



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



Нгуєн Хаї Данг

ЛАПАРОСКОПІЧНА КОЛОРЕКТАЛЬНА ХІРУРГІЯ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ РАНІШЕ АБДОМІНАЛЬНУ ОПЕРАЦІЮ

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: к.мед.н. Антонова М.С.

Актуальність. Лапароскопічні технології – це одне з найвеличніших досягнень останніх років для медицини в цілому так і хірургії в зокрема. За останні роки вони стали повсякденною опцією для лікування колоректального раку на різних стадіях. Малоінвазивні операції сприяють зменшенню післяопераційного болю і зменшенню часу перебування в стаціонарі. Пацієнти швидше повертаються до прийому їжі, пиття, нормальної роботи кишечника і повсякденної діяльності. В подальшому усі ці фактори, а також зменшення післяопераційної рани будуть сприяти швидкій реабілітації хворих. Але попередні операції на черевній порожнині можуть ускладнити перебіг лапароскопічної колоректальної операції. **Ціль.** Вивчити вплив попередніх втручань на черевній порожнині на лапароскопічну колоректальну операцію і виявити наявність ризиків.

Матеріали і методи. Ретроспективно було проаналізовано дані 20 пацієнтів з первинним колоректальним раком, що перенесли лапароскопічну операцію. Пацієнтів було розділено на 2 групи: що перенесли абдомінальну операцію в анамнезі (6) і без неї (14).

Результати. У групі, що перенесли абдомінальну операцію в анамнезі було 4 чоловіки (66,7%) та 2 жінки (33,3%), середній вік 44 років (33-65). Попередні операції включали: гінекологічні операції 2(33,3%), гастродуоденальні операції 2(33,3%), холецистектомії 1(16,7%), колоректальні операції на тонкій кишці 1(16,7%). В іншій групі було 9 чоловіків(64,3%) та 5 жінок(35,7%), середній вік склав 44 роки (33-66). Між двома групами не було виявлено значних відмінностей у вихідних даних. В порівнянні із групою без операцій в анамнезі у групі з операціями в анамнезі, тривалість операції в середньому була довшою ($210 \pm 27,0$ хвилин проти $180 \pm 15,5$ хвилин) і більш висока швидкість переходу на лапаротомію (20% (4 / 20) проти 10% (2/20)). У групі з операціями частота



переходу на лапаротомію пояснювалася розвитком спайкових процесів (10%(2/20) проти 5%(1/20)). Час післяопераційного відновлення, тривалість післяопераційного перебування в лікарні, післяопераційна смертність і захворюваність, збільшення лімфатичних вузлів, 3-річне виживання без хвороби і загальне виживання істотно не розрізнялися між двома групами.

Висновок. За винятком підвищеного ризику переходу на лапаротомію, лапароскопічна резекція є безпечною для пацієнтів, що перенесли операцію на черевній порожнині і не впливає на її прогноз.

Оксененко Юлія Романівна

ШКАЛА ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ APPENDICITIS INFLAMMATORY RESPONSE SCORE

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Лесний Вадим Вікторович

Актуальність. Проблема діагностики та лікування гострого апендициту (ГА) залишається актуальною до теперішнього часу, це обумовлено високим рівнем захворюваності (4-6%), і значним числом тактичних і діагностичних помилок (12-13% випадків), що у свою чергу може призводити до «необґрунтованої» операції або до запізненого надання хірургічної допомоги (2,3-34,5%). Незадоволеність результатами діагностики обумовлює пошук доступних і ефективних діагностичних критеріїв. У зв'язку з цим, нами був запропонований новий ефективний спосіб діагностики ГА за допомогою бальної шкали AIR.

Мета. Проаналізувати діагностичне значення бальної шкали AIR.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історій хвороб 38 пацієнтів госпіталізованих в стаціонар з підозрою на клініку гострого апендициту (ГА). На момент госпіталізації були виявлені ознаки шкали AIR: біль у правій клубовій ділянці - 38 (100%) пацієнтів, блювота - 8 (21%), підвищення температури тіла понад 38,5°C - 10 (26,3%), помірне напруження м'язів у правій клубовій ділянці - 6 (15,7%), ригідність у правій клубовій ділянці - 8 (21%); в клінічному аналізі