



ЗБІРНИК

**МАТЕРІАЛІВ КОНФЕРЕНЦІЇ
ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ
«МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ»
18-20 СІЧНЯ 2021 РОКУ**





УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків, 18-20 січня 2021р.)
Харків, 2021. – 574 с.*

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



до больових відчуттів (після пластик хрестоподібних зв'язок виконуємо максимально можливий кут згинання - до 90 градусів) із замкнутим кінематичним ланцюгом. Особливість раннього періоду полягає у больовому синдромі, неприємних відчуттях у місцях накладання швів, наявність дренажу. За власними спостереженнями після виконання перших простих вправ настрої пацієнта покращується та з'являється бажання працювати далі з помірними больовими відчуттями. Тривалість заняття до 20-30 хвилин по 4-6 разів на день, після чого даємо оперованій ділянці відпочити та застосовуємо холод (до 30 хвилин) для попередження посилення набряку оперованої ділянки. В залежності від стану пацієнта виконується пересування по палаті або коридорі з формуванням правильної постави та ходи. З другої доби виконуємо пересування по сходам.

Таким чином після артроскопії відновлення активних рухів у суглобі починається з першої доби, що в свою чергу свідчить про короткі терміни перебування у стаціонарі та сприятливі прогнози реабілітаційних заходів та повернення до побутових навантажень вже на 2 тижні, лікарняний у таких пацієнтів триває 4-5 тижнів.

Байкова Крістіна Олександрівна

СУЧАСНА КЛАСИФІКАЦІЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Лесний Вадим Вікторович

Актуальність. В останні роки все більше виявлено випадків гострого і хронічного панкреатиту різного походження та підвищену кількість хворих з кістами підшлункової залози. За різними даними гострий панкреатит і панкреонекроз ускладнюються формуванням псевдокіст від 7% до 80%, а хронічний панкреатит ускладнюється формуванням кістозних утворень в 20-40% випадків, що надає цій темі великої актуальності.



Мета. Проаналізувати структуру захворюваності на кісти підшлункової залози у пацієнтів хірургічного відділення на підставі сучасної класифікації.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 40 медичних карт стаціонарних хворих госпіталізованих з клінікою кістозних утворень підшлункової залози. На момент госпіталізації хворі скаржилися на біль (дискомфорт) в епігастрії, лівому підребер'ї - 40 (100%) пацієнтів; нудота, блювота - 11 (27,5%); діарея - 12 (30%); асиметрія живота - 15 (37,5%); субфебрильна температура тіла - 5 (12,5%). За даними ультразвукового дослідження у всіх пацієнтів верифіковано відмежоване гіпоехогенне утворення при цьому: товщина капсули до 5 мм - 21 (52,5%) пацієнтів, 5-10 мм - 13 (32,5%), більше 10 мм - 6 (15%); локалізація: головка підшлункової залози - 11 (27,5%); тіло - 17 (42,5%); хвіст - 12 (30%); дилатація головного панкреатичного протоку більше 3 мм - 22 (55%); дилатація холедоха більше 8 мм - 3 (7,5%); компресія селезінкової вени - 2 (5%); обсяг до 100 мл - 8 (20%) пацієнтів, від 100-500 мл - 22 (55%), більше 500 мл - 10 (25%). За даними ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії виявили зв'язок кісти з протоковою системою підшлункової залози - 14 (35%), дилатацію, стриктури вірсунгова протоки (симптом ланцюжка озер) - 15 (37,5%); дилатацію холедоха - 7 (17,5%).

Результати дослідження. Згідно класифікації А. D'Egidio і М. Schein (1991) всі пацієнти були розділені на 3 групи відповідно до типу виділених кістозних утворень. У 19 (47,5%) пацієнтів діагностовано кісти І типу підшлункової залози, які виникли після нещодавно перенесеного гострого панкреатиту; у 15 (37,5%) з незрілої стінки кісти, без з'єднання з протоковою системою, без стриктур вірсунга, локалізовані екстропанкреатично. У 15 (37,5%) пацієнтів діагностовано кісти ІІ типу підшлункової залози, які виникли на тлі хронічного панкреатиту; частіше зі зрілої стінки кісти, частіше мали з'єднання з протоковою системою, але без стриктур вірсунга і локалізовані екстропанкреатично. У 6 (15%) пацієнтів діагностовано кісти ІІІ типу підшлункової залози, які виникли на тлі хронічного панкреатиту; зі зрілої стінкою кісти, з'єднанні з протоковою системою і стриктурами вірсунга, локалізовані інтропанкреатично.



Висновок. Критеріями діагностики кіст підшлункової залози є: біль в епігастрії та/або лівому підребер'ї, асиметрія живота, наявність капсули, зміни головного панкреатичного протоку. Якщо розглядати класифікацію за А. D'Egidio и М. Schein, то ми можемо побачити, що найбільш зустрічаємим є перший тип кіст, який зустрічається майже у 50% усіх випадків.

Боднар Єлизавета Ігорівна, Ткачова Анастасія Вадимівна

МОНІТОРИНГ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ПІСЛЯ СПІНАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бітчук Микола Денисович, д.мед.н., доц. Дубівська Світлана Станіславівна

В сучасній медицині метод спінальної анестезії стає все більш актуальними. Даний вид анестезії має широкий спектр застосування. Його використовують при проведенні оперативних втручань на органах черевної порожнини, малого таза, нижніх кінцівок, урологічних та відеоендохірургічних операцій, а також в акушерстві, особливо при кесаревому розтині. Постпункційний головний біль - одне з найбільш розповсюджених ускладнень після проведення спінальної анестезії. Згідно з визначенням Міжнародного суспільства головного болю, постпункційний головний біль - це головний біль, який розвивається не більше ніж через 5 днів після дуральної пункції, з'являється або посилюється не більше ніж за 15 хвилин після переходу в вертикальне положення, полегшується не менш ніж за 15 хвилин після переходу в горизонтальне положення і забезпечується, хоча б одним із наступних симптомів: ригідність шиї, дзвін у вухах, зниження слуху, фотофобія, нудота. На даний момент вирішено дуже багато питань, які стосуються даного ускладнення, таких як патогенез, клінічні симптоми, фактори ризику. Однак питання профілактики, ранньої діагностики та найбільш ефективного лікування, не зважаючи на велику кількість досліджень, залишаються актуальними та потребують детального вивчення.