



# **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*



Оперативне втручання виконано 9 хворим з повним або неповним пошкодженням протоки та з дебітом нориці більш 150мл. У 6 хворих виконано фістулоентеростомію на виключеній за Ру петлею тонкої кишки, у 1 - поздовжня панкреатоєюностомія, у 2 - резекція хвоста підшлункової залози з видаленням нориці. Відзначено 2 нагноєння ран. Неспроможності анастомозів і післяопераційної смертності не було. Рецидивів нориць і утворення кіст не відзначено.

Висновки: Результати хірургічного лікування нориць підшлункової залози свідчать про правильність обраної тактики при даній патології, коли при неповному пошкодженні протоки застосовується головним чином консервативне лікування, а повному - оперативне втручання.

*Малахова Дарія Олександрівна*

## **ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРИТОНІТУ ЗА ШКАЛОЮ SOFA**

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Лесний Вадим Вікторович

Актуальність. Перитоніт досі є актуальною темою, адже смертність при цьому ускладненні складає 20-40% а то й більше, а лікування часто стикається з антибіотикорезистентністю та швидкою генералізацією процесів. Прогноз перебігу перитоніту головним чином визначається синдром ендогенної інтоксикації. Доцільність та спосіб проведення дезінтоксикаційної терапії визначається за ступенем тяжкості перебігу перитоніту.

Мета. Проаналізувати прогностичну цінність шкали SOFA у пацієнтів з розлитим гнійним перитонітом.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз за допомогою випадкової вибірки стаціонарних карт 36 пацієнтів госпіталізованих з клінікою перитоніту у хірургічне відділення за 2020 рік. Етіологічною причиною перитоніту були: деструктивний апендицит — 16 (44,4 %) хворих, перфоративна виразка — 10 (27,9 %), перфорація дивертикулу сигмоподібної кишки – 4 (11,1



%), некроз кишки при грижі – 3 (8,3 %), сегментарний тромбоз мезентеріальних судин – 3 (8,3 %).

Вік пацієнтів до 20 років – 2 (5,9 %), 21-40 років — 10 (29,4 %), 40-60 років — 19 (55,8 %), 60 і більше років – 3 (8,9 %). Терміни госпіталізації до 12 годин - 11 (30,6 %) пацієнтів, 12-24 години — 22 (61,1 %), 24-48 годин — 3 (8,3 %).

Виявлені критерії шкали SOFA: порушення оксигенації крові — 3 (8,3 %) пацієнтів; тромбоцити нижче 150 Г/л — 5 (13,9 %); білірубін більше 20 ммоль/л — 1 (2,8 %) пацієнтів; наявність артеріальної гіпотезії з необхідністю підтримання тиску кардіотоніками (допамін  $\geq$  5 мл/кг/хв) — 6 (16,7 %) пацієнтів; менше 15 балів за школою Глазго — 3 (8,3 %) пацієнтів; креатинін більше 110 мкмоль/л — 6 (16,7 %) пацієнтів.

Результати дослідження. На основі критерії шкали SOFA хворі були розподілені на 3 групи. При відсутності ознак поліорганної недостатності у 27 (75%) хворих був верифікований місцевий невідмежований перитоніт, що потребувало після антибактеріальної, тромбоемболічної профілактики проведення екстренного оперативного втручання направлено на ліквідацію джерела перитоніту. Летальних випадків в цій групі хворих не зафіксовано. При наявності більше 2 балів за шкалою SOFA у 6 (16,7 %) хворих був верифікований перитоніт з абдомінальним сепсисом, що потребувало згідно стратегії “Early goal-directed therapy” проведення респіраторної підтримки (оксигенотерапії через лицьову маску), відновлення перфузії тканин, пролонгованої інфузійної, антибактеріальної терапії. Після корекції органної дисфункції проводили хірургічну санацію джерела перитоніту. Летальність склала — 2 (5,6 %) хворих. У 3 (8,3 %) хворих на фоні явищ абдомінального сепсису була виявлена артеріальна гіпотензія (АТ менше 65 мм рт. ст.), а лактат крові більше 2,0 ммоль/л, що вказувало на розвиток септичного шоку. Не дивлячись на корекції вітальних функцій (збалансовану інфузійну терапію, застосування вазопресорів) стан хворих залишався критичним, тому оперативні втручання носили паліативний характер. Летальність склала — 2 (5,6 %) хворих.



Висновки. 88,8 % пацієнтів одужали, що свідчить про правильну діагностики та обрання раціонального способу терапії. Отже, використання прогностичної шкали SOFA для оцінки тяжкості розлитого гнійного перитоніту та вибір лікувальної тактики є клінічно цінним. Також її цінність для лікаря підвищується завдяки можливості дуже швидко та з високим відсотком успіху визначитися з подальшими діями.

*Муха Олексій Віталійович*  
**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДОСТУПІВ ПРИ  
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

Харків, Україна  
Харківський національний медичний університет  
Кафедра хірургії №2  
Науковий керівник: Лесний Вадим Вікторович

**Актуальність.** Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий холецистит за частотою займає перше місце, а за кількістю операцій посідає друге. Наприклад, в Америці щорічно виконується понад 500 000 холецистектомій. На даний момент лапароскопічна холецистектомія набирає все більшої популярності, тому що оперативне лікування гострого холециститу за допомогою лапароскопічної холецистектомії надає більш короткий і сприятливий для пацієнта післяопераційний період, ніж при виконанні відкритої холецистектомії. За 2019 рік понад 40% всіх холецистектомій в Україні було зроблено за допомогою лапароскопії.

**Мета.** Проаналізувати особливості больового синдрому після холецистектомії залежно від хірургічного доступу.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 44 історій хвороб пацієнтів госпіталізованих з клінічною картиною гострого або хронічного холециститу. На момент госпіталізації хворі скаржилися на біль у правому підребер'ї - 40 (%) пацієнтів; нудота, блювота - 24 (%); підвищення температури тіла - 26 (%). За даними ультразвукового дослідження збільшений жовчний міхур понад 90/30 мм - 34 (%) пацієнтів; товщина стінки понад 5 мм - 42 (%); вклинений