



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



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. Деяко 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.



Матеріали і методи. В основу дослідження покладено аналіз 48 історій хвороб пацієнтів госпіталізованих у хірургічне відділення з клінікою гострої кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту. За виявленими ознаками шкали Glasgow Blatchford: рівень сечовини більше 18 ммоль/л — 5 (10,4%) пацієнтів; гемоглобін 120-100 г/л — 28 (58,3%); гемоглобін менше 100 г/л — 20 (41,7%); систолічний артеріальний тиск більше 110 мм рт ст — 30 (62,5%); систолічний артеріальний тиск більше 100-90 мм рт ст — 10 (20,8%); систолічний артеріальний тиск менше 90 мм рт ст — 8 (16,7%); пульс більше 110 за хвилину — 44 (91,7%); мелена — 48 (100%) пацієнтів; нещодавня втрата свідомості — 7 (14,6%); захворювання печінки в анамнезі — 4 (8,3%); явища серцевої недостатності — 3 (6,25%). Усім пацієнтам проведено в екстреному режимі ФЕГДС і виявлено джерело кровотечі: гостра виразка ДПК — 24 (50%) пацієнта; хронічна виразка ДПК — 10 (20,8%); гостра виразка шлунку — 9 (18,8%); хронічна виразка шлунку — 5 (10,4%); характер кровотечі Forrest IA – 20 (41,7%) пацієнтів; Forrest IB — 28 (58,3%).

Результати дослідження. Згідно шкали Glasgow Blatchford виявлені пацієнти з низьким ризиком рецидиву (кількість балів менше 2) у 26 (54,2%) пацієнтів. Зупинка кровотечі досягнута проведенням ендоскопічного гемостазу шляхом монополярної коагуляції; введенням препаратів пантопразола, транексанова кислота, свіжозаморожена плазма, інфузія розчинів кристалоїдів. Рецидивів кровотечі не було, летальних випадків не було. У 22 (45,8%) згідно шкалі Glasgow Blatchford верифіковано високий ризик рецидиву. Ендоскопічний гемостаз досягнутий шляхом програмованого (через 12 часів) комбінованого гемостазу. У 3 (6,3%) пацієнтів виник рецидив кровотечі в стаціонарі, що потребувало проведення хірургічного лікування в об'ємі екстериоризація виразки ДПК. Летальних випадків не було.

Висновок: Шкала Glasgow Blatchford підтвердила свою прогностичну значимість. Виділено 2 групи: з низьким ризиком рецидиву(кількість балів менше 2) – 26 (54,2%) пацієнтів та високим ризиком рецидиву – 22(45,8%). Дані



враховувалися при виборі лікувальної тактики та при подальшому спостереженні в стаціонарі.

Русанов Олег Дмитрович

ПРОФІЛАКТИКА НЕНАВМИСНОЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ГІПОТЕРМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник: Бойко Олена Володимирівна

Актуальність роботи. Гіпотермія різного ступеня вираженості з'являється більш, ніж у половини хворих під час хірургічних операцій (Togrossian A., 2015). На відміну від штучної гіпотермії, спричиненої анестезіологом, ненавмисна інтраопераційна гіпотермія (НІГ) трапляється без видимих причин, не контролюється і рідко сприймається лікарем як аномальний стан, що веде до розвитку ускладнень і потребує активного лікування. Саме тому раціональний вибір методу загальної анестезії і компонентів інтенсивної терапії в профілактиці НІГ залишається провідним питанням сучасної анестезіології.

Мета роботи. Підвищити ефективність профілактики НІГ при проведенні загальної анестезії з використанням фізичних методів зігрівання пацієнта.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на клінічній базі кафедри медицини невідкладних станів, анестезіології та інтенсивної терапії ХНМУ. Під спостереженням знаходилися 50 пацієнтів (28 чоловіків та 22 жінки), яким були виконані оперативні втручання з 2019-2020 рр. Середній вік хворих склав $59,1 \pm 6,3$ років. Критеріями залучення до дослідження були наявність ішемічної хвороби серця (ІХС), стенокардії напруги II-III функціонального класу за класифікацією Канадського кардіологічного товариства (CCS, 1976). Хворі були розподілені на дві групи в залежності від застосовуваного методу загальної анестезії. В I групі (25 осіб) проводили внутрішньовенну анестезію, у II групі (25 осіб) застосовувалася інгаляційна методика. У кожній з груп були виділені підгрупи за використаним методом профілактики гіпотермії. У підгрупі А