



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

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

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
«ДОСЯГНЕННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЧНОЇ ТА
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ – 2022»**

4 лютого 2022 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2022

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

ГОЛОВА ОРГКОМІТЕТУ:

ректор ЗДМУ, Заслужений діяч науки і техніки України, проф. Колесник Ю.М.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:

проректор з наукової роботи, Заслужений діяч науки і техніки України, проф. Туманський В.О.;

голова Координаційної ради з наукової роботи студентів, проф. Бєленічев І.Ф.;

голова наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, проф. Павлов С.В.;

секретар Координаційної ради з наукової роботи студентів, ст. викл. Абросімов Ю.Ю.;

голова студентської ради ЗДМУ Федоров А.І.

ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:

заступник голови студентської ради Будагов Р.І.; голова навчально-наукового сектору студентської ради Єложенко І.Л.

Інструментальне обстеження включало ультразвукове дослідження черевної порожнини, ендоскопічну відеоезофагогастроуденоскопію, магнітно-резонансну панкреатохолангіографію, комп'ютерну томографію черевної порожнини.

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільш частою причиною непрохідності термінального відділу холедоха при ЖКХ був стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) у поєднанні з холедохолітіазом, який виявлений у 66 (37,1 %) хворих. Іншими причинами були стеноз ВСДК, встановлений у 52 (28,9 %), вклинений камінь ВСДК – у 27 (14,9 %), холедохолітіаз у 21 (11,8 %), хронічний головчастий панкреатит у 13 (7,3 %). У 164 (91,4 %) хворих визначався синдром МЖ, у 60 (33,1 %) – гострий холангіт, у 14 (8,1 %) – гострий біліарний панкреатит. У 28 (15,8 %) хворих раніше виконана холецистектомія. Усі хворі були прооперовані.

Ендоскопічні способи корекції непрохідності термінального відділу холедоха включали виконання ендоскопічної ПСТ, ендоскопічної холедохолітотомії та/або холедохолітоекстракції, рідше ендоскопічної супрапапілярної ХДС, а також один із варіантів дренування позапечінкових жовчних шляхів.

Після нормалізації клініко-лабораторних показників хворим другим етапом виконувалась лапароскопічна холецистектомія. При неможливості ендоскопічної корекції непрохідності термінального відділу холедоха, хворим виконувалась відкрита лапаротомія з холедохолітотомією та дренуванням позапечінкових жовчних шляхів.

Таким чином, застосування існуючих і запропонованих нових способів ендоскопічних втручань при ЖКХ, ускладненій непрохідністю термінального відділу холедоха, дозволило вірогідно знизити частоту післяопераційних ускладнень та післяопераційну летальність.

Висновки. Ендоскопічні транспапілярні способи хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, є вискоєфективними і дозволяють мінімізувати частоту післяопераційних ускладнень і летальність.

ПІКОВИЙ КАШЛЬОВИЙ ЕКСПІРАТОРНИЙ ПОТІК ТА ІНДЕКС ТОБІНА ЯК МАРКЕРИ ВДАЛОЇ ЕКСТУБАЦІЇ У ВІТ

Утрерас Д.А.

Науковий керівник: асп. Момот Н. В.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Запорізький державний медичний університет

Навіть після успішного тесту спонтанного дихання, в 10–20% випадків екстубація є невдалою. Наразі триває пошук прогностичної критеріїв успішності екстубації, одними з яких є індекс Тобіна та піковий кашльовий експіраторний потік (ПКЕП). Декілька досліджень показало ефективність цих критеріїв, але даних все ще недостатньо.

Мета: Оцінити цінність ПКЕП та індексу Тобіна, як прогностичних критеріїв успіху або невдачі екстубації.

Матеріали та методи: в одноцентрове проспективне дослідження послідовно включені 15 пацієнтів віком старше 18 років, що перебували у ВІТ. Критерієм включення були: на момент екстубації усунена або контрольована причина інтубації, тиск підтримки вдиху 8 cmH₂O, гемодинаміка пацієнта стабільна, гемоглобін 70 г/л та вище, температура тіла менше 38 °С, рівень свідомості а шкалою Мейо 16 балів, відновлений м'язовий тонус. Критерій виключення: негативний тест спонтанного дихання, витік повітря менше 20% або менше 110 мл при здуванні манжети інтубаційної трубки, необхідність в тривалій ШВЛ. Всім пацієнтам перед екстубацією визначали індекс Тобіна за формулою ЧДД/дихальний об'єм в літрах, та оцінювали піковий кашльовий експіраторний потік за допомогою кривої потоку на апараті ШВЛ Hamilton C1. Критерієм успішності екстубації була відсутність потреби в повторній інтубації.

Отримані результати: Середня тривалість ШВЛ становила відповідно 50,6 та 51,5 годин у пацієнтів які не вимагали повторної інтубації та були реінтубовані. Індекс Тобіна у пацієнтів з успішною екстубацією був від 40 до 90, ПКЕП 8-118 л/хв. У хворих, які потребували повторної інтубації індекс Тобіна та ПКЕП становили 90-125 та 66-80 л/хв відповідно. Кореляційний аналіз продемонстрував сильний зв'язок між потребою в повторній інтубації та індексом Тобіна і ПКЕП ($r=1,0$, $p<0,05$ та $r=-0,71$, $p<0,05$ відповідно). Подальший ROC-аналіз показав, що індекс Тобіна >80 (Se-100%, Sp-90%, площа під кривою AUC 0,988 ($p<0,001$)) та ПКЕП <80 (Se-100%, Sp-100%, площа під кривою AUC 1,0, $p<0,001$) мають велику прогностичну цінність невдалої екстубації.

Висновки: ПКЕП та індекс Тобіна можуть бути цінними додатковими маркерами успішної екстубації після позитивного тесту спонтанного дихання.