

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

## ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

## МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2016

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених**

**та студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 2 группы больных (всего 40 человек), возрастом от 19 до 65 лет, с клинической картиной ЭН. В каждой группе были больные с различной степенью ЭН: компенсированная (КЭН), субкомпенсированная (СЭН) и декомпенсированная (ДЭН). В первой группе - 21 пациент (52,5%) - проводилось раннее энтеральное питание питательными смесями (Pertamen и Clinutren 1.0 фирмы Nestle™). При КЭН через 2-4 часа производили пероральный прием жидкостей с одной из питательных смесей. При СЭН осуществляли декомпрессию кишечника и введение электролитов и глюкозы через зонд, спустя 48 часов производили энтеральное питание одной из смесей через зонд. В течении 48 часов при ДЭН производили подготовку кишечника аналогично СЭН, через 48 часов стимулировали перистальтику кишечника медикаментами (церукал, прозерин) с пероральным приемом жидкостей, а по истечению 72 часов назначали одну из питательных смесей для энтерального питания.

Вторую группу составили 19 (47,5%) человек, им проводилось парэнтеральное введение аминокислот, солевых растворов, ферментных препаратов, витаминно- и иммуномодулирующая терапия в послеоперационном периоде.

Результаты. В первой группе пациентов с КЭН у 10 (47,6%) пациентов, которым проводилось энтеральное питание, наблюдалось полное восстановление функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на 2-3 сутки. Нормализация функций ЖКТ у 10 (52,6%) пациентов с КЭН из второй группы, получавших питательные вещества парэнтерально, оказалась более отсроченной – на 4-5 сутки. Похожие результаты были получены при анализе результатов лечения больных с СЭН: у 5 (26,3%) больных первой группы, получавших зондовое энтеральное питание, на 3 сутки отмечена нормализация функций ЖКТ; у 5 (26,3%) больных, получивших нутриенты парэнтерально, схожие результаты были достигнуты лишь по истечении 5 суток. В первой группе больных с ДЭН у 5 (23,8%) из 6 (28,6%) больных отмечилось клиническое улучшение и нормализация функций ЖКТ на 3 сутки, у 1 (4,8%) больного не удалось предупредить развития полиорганной недостаточности (ПОН), что привело к смерти. Среди 4 (21,1%) больных второй группы с ДЭН стабилизация наступила у 2 (10,5%) пациентов на 6 сутки, 2 (10,5%) человека умерло вследствие развившейся ПОН.

Выводы. Применение разработанной тактики энтерального питания в совокупности с максимально ранним назначением энтерального питания способствует более быстрому восстановлению функций жизненно важных органов и систем, что является одним из ключевых факторов выздоровления пациента и профилактики полиорганной недостаточности.

**Прийменко Д.С.**

**ОЦЕНКА БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ  
ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ,  
ИСПОЛЬЗОВАВШИХ СРЕДСТВА РАЗГРУЗКИ КОНЕЧНОСТИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**кафедра общей хирургии № 1,**

**Харьков, Украина**

Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы приводят к тяжким социальным и экономическим последствиям. Обязательной составляющей лечения является применение различных средств разгрузки.

Цель исследования – сравнить болевые ощущения у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы, которые применяли полубашмак, гипсовую лонгету и разработанное нами устройство для разгрузки стопы (патент на полезную модель 90977) на этапе стационарного лечения с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ).

Материалы и методы. Больные были распределены на три группы. В первой использовали полубашмак (18 человек), во второй – гипсовую лонгету (19 человек), в третьей – устройство для разгрузки стопы (22 человека).

На 1 сутки после начала применения средств разгрузки в первой группе у 15 больных были установлены болевые ощущения, во второй группе – у 16, в последней группе – у 18 пациентов. По итогам применения ВАШ получены следующие результаты по указанным группам:  $45,8 \pm 6,1$ ;  $36,8 \pm 5,0$  и  $40,4 \pm 5,3$ .

На 20 сутки показатели снизились в несколько раз и составили  $9,9 \pm 2,6$  в первой группе,  $4,7 \pm 1,6$  во второй и  $5,3 \pm 1,6$  в третьей группе, а также уменьшилось количество пациентов, испытывавших боль. Следовательно, худшие результаты выявлены у пациентов, которые носили полубашмак, так как у них стопа чаще соприкасалась с поверхностью, увеличивая давление на рану, что сказывалось на процессе заживления и усилении болевых ощущений.

**Робак В.І., Курбатов В.О., Бурсак А.Г.**

## **ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: АНАЛІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра загальної хірургії №2,**

**Харків, Україна**

**Науковий керівник – д.мед.н., професор Сипливи́й В.О.**

Актуальність. Для попередження розвитку післяопераційних ускладнень та оптимізації лікувальної тактики у хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП) важливим і актуальним є виявлення параметрів, які дозволяють швидко і точно виділити хворих, що потребують більш інтенсивної лікувальної тактики.

Мета дослідження: провести аналіз післяопераційної летальності хворих на ГНП та визначити клінічні параметри, що відображають високу вірогідність несприятливого перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 125 хворих на ГНП. Критерієм залучення до дослідження була наявність у хворого гострого некротичного панкреатиту з недостатністю органів та ускладненнями з боку черевної порожнини. У післяопераційний період померло 34 (27,2%) хворих. Причиною смерті 26 (76,5%) хворих була поліорганна недостатність, 8 (23,5%) хворих – серцева недостатність. Проведено аналіз клінічних показників хворих на гострий панкреатит з виокремленням групи хворих, які померли в стаціонарі від ускладнень панкреонекрозу.

Результати та обговорення. Середній вік померлих складав ( $60,5 \pm 3,56$ ) років, середній вік хворих, що вижили – ( $47,75 \pm 1,89$ ) років ( $p < 0,05$ ). Середній час від початку захворювання до госпіталізації складав ( $5,2 \pm 2,1$ ) доби. Середній час від початку захворювання до госпіталізації у групі померлих складав  $6,4 \pm 1,2$  доби ( $p < 0,05$ ). Факторами розвитку ГНП були: жовчно-кам'яна хвороба – 45 (36,0 %) хворих, аліментарний фактор – 41 (32,8 %) хворих, вживання алкоголю – 35 (28,0 %) хворих, оперативні втручання на органах верхнього етажа черевної порожнини - 3