,6%) хворих з інтраопераційним та гістологічним підтвердженням, при кількості балів < 5 гостра хірургічна патологія була виключена у 9 пацієнтів (13,2%). За сумнівної клінічної симптоматики при сумі балів 5-8 проводили динамічне спостереження або виконували діагностичну лапароскопію, що дозволило зняти діагноз ГА у 11(16,2%) хворих.

Банадига Андрій

**ПРОГНОЗУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТУ І РАЦІОНАЛЬНИЙ ВИБІР
ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ**

Кафедра хірургії ННІПО

Науковий керівник : д-р мед. наук, проф. І.Я. Дзюбановський
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Гострий панкреатит (ГП) залишається патологією з високим відсотком ускладнень, а вибір лікувальної тактики часто є дискусійним.

Мета: знайти прогностичні фактори ускладнень ГП і обрати оптимальну лікувальну тактику.

Матеріали і методи. Протягом 2016-2019 рр у хірургічному відділенні КНП «ТКМЛ №2» на лікуванні знаходилось 143 хворих на ГП, які увійшли в дане дослідження. Усі клініко-лабораторні дані були опрацьовані в програмі Statistica 13.0, використаний метод побудови нейронних мереж.

Результати. Пацієнти сформували 2 групи обстеження згідно Міжнародного консиліуму 2012 року. У I групу увійшли хворі з ГП легким і середньої тяжкості (n=87), до II - з важким і критичним ГП (n=56). Хірургічне лікування було проведено у 46 хворих(32,16%), 28 втручань були мініінвазивними(60,86%) і у I групі їх було 17 (60,71%). Ускладнення гострого панкреатиту спостерігались у 31 пацієнта(21,67%), з них лише у 23, яким первинно не проводились мініінвазивні дренуючі втручання. Сильні кореляційні зв'язки в обох групах на 1-у добу були між рівнями діастази сечі і амілазою крові: $r=0,71$ і $r=0,73$ у I і II групах відповідно. Для аналізу усіх даних було побудовано нейромережу з класифікаційними «деревими рішень». При цьому прогностично ризик ускладнень зростав на 21% при відсутності хірургічного втручання, якщо хворий відносився до II групи, а при рівнях діастази при поступленні понад 547 ОД/л і АЛТ $>49,5$, сягав 39%.

Висновки. Було встановлено, що при несвоєчасних дренуючих операціях ризик ускладнень був 21%, а в поєднанні із рівнями діастази понад 547 ОД/л і АЛТ $>49,5$ при поступленні зростав до 39 %, що потрібно враховувати при виборі лікувальної тактики.

Богун Юрій

**РОЛЬ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ
ВЕНОЗНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК**

Кафедра первинної медико-санітарної допомоги та загальної практики – сімейної медицини

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Б.О. Мігенько
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»
м. Тернопіль, Україна

Актуальність. Лікування трофічних виразок, як ускладнення варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК), і на сьогодні є актуальною медичною та соціальною проблемою. Не менш важливим є питання скорочення терміну передопераційної підготовки даної категорії хворих до операційного лікування з приводу основної патології.

Мета. Застосування вакуум-терапії та аутодермопластики рельєфним шкірним аутоотрансплантатом під час операційного лікування ВХНК.

Матеріали та методи. Запропонована терапія застосована у 64 хворих із трофічними виразками (ТВ), середніх та великих розмірів. Вік пацієнтів – від 27 до 70 років. Чоловіків 24, жінок 40. Анамнез варикозної хвороби від 1 до 30 років. Всім хворим проведена комплексне обстеження: клінічне, морфологічне, бактеріологічне стану трофічних виразок. З метою