



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



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 перфоруєть язви у осіб працездатного віку. Перфоруєча виразка – пряме показання для хірургічного втручання.



Для вибору методики операції треба враховувати: етіологію перфорації, наявність супутніх ускладнень (стеноз, малігнізація, внутрішня кровотеча), тяжкість стану пацієнта, ступінь операційно-анестезіологічного ризику, кваліфікацію хірурга, володіння ним методикою ендоскопічного шва. Також має значення особливість окремого клінічного випадку: вік, стать пацієнта, наявність органної недостатності, тривалість перитоніту (особливо більше 24 годин).

Зараз застосовують стандартну методику хірургічного лікування, а саме відкритий спосіб – висічення виразки і пілоропластика по Гейнеку-Микуличу, у складних випадках виразки луковиці дванадцятипалої кишки застосовують суперселективну ваготомію, при необхідності денервації кислотопродукуючих зон дна та тіла при виразках шлунка; малоінвазивні методи: частіше всього застосовують лапароскопічне ушивання виразки – виконується із трьох або чотирьох портів із інтракорпоральним зав'язуванням вузлів та відеоасистоване ушивання через міні доступ сформований на 1-2,5 см нижче реберної дуги, відступивши 4 см вправо від серединної лінії. В комбінації застосовують антацидні, обволікаючі, проти виразкові лікарські препарати.

Нами ретроспективно досліджено лікування 27 хворих з перфорованою виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, котрі проходили лікування на базі КЗОЗ «ОКЛ –ЦЕМД та МК» у 2019 році. З них 14 хворих проходили лікування за стандартною методикою та 13 хворих з застосуванням малоінвазивних методик.

Не зважаючи на комплексний підхід при використанні стандартної методики лікування виникали ускладнення: стеноз вихідного відділу шлунка у 1 хворого (7,14% випадків), неспроможність швів – у 2 хворих (14,29% спостережень), внутрішньочеревні ускладнення у 1 хворого (7,14% пацієнтів), нагноєння післяопераційної лапаротомної рани - у 3 хворих (21,43% випадків). Що відповідає даним вітчизняних досліджень. Період операції – 52 хв.

Лапароскопічне ушивання виразки – найпопулярніший малоінвазивний метод, виконується із трьох або чотирьох портів із інтракорпоральним зав'язуванням



вузлів. Ускладнення: піддіафрагмальний абсцес – 1 хворий (7,69% випадків), розвиток стенозу вихідного відділу шлунка в 1 хворого (7,69% випадків), неспроможність швів - в 1 хворого (7,69% випадків), внутрішньочеревні ускладнення у 1 пацієнта (7,69% випадків), нагноєння післяопераційної рани - в 0% випадків. Тривалість операції – 50 хв.

Відеоасистоване ушивання проводять через міні доступ сформований на 1-2,5 см нижче реберної дуги, відступивши 4 см вправо від серединної лінії. Ускладнення, лише, виявлено міграцію дренажу в черевну порожнину – 0%. Середня тривалість операції – 63 хв.

Висновки: на даний момент достовірних переваг лапароскопічного методу ушивання порівняно з відкритим не має, як виняток знизити больові прояви та кількість післяопераційних ускладнень, порівняно з стандартним методом. Кількість ускладнень приблизно однакова що при відкритому, що при лапароскопічному методі лікування. Дещо менше летальність при лапароскопічному методі. Вагомих переваг в застосуванні малоінвазивних методів порівняно з відкритим достовірно не встановлено.

Рибак Тетяна Геннадіївна

РОЛЬ ШКАЛИ GLASGOW BLATCHFORD У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ ВИРАЗКОВОЮ КРОВОТЕЧОЮ

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Лесний В.В.

Актуальність. Гострі кровотечі як ускладнення виразкової хвороби є досить актуальною проблемою невідкладної хірургії. За даними МОЗ України 2017-2019 років, кількість хворих з гострою виразковою кровотечею становить 4,43 на 10 тис. населення, тому питання щодо лікування таких пацієнтів є одним із головних.

Мета. Проаналізувати прогностичну значимість шкали Glasgow Blatchford у лікуванні пацієнтів з гострою виразковою кровотечею.