



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. Бєленічев 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.

**Метою даного дослідження** було проаналізувати результати застосування ендоскопічних методів гемостазу при лікуванні GIST, які ускладнилися кровотечею.

**Матеріали та методи:** до дослідження включено 16 пацієнтів, які були госпіталізовані до хірургічного відділення КП ПОКЛІ ПОР ім. М.В. Скліфосовського протягом 2018-2020 років. Чоловіків було 11, жінок — 5. Середній вік пацієнтів складав  $62,4 \pm 5,51$  років. GIST локалізувався в шлунку у 14 випадках; у дванадцятипалій кишці (ДПК) — у 2-х. Два пацієнти госпіталізовано з триваючою кровотечею (Forrest Ib), 8 пацієнтів мали ендоскопічні стигмати кровотечі Forrest Ib, 6 пацієнтів – Forrest Pa. Лікування хворих проводилося з застосуванням ендоскопічного гемостазу(ЕГ): аргоноплазмової коагуляції у 11 випадках, аргоноплазмової коагуляції з ін'єкційною терапією – у 5 випадках. Рецидив кровотечі після ЕГ спостерігали у 3 (18,75%) пацієнтів. При цьому у 2 випадках стійкого гемостазу вдалося досягти завдяки застосуванню аргоноплазмової коагуляції та кліпування, в одному випадку (6,25%) проведена резекція шлунку за Макі-Шалімовим.

**Висновки:** таким чином GIST можуть бути однією з причин розвитку кровотеч з верхніх відділів травного каналу неварикозного генезу. Застосування мініінвазивних методів ЕГ дозволяє досягти стійкого гемостазу, що в подальшому дає змогу проводити радикальне лікування пацієнтів в умовах спеціалізованого стаціонару.

### **ЧЕРЕЗВИРОСТКОВІ ПЕРЕЛОМИ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ДІТЕЙ (ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ)**

Коломеєць В.В.

Науковий керівник: ас. Корнієнко Г.В.

Кафедра дитячих хвороб

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** результати лікування черезвиросткових переломів плечової кістки у дітей в травматологічному відділенні Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні (ЗОКДЛ) в порівнянні з відомими світовими клініками.

**Матеріали і методи:** У дослідження включені проліковані випадки черезвиросткових переломів плечової кістки в ЗОКДЛ на протязі 9 років (2013 – 2021рр.). Всього було 560 дітей: хлопчиків 368 (64%), дівчаток 202 (36%); лівобічні переломи 185(33%) і правобічні переломи 375(77%). Як правило застосовувався консервативний метод лікування – закрита репозиція, фіксація пов'язкою Блаунта (94%). Значно рідше застосовувалось оперативне втручання (6%).

По даним зарубіжних видань, в 11 клініках Окінава (Японія) в даний час (2019р.) як правило використовувався оперативний метод лікування. Всього було 144 хворих, із них оперовано 89 (62%).

Отримані результати: Згідно нашим даним: при консервативному лікуванні було досягнуто задовільне зіставлення в 93% випадків, а в 7% – допустиме. У 73% було відновлено повна амплітуда рухів в ранньому періоді, у 27% в пізньому.

В клініках Японії, згідно даних публікації, використовувалось як правило оперативне лікування, методика Percutaneous Pinning (чрезшкірна фіксація шпильками). При її неефективності – відкрита репозиція та фіксація за допомогою металевих пластин.

**Висновки:** методи лікування нашої клініки, на що вказують результати порівняльного аналізу, відповідають результатам лікування черезвиросткових переломів в клініках Окінава (Японія).

При виборі методу лікування у конкретної дитини необхідно віддавати перевагу консервативному методу, як більш щадному. якщо його анатомічний, і функціональний результат не гірший від оперативних методик.

### **ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ЗУПИНКИ КРИТИЧНОЇ КРОВОТЕЧІ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ НА ЕТАПАХ НАДАННЯ ДОПОМОГИ**

Копотій О. С.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Льовкін О.А.

Кафедра медицини катастроф, військової медицини та нейрохірургії

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження** – порівняти ефективність методів тимчасової зупинки критичної кровотечі під час надання допомоги при бойовій травмі.

**Матеріали та методи.** Був проведений аналіз 80 випадків зупинки критичної кровотечі військовослужбовцям та мирному населенню при бойовій травмі на етапах прямої загрози, непрямой загрози та медичної евакуації у 2019-2021 рр. під час відрядження в зону проведення АТО/ООС. Первинна звітна документація була представлена «ТССС картками поранених» та журналом «Запису звернень про невідкладну медичну допомогу». Критерієм відбору була ізольована критична кровотеча з кінцівок, яку тимчасово зупиняли за допомогою турнікету, або джгута Есмарха, або імпровізованого джгута, або притисненням магістральних судин.

**Отримані результати.** Під час дослідження у 26 (32,5%) випадках був використаний турнікет, у 22 (27,5%) випадках джгут Есмарха, у 14 (17,5%) випадках імпровізований джгут, у 18 (22,5%) – притиснення магістральних судин. Критеріями ефективності зупинки критичної кровотечі ми використовували – відсутність активної кровотечі з рани та відсутність пульсу дистальніше місця зупинки кровотечі. Таким чином, турнікет був ефективним у 77%. Але в 6 (23%) випадках знадобилося накласти додатковий турнікет на етапі медичної евакуації. Використання джгута Есмарха було ефективним у 10 (45%) випадках, тому даний метод вимагав додаткової зупинки кровотечі іншим методом (використання турнікету або тампонування рани), також у 6 (27%) випадках виникла повторна кровотеча на етапі медичної евакуації. Імпровізований джгут був ефективним у 2 (14%) випадках на етапі прямої та непрямой загрози, але кровотеча відновилася у термін до 5 хвилин. Метод притиснення магістральних судин був ефективним лише у фазі прямої загрози терміном до 3-5 хвилин, та викликав необхідність вибору іншого методу зупинки критичної кровотечі. Даний метод не використовувався на етапі медичної евакуації.

**Висновки:**

1. Найбільш ефективним був метод використання турнікету (77%).
2. Джгут Есмарха був ефективним у 45% випадків, але в 27%, на етапі медичної евакуації, виникала повторна кровотеча.
3. Імпровізований джгут був ефективним лише у 14%.
4. Метод притиснення магістральних судин використовувався тільки у фазі прямої загрози терміном до 3-5 хвилин.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Котенко А.И., Капшитарь А.В., Капшитарь А.А.

Научный руководитель: д. мед. н., проф. Завгородний С.Н.

Кафедра общей хирургии и последипломного хирургического образования

Запорожский государственный медицинский университет

**Цель:** провести анализ результатов эндоскопического гемостаза у пациентов пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы:** Работа выполнена в хирургическом отделении с Центром желудочно-кишечных кровотечений КНП «Городской больницы экстренной и скорой медицинской помощи» у 32 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнённым острым желудочно-кишечным кровотечением, которым выполнена фиброгастроуденоскопия с эндоскопическим гемостазом за период с 2019 по 2020 годы. Мужчин – 19 (59,38%), женщин – 13 (40,63%). Возраст 60-91 год. Средний возраст 74 года. Язвенный анамнез имел место у 20 (62,5%) пациентов, длительностью от 6 до 22 лет. Диспансерное наблюдение у семейного врача проходили 4 (12,5%) больных. Все пациенты доставлены СМП в течение суток от начала кровотечения.

**Полученные результаты:** при госпитализации выполнено клиническое обследование больных, оценены данные клинико-биохимических показателей, лучевых методов. ФГДС осуществлена аппаратом Olympus GIF – 20 (Япония). Активность кровотечения оценивали по Forest J.A.H (2006): F1a-4 (12,5%), F1b-14 (43,75%), F1a-1 (3,13%), F1b-6 (18,75%), F1c-7 (21,88%). Используя метод электрокоагуляции осуществлен эндоскопический гемостаз. Консервативная терапия. Стойкий гемостаз наступил у 24 (75%) пациентов и они выписаны для окончания лечения у семейного врача с решением вопроса о плановой операции.

Рецидив кровотечения возник у 8 (25%) больных в течение первых суток. Экстренная операция у 6 (75%) пациентов: резекция желудка по Бильрот 2 – Бальфуру (2), иссечение язвы с пилорпластикой по Джаду-Хорсли (2), гастрэктомия (1), прошивание сосуда с экстракритериторизацией