# 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*

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 запізнілого 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 38,5ºС - 10 (26,3%), помірне напруження м'язів у правій клубовій ділянці - 6 (15,7%), ригідність у правій клубовій ділянці - 8 (21%); в клінічному аналізі

крові лейкоцитоз понад 15 Г/л - 11 (28,9%); С-реактивний білок більше 50 мг/л - 7 (18,4%), сегментоядерні лейкоцити більше 85% - 7 (18,4%). Для верифікації ГА в повному обсязі використовувалися інструментальні методи дослідження (УЗД, рентгенографія, ФГДС, при необхідності КТ).

Результати та методи. Згідно бальної шкали AIR при кількості балів менше 4, діагноз ГА був виключений у 11 (28,9%) пацієнтів. На тлі інфузійної і спазмолітичної терапії больовий і диспепсичний синдроми повністю регресували. При показнику 5-7 балів за шкалою AIR діагноз ГА був сумнівний - 12 (31,5%) пацієнтів. За допомогою УЗД і КТ у 8 (21%) був підтверджений, а у 4 (10,5%) була виключена клініка ГА. Інтраопераційно верифіковані катаральна форма червоподібного відростка - 3 (7,8%), флегмонозна форма - 5 (13,1%) пацієнтів. При кількості балів більше 7, діагноз ГА не викликав сумніву у 15 (39,4%) пацієнтів. Інтраопераційно верифіковані флегмонозний ГА - 10 (26,3%), гангренозний - 4 (10,5%), гангренозно-перфоративний - 1 (2,6%).

Висновок. На підставі отриманих даних, комплексний інтегральний підхід з використанням діагностичної бальної шкали AIR є досить точним, зручним і ефективним методом діагностики гострого апендициту, оскільки заснований на використанні доступних досліднику клініко-лабораторних ознак.

*Пелих Іван Миколайович*

## ПОРІВНЯННЯ ВІДКРИТОГО ТА МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Харків, Україна
Харківський національний медичний університет
Кафедра хірургії №2
Науковий керівник: к.мед.н. Антонова М.С.

Кожен 10-й житель нашої країни хворіє на виразкову хворобу шлунка чи дванадцятипалої кишки, майже, кожен 5-й випадок хвороби ускладнюється перфорацією, частіше всього перфорують язви у осіб працездатного віку. Перфоруюча виразка – пряме показання для хірургічного втручання.