



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



пацієнтів з норицями прямої кишки перевагу надавали малоінвазивним методикам хірургічного лікування.

Висновки. Отримані нормативні величини біоелектричної активності зовнішнього анального сфінктеру та м'язів тазового дна дозволяють не тільки кількісно, але й якісно оцінити функціональну спроможність анального комплексу. Тактика лікування нориць прямої кишки повинна базуватись не тільки на визначенні ступеню ураження сфінктеру, але й враховувати початкові показники скоротливої спроможності анального сфінктеру. Використання мініінвазивних технологій для хірургічного лікування нориць прямої кишки запобігає розвитку недостатності анального сфінктеру у післяопераційному періоді.

Чуприніна Аліна Денисівна

ОЦІНКА ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ІНДЕКСУ АДГЕЗІЇ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СПАЙКОВОЮ КИШКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Науковий керівник: Лесний Вадим Вікторович

Актуальність. Будь-яке оперативне втручання веде за собою утворення спайок, що призводить до розвитку ускладнень, одним з яких є спайкова кишкова непрохідність. На даний момент немає кардинального вирішення даної проблеми, тому у хірургів все ще виникають проблеми з профілактикою і лікуванням цього стану. За статистикою, кишкова непрохідність становить 1,5-9,4% від усіх захворювань органів черевної порожнини, частина яких (50-80%) виникає через спайкоутворення.

Мета. Проаналізувати клінічну значимість перитонеального індексу адгезії (PIA, Cocolini F., 2013) у пацієнтів зі спайковою кишковою непрохідністю.

Матеріали і методи. Проаналізовано 20 медичних карт стаціонарних хворих (випадкова вибірка), госпіталізованих у хірургічне відділення з клінікою спайкової кишкової непрохідності у 2020 році. Критерієм відбору пацієнтів були:



неефективність консервативної терапії; показання до оперативного лікування; відсутність летальності протягом 30 днів післяопераційного періоду. Причиною спайкоутворення були перенесені раніше оперативні втручання: апендектомія - 9 (45%) пацієнтів; резекція ділянки тонкої кишки, санація, дренивання черевної порожнини (защемлена стегнова, вентральна грижі) - 3 (15%); висічення виразкового дефекту, пілородуоденопластика, санація, дренивання черевної порожнини - 3 (15%); правобічна геміколектомія - 3 (15%); обструктивна резекція сигмовидної кишки - 2 (10%). 5 (45%) пацієнтів мали в анамнезі життя 2 і більше оперативних втручання. Хворі були госпіталізовані в термін до 12 годин - 6 (30%) пацієнтів; 12-24 години - 10 (50%); понад 24 години - 4 (20%). У зв'язку з неефективністю протягом 48-72 годин повноцінної консервативної терапії, всім пацієнтам було проведено оперативне втручання. Перевага віддавалася лапароскопічному доступу по відкритій методиці у вільному від спайок і рубців місці черевної порожнини. Інтраопераційно виявлені критерії перитонеального індексу адгезії: спайковий процес у правому підребер'ї, епігастрії - 5 (25%) пацієнтів; у правій клубовій області - 10 (50%); по правому фланку і у порожнині малого таза - 5 (25%). За характером виявлення спайки були: пливчасті, легко розділяються тупим способом - 6 (30%) пацієнтів; практично всі спайки можуть бути розділені тупим способом, деякі спайки можуть бути розділені гострим способом, початок васкуляризації в спайках - 5 (25%); спайки можуть бути розділені тільки гострим способом, в спайки проростають судини - 8 (40%); спайки можуть бути розділені тільки гострим способом, спайки сильно зростаються з внутрішніми органами - 1 (5%).

Результати дослідження. При перитонеальному індексі адгезії до 10 балів виконаний лапароскопічний адгезіолізис у 5 (25%) пацієнтів. Ентеральна недостатність зберігалася у цієї групи пацієнтів протягом $2,5 \pm 1,3$ доби, ранових ускладнень не виявлено. При перитонеальному індексі адгезії від 10 до 20 балів було можливим виконання лапароскопічно асистованого адгезіолізиса при відсутності некрозу кишечника і клініки перитоніту у 3 (15%) пацієнтів. Ентеральна недостатність тривала у цих пацієнтів до $2,8 \pm 1,5$ доби, у 1 (5%)



пацієнта мало місце нагноєння післяопераційної рани. При перитонеальному індексі адгезії більше 20 балів виконаний лапаротомний адгезіолізис, проведена назоінтестинальна інтубація кишечника, тривала перидуральна анестезія у 12 (60%) пацієнтів. Ентеральна недостатність зберігалася до $3,6 \pm 1,1$ доби, у 4 (20%) пацієнтів мали місце ранові та абдомінальні ускладнення.

Висновок. Було проаналізовано клінічну значимість перитонеального індексу адгезії у пацієнтів зі спайковою кишковою непрохідністю. Встановлено, що дана шкала дозволяє оцінити виразність спайкового процесу і післяопераційних ускладнень, а також тривалість ентеральної недостатності.

Яніогло Олеся Олексіївна, Чернякова Олександра Євгенівна, Юревич Надія Олександрівна
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГРАНУЛЕМАТОЗУ ВЕГЕНЕРА У ПРАКТИЦІ
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА**

Харків, Україна
Харківський національний медичний університет
Кафедра оториноларингології
Науковий керівник: Лупир Андрій Вікторович

Актуальність: останніми роками відмічається тенденція до збільшення розповсюдження системних васкулітів, серед яких гранулематоз з поліангіїтом (Вегенера) займає провідне місце. Даний тип васкуліту супроводжується поліморфно-клітинним гранулематозним запаленням переважно респіраторних органів. Гранулематозне запалення респіраторних органів з розвитком виразково-некротичного риніту може бути першопричиною, з якою пацієнт може звернутися до отоларинголога, сімейного лікаря, а відсутність специфічних ознак у дебюті захворювання утруднює ранню його діагностику та лікування.

Мета роботи: підвищення обізнаності отоларингологів та лікарів сімейної практики щодо рідкісних аутоімунних захворювань.

Матеріали та методи: опис клінічного випадку та аналіз літератури за даною тематикою на основі бази даних PubMed, PubSCIENCE, GoPubMed, HubMed.

Обговорення: до сімейного лікаря звернувся пацієнт Х., 55 років, зі скаргами на хронічну закладеність носа, сухість у носі, гнійні виділення з носу, кірки у носі,