



ISSN 2522-1116

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**науково-практичної конференції з міжнародною участю
молодих вчених та студентів**

**«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації - 2021»**

15 – 16 квітня 2021 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2021

УДК: 61
А43

Конференцію зареєстровано в Укр ІНТЕІ (посвідчення № 163 від 12.02.2021).

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., проф. Беленічев І.Ф.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Павлов С.В., доц. Лур'є К.І., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., проф. Разнатовська О.М., ст.викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

Секретаріат: ас. Данукало М.В., ст.викл. Борсук С.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 15 – 16 квітня 2021 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 202с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2021.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИЧНОГО ПРОТОКОЛУ У ПАЦІЄНТІВ З СИНДРОМОМ ТАЗОВОГО ВЕНОЗНОГО ПОВНОКРОВ'Я

Гавриленко Б. С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Никоненко А. О.

Кафедра госпітальної хірургії

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати результати інструментальних методів дослідження у пацієнтів з синдромом тазового венозного повнокров'я для оптимізації діагностичного протоколу з урахуванням порушення венозної гемодинаміки.

Матеріали та методи. У дослідження включено 91 пацієнт проліковані з 2017 по 2020 роки з с-м тазового венозного повнокров'я у поєднанні або без екстравазальної компресії лівої ниркової вени (с-м Лускунчика) та компресії лівої здухвинної вени правою здухвинною артерією (с-м Мея – Тернера). В дослідженні було 87.1% жінок та 12.9% чоловіків. Середній вік пацієнтів 43 ± 14.3 роки (від 13 до 68). ІМТ – 19.2 ± 2.5 . Передній с-м Лускунчика простерігався у 87.1% пацієнтів, задній – у 12.9%. У 70 жінок мали с-м тазового венозного повнокров'я в поєднанні з симптоматичним перебігом с-м Лускунчика. С-м Мея – Тернера спостерігався у 21 пацієнта та був поєднаний з тазовим повнокров'ям. Найбільш поширені скарги були такі: абдомінальний біль – 66.7%, поперековий біль – 18.5%, біль в лівому верхньому квадранті – 33.3%, біль в правому верхньому квадранті – 22.2%, біль по лівому фланку – 25.9%, біль по правому фланку – 11.1%, тазовий біль спостерігався у 76.9% пацієнтів, біль пов'язаний з фізичним навантаженням – 71.4%, немоціанальна лабільність у 74.1% пацієнтів. Больовий с-м за шкалою VAS – 6.3 ± 2.4 . Ортостатична протеїнурія відмічалась у 24 пацієнтів, гематурія у 21 пацієнтів. Мультиспіральна комп'ютерна томографія (64 зрізи) з контрастною речовиною (артеріальна та венозна фази) була виконана всім пацієнтам. Кут між аортою та ВБА (сагітальний зріз) бів 23.4 ± 13.0 градусів. На аксіальних зрізах стенотичний діаметр лівої ниркової вени був 2.6 ± 1.4 мм, престенотичний діаметр був 10.7 ± 1.9 мм. Діаметр лівої гонадної вени був 9.9 ± 2.4 мм, абдомінального відділу аорти – 14.9 ± 2.2 мм. Пікова систолічна швидкість при УЗД в режимі «доплер» складає 8.2 ± 3.1 . Венографія була виконана 3 4 пацієнтів.

Отримані результати. Відповідно до отриманих даних було виявлено 4.7% феномену Лускунчика під час рутинного КТ дослідження. Пацієнти з симптоматичним перебігом мають патологічні зміни у куті між аортою та ВБА, значний стеноз лівої ниркової. Колатеральний кровотік розвивався у 53 пацієнтів через розширену ліву гонадну вену, у 15 пацієнтів через розширені хребтові вени, у 7 – через непарну вену. У 9 пацієнтів не спостерігалось колатерального кровотоку, у котрих спостерігалась виражена симптомактика (біль в попереку, тазовий біль, біль пов'язаний з фізичною активністю). При проведенні венографії було виявлено розширення інтратренальних вен у 4 пацієнтів. У 1 пацієнта був тромбоз лівої ниркової вени через нелікований с-м Лускунчика. На основі отриманих результатів ми оптимізували діагностичний протокол для пацієнтів з скаргами такого характеру, котрий включає в себе: мультиспіральна комп'ютерна томографія, пасаж барію по ШКТ, УЗ дослідження ниркової вени, УЗ дослідження вен тазу (трансвагінальне), загальний аналіз крові та сечі в ортостазі та без. На основі оптимізованого алгоритму ми виявили що причиною болю був с-м тазового венозного повнокров'я в поєднанні або без с-м Лускунчика у 67 пацієнтів. У 34 пацієнтів біль був пов'язаний з іншою патологією.

Висновки. На основі проведеного дослідження ми визначили що основним методом діагностики є комп'ютерна томографія. Різноманітність клінічних проявів пов'язана з розвитком колатерального кровотоку. Дотримання діагностичного алгоритму у пацієнтів з підозрою на синдром тазового венозного повнокров'я та синдром Лускунчика дозволить виключити інші захворювання та визначити план лікування відповідно до патології венозного кровотоку.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СПОСОБІВ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ВІДКРИТИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Гришечкін О.І.

Науковий керівник: PhD з медицини Кузьменко Т.С.

Кафедра: анестезіології та інтенсивної терапії

Запорізький державний медичний університет

Актуальність: кількість оперативних втручань щороку зростає, а інтенсивний післяопераційний біль, який відмічають 40 % пацієнтів, погіршує перебіг відновлювального

періоду, сприяє розвитку ускладнень, подовжує термін відновлення та може перейти у хронічний процес. Пошук способів ефективного післяопераційного знеболення є актуальним питанням.

Мета роботи: проаналізувати дані сучасної літератури та порівняти ефективність способів післяопераційного знеболення пацієнтів після відкритих абдомінальних операцій.

Матеріали та методи: проведений аналіз джерел літератури наукометричних систем Google Scholar, PubMed, CyberLeninka, Cochrane Database.

Отримані результати. При вивченні даних сучасної літератури виявлено, що одними із найефективніших методик післяопераційного знеболення після відкритих абдомінальних втручань є використання подовженої епідуральної аналгезії (ПЕА), а також проведення ТАР- та QL-блокад. Однак аналіз робіт, в яких порівнювалась знеболююча ефективність цих способів показав, що думки дослідників різняться. Shankar Iyer S. та співавт. (2017), а також Niraj G. зі співавт. (2011) встановили, що аналгетична ефективність переважала у груп ПЕА у порівнянні із групою ТАР-блоків. Проте результати досліджень Kandi Y. та співавт. (2015) показали, що ТАР-блоки забезпечують кращу післяопераційну аналгезію у порівнянні з ПЕА. У своїй роботі Murouchi T. та співавт. (2016) продемонстрували, що QL-блокади у порівнянні з ТАР-блоками викликають більш поширений та тривалий знеболюючий ефект після абдомінальних оперативних втручань. Дослідження Aditianingsih зі співавт. (2019) показало, що QL-блоки мають схожу аналгетичну ефективність у порівнянні з епідуральною аналгезією протягом першої доби після оперативного втручання.

Висновок. ПЕА, ТАР- та QL-блокади є одними з основних способів післяопераційного знеболення пацієнтів після проведення відкритих оперативних втручань на органах черевної порожнини. Дані сучасних досліджень відносно їх аналгетичної ефективності є неоднозначними, а тому неможливо виділити один із способів післяопераційного знеболення у якості кращого.

РОЛЬ АНАЛГОСЕДАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРАГІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Давигора Л.О.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Воротинцев С.І.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: визначити роль аналгоседації в комплексному лікуванні хворих на геморагічний інсульт та виявити оптимальну комбінацію препаратів для її проведення.

Матеріали та методи: За ключовими словами «intracerebral haemorrhage», «sedation», «intensive care», «analgesia» проведено пошук інформації в базах даних журналів Stroke, Lancet, Chin. J Stroke, Chin. J Neurosurgery, Neuropathology, N. Engl. J Med, BMC Neurology, Neurocritical Care, Crit. Care Medicine, J Cereb Blood, Flow&Metabol, J Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, J Emergencies, Trauma and Shock, American Journal of Health-System Pharmacy та на ресурсах EMCrit Project і PubMed за період з 2010 року по 2021 рік. Для аналізу вибрано 53 публікації закордонних та вітчизняних авторів.

Отримані результати: Всі автори зазначають про необхідність проведення аналгоседації у пацієнтів з геморагічним інсультом для запобігання розвитку вторинних ушкоджень головного мозку. Доведено, що це відбувається шляхом підтримання більш якісного контролю варіабельності системної та церебральної гемодинаміки.

В публікаціях розглянуті різні варіанти комбінації препаратів для аналгоседації. Найбільш поширеними є: суфентаніл + мідазолам (0,05-0,2 мг/кг/год), дексмететомідин (0,1-0,6 мкг/кг/год) + реміфентаніл (0,025-0,05 мкг/кг/хв), пропофол (3-4 мг/кг/год) + кетамін (1-5 мг/кг/год), тіопентал натрію (2 мг/кг болюс та 2 мг/кг/год підтримка) + фентаніл. Однак, жодна з комбінацій не визначена як оптимальна, через недостатню кількість даних.

У всіх публікаціях описані різні часові рамки проведення аналгоседації – від 12 годин до 7 діб. Однак зазначено, що необхідність у аналгоседації повинна визначатись індивідуально, в залежності від об'єму ушкодження головного мозку, неврологічного статусу та ін.

Висновки: Правильна аналгезія і седація мають велике значення для попередження вторинних ушкоджень головного мозку у хворих з геморагічним інсультом. Вибір комбінації препаратів для аналгоседації визначається впливом кожного агента на системну та церебральну гемодинаміку. Техніка аналгоседації має бути збалансованою між ризиком поглибити травму головного мозку і потенційними перевагами покращення неврологічної функції. Вивчення ролі аналгоседації у пацієнтів з геморагічним інсультом залишається актуальним питанням інтенсивної терапії й потребує більш детального вивчення.