

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Підсумкова LXV науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**

9 червня 2022 року

**Тернопіль
ТНМУ «Укрмедкнига» – 2022**

Мета. Вивчити та проаналізувати обставини пошкоджень плечового поясу та грудної клітки у постраждалих в ДТП.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано 271 карту стаціонарного хворого, котрі проходили лікування в КНП «Тернопільська міська клінічна лікарня швидкої допомоги» протягом 2015–2020 років. У загальному масиві обстежених було 184 (67.9%) чоловіків, та 87 (32.1%) жінок.

Основні результати. Як свідчить аналіз найчастіше травми плечового поясу та грудної клітки при ДТП отримували велосипедисти 60 (32,6%) у чоловіків, в той час, як у жінок найбільш частіше плечового поясу та грудної клітки спостерігалася у пішоходів 52 (59,8%). Друге місце посідають водії автомобіля 41 (22,2%) у чоловіків, тоді як у жінок переважають пасажирів автомобіля 20 (22,1%). Не слід нехтувати показниками отримання травм у чоловіків при ДТП, як пасажирів автомобіля 23 (12,5%) та мотоциклетної травми 17 (9,2%). У жінок отримання поєднаних травм як водій автомобіля та велосипедисти практично ідентичний: 8 (9.2%) та 7 (8%) відповідно.

Висновки.

1. Травматичні пошкодження плечового поясу та грудної клітки при ДТП є частим компонентом політравми.
2. Переважну кількість травм плечового поясу та грудної клітки при ДТП постраждалі отримують при керуванні велосипедом у чоловіків (32,6%), в той час як у жінок, як пішоходи (59,8%).

Данилюк М. Б., Кубрак М. А., Лобурець К. О.

РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ДЛЯ КАТЕГОРІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ З ГОСТРИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Запорізький державний медичний університет

Ціллю нашої роботи стала оцінка ефективності алгоритму передопераційної підготовки, розробленого на кафедрі загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медичного університету, у хворих з гострим холециститом у похилому та старечому віці.

Матеріали та методи дослідження

Для проведення оцінки ефективності алгоритму передопераційної підготовки у хворих похилого та старечого віку з діагнозом ЖКБ, гострий холецистит було проаналізовано результати 153 пацієнтів, які проходили лікування у КНП «ГБЕ та СМП» ЗМР.

Пацієнти відбиралися за певними критеріями. Пацієнти віком від 60 до 89 років, госпіталізовані в ургентному порядку з діагнозом ЖКБ, гострий холецистит.

Діагноз підтверджений на підставі клінічного обстеження пацієнта та ультразвукового дослідження.

Усі хворі поділені на дві групи. До групи порівняння включено 89 пацієнтів (58,2%). У цій групі лікування проводилося відповідно до

стандартів та протоколів лікувального закладу. В основну групу включено 64 пацієнти (41,8%). У пацієнтів цієї групи застосовано алгоритм передопераційної підготовки для пацієнтів похилого та старечого віку з гострим холециститом, розроблений кафедрою загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти Запорізького державного медичного університету.

Середній вік хворих у групі порівняння становив $69,7 \pm 7,3$, в основній групі $72,3 \pm 8,3$, $U=2324,00$, $p=0,0528$. За гендерною структурою у групі порівняння пацієнтів жіночої статі було 67 (75,3 %), чоловіків 22 (24,7 %), у основній групі жінок 46 (71,9 %), чоловіків 18 (28,1 %).

Результати та обговорення.

За результатами УЗД дослідження, до оперативного втручання достовірної різниці між групами дослідження не виявлено (у групі порівняння гострий холецистит без деструкції виявлено у 73 хворих (82,0 %) в основній групі у 49 (76,6 %), ознаки деструкції стінки жовчного міхура у групі порівняння було виявлено у 16 хворих (18,0 %), в основній групі у 15 (23,4 %), $U=2748$, $p=0,5664$).

Використання алгоритму не вплинуло на тривалість передопераційної підготовки пацієнтів: у групі порівняння 26,00 (7,00; 27,00) годин, в основній групі 24,00 (21,00; 37,00) години, $U=2305,50$, $p=0,0570$

Тривалість оперативного втручання в основній групі зменшилася: 60,00 (50,00; 80,00) хв у групі порівняння та 35,50 (30,00; 50,00) хв в основній групі, $U=1136,00$, $p<0,0001$. Тривалість штучної вентиляції легень у групі порівняння була 80,00 (70,00; 120,00) хв, тоді як в основній групі 63,00 (52,50; 75,00) хв, $U=1316$, $p<0,0001$. Необхідність перебування у відділенні інтенсивної терапії та пролонгованого ШВЛ у групі порівняння була потрібна 15 пацієнтам (16,9 %), тоді як в основній групі – 2 (3,1%), $U=2457,00$, $p=0,008$. Загальна кількість післяопераційних ускладнень у групі порівняння була у 19 (21,3%) пацієнтів, в основній групі у 6 (9,4%), $U=1745,50$, $p<0,0001$. Тривалість перебування у стаціонарі у групі порівняння склала $10,9 \pm 2,5$ дні, в основній групі $8,3 \pm 2,3$ дні, $U=1745,50$, $p<0,0001$. Гангренозний холецистит у групі порівняння підтверджений гістологічно у 30 пацієнтів (33,7 %), тоді як в основній групі лише у 9 (14,2 %), $U=2256,50$, $p=0,0288$. Хронічний холецистит у стадії загострення у групі порівняння виявлено у 12 (13,5 %) хворих, у основній у 25 (39,0 %), $U=2119,50$, $p=0,007$.

Зниження частоти деструктивних форм холециститу, внаслідок застосування алгоритму розробленого на кафедрі, знижує необхідність лапаротомії та дозволяє провести оперативне втручання малоінвазивним способом у більшій ймовірності. Лапароскопічна холецистектомія у контрольній групі виконана у 66 пацієнтів (74,1 %), в основній групі у 63 (98,4 %), $U=2156,00$, $p=0,0106$

Для оцінки тяжкості стану хворих та порівняння результатів була застосована шкала P-POSSUM. Аналізуючи результати отриманих даних видно, що обидві групи хворих надійшли в рівнозначному за тяжкістю стані, $30,8 \pm 5,2$ балів у групі порівняння та $31,6 \pm 5,7$ в основній, $U=2684,00$, $p=0,5437$.

При цьому покращення стану хворих основної групи у порівнянні з контрольною групою, у першу добу після операції, на фоні проведення передопераційної підготовки (в основній групі $28,2 \pm 4,6$ та $31,1 \pm 7,8$ балів у групі порівняння, $U=2219,00$, $p=0,0201$) достовірно підтверджує ефективність застосування алгоритму розробленого нашою кафедрою.

Висновок. Застосування розробленого кафедрою алгоритму дозволило усунути больовий синдром та прогресування запального процесу, тим самим запобігти клініці перитоніту та знизити необхідність у виконанні первинної лапаротомії. Стабілізація хворих, і як наслідок рання активізація у післяопераційному періоді, через застосування менш травматичного виду оперативного втручання, призвело до зниження частоти післяопераційних ускладнень та дозволило знизити тривалість післяопераційної реабілітації хворих.

УДК: 616.341-007.272-089

Дзюбановський І. Я., Бенедикт В. В., Продан А. М.

ДЕЯКІ ПРИЧИНИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими науковими чи практичними завданнями. Відомо, що серед всіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гостра непрохідність тонкої кишки (ГНТК) залишається однією з складних і актуальних проблем ургентної хірургії, яка супроводжується високою летальністю. Основними причинами незадовільних результатів лікування таких хворих є розвиток у них різних гнійно-септичних ускладнень, пізні звернення їх за медичною допомогою і перевага пацієнтів похилого і старечого віку.

Метою нашої роботи є дослідження у хворих на ГНТК частоти і характер факторів, які можуть сприяти незадовільним результатам хірургічного лікування пацієнтів.

Методики дослідження. Для визначення негативних критеріїв у перебігу ГНТК нами проведено ретроспективний аналіз летальних випадків у 30 хворих з досліджуваною патологією. Причиною виникнення ГНТК були: спайкова хвороба черевини – у 19 (63,34 %), защемлення внутрішніх і зовнішніх гриж – у 10 (33,33 %) і в 1 (3,33 %) випадку – непрохідність, причиною якої був жовчний камінь. У 20 пацієнтів анамнестично виявлені оперативні втручання кількістю від 1 до 4.

Основний матеріал. Виявлено, що пацієнтів похилого і старечого віку було 93,33 %. 70,0 % пацієнтів всіх вікових груп поступили в хірургічне відділення пізніше 24 годин. В основному це хворі у віці 60 і більше років. На першу добу захворювання було госпіталізовано тільки 30,0 % від всіх випадків. Виявлено, що тільки в 58,62 % пацієнтів при направленні в стаціонар лікарями було поставлено діагноз непрохідності кишки. Причинами встановлення помилкових діагнозів на догоспітальному етапі були об'єктивного характеру: