



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,

присвячена 150-річчю

з дня народження

В. В. ВОРОНІНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

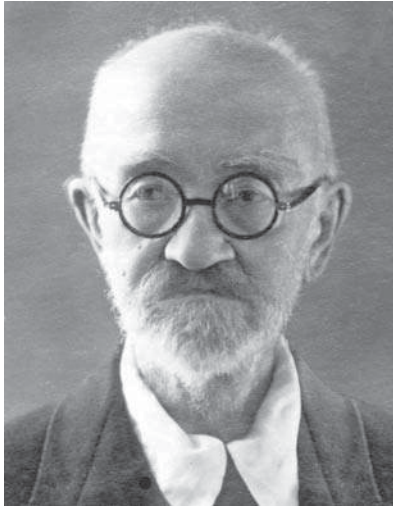
(для студентів та молодих вчених)

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 150-річчю з дня народження
В. В. ВОРОНІНА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

9–10 квітня 2020 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

ного боку, цей ефект — прояв феномену нейрональної пластичності й може використовуватись для його вивчення. З другого боку, останнім часом обговорюється застосування теорії кіндлінгу у сфері інших захворювань: параксизмальні стани в неврології (мігрень), психічні розлади, які ефективно лікуються антиконвульсантами (біполярний афективний розлад, обсесивно-компульсивний розлад, панічні атаки, алкогольний абстинентний синдром). Тому це питання актуальне, враховуючи погіршення екологічного стану та різноманітний негативний вплив оточуючих факторів соціального життя та довкілля.

ГЕМАТОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ КРОВОТЕЧАХ НА ЕТАПАХ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УРГЕНТНОЇ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Руснак С. В.^{1, 2}, Вастьянов М. Р.¹,
Кравченко Л. Т.^{1, 3}

¹ Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

² Студентська поліклініка
Одеської міської ради, Одеса, Україна

³ Обласний перинатальний центр
Одеської області, Одеса, Україна

За останніми протоколами лікування різного рівня ступеня тяжкості внутрішньочеревної кровотечі на пре- та інтраопераційному етапі визначається за зміною гематологічних показників крові у пацієнтів. Ведучими показниками є рівень гемоглобіну та еритроцитів в периферичній крові.

Метою нашої роботи є прослідкувати зміни гематологічних показників на різних етапах хірургічного лікування ургентної гінекологічної патології яка супроводжується внутрішньочеревною кровотечею.

Дослідження є когортним клінічним.

Матеріали. В досліджувану групу увійшли пацієнтки, які пройшли хірургічне лікування на базі госпітальної лікарні. У всіх пацієнтів діагностована гостра гінекологічна патологія, яка підтверджена інтраопераційно. Оперативним прийомом була лапаротомія за Пфаненштилем з широкою ревізією та дренажуванням порожнини малого таза. По ходу оперативного втручання застосовувалися: тубектомія, аднексектомія, резекція яєчника. Це залажало від інтраопераційної ситуації. Загальна кількість пацієнтів — 32.

Результати. Предопераційна кровотеча — 0 мл у всіх випадках. Середня крововтрата за методу Лібова — (534,3±25,2) мл. Діагностовано: апоплексія яєчника — 23 (71,9 %) випадки, апоплексія кісти яєчника — 3 (9,4 %) випадки, порушена трубна позаматкова вагітність — 6 (18,7 %) випадки. Показники при госпіталізації: гемоглобін — (114,2±16,1) г/л, кількість еритроцитів (3,2±0,2)·10¹²/л, ШОЕ — 8 мм/год. Середній розмір об'єму циркулюючої крові — (4,2±0,1) л. Час діагностування — 40 хв.

Показники після лапаротомії: гемоглобін — (114,2±16,1) г/л, кількість еритроцитів — (3,1±0,2)·10¹²/л, ШОЕ — 7 мм/год. Середній розмір крововтрати — (50,8±1,4) мл. Час доступу — (2,3±0,1) хв.

Показники після оперативного прийому: гемоглобін — (108,2±14,1) г/л, кількість еритроцитів — (2,9±0,1)·10¹²/л, ШОЕ — 7 мм/год. Середній розмір крововтрати — (484,3±23,2) мл. Час прийому — (34,3±0,4) хв.

Післяопераційні показники: гемоглобін — (107,9±14,0) г/л, кількість еритроцитів — (2,9±0,2)·10¹²/л, ШОЕ — 6 мм/год. Середній розмір крововтрати — (21,1±0,8) мл. Час ушивання оперативного доступу та виведення дренажа з порожнини малого таза через контрапертуру — (9,6±0,2) хв.

Показники у пізньому післяопераційному періоді: гемоглобін — (97,4±9,9) г/л, кількість еритроцитів — (2,4±0,1)·10¹²/л, ШОЕ — 9 мм/год. Середній розмір крововтрати — від 0 до одноразового просякання пов'язки на післяопераційну рану. Час післяопераційного втручання — 48 годин.

Різниця показників щодо передопераційних показників: гемоглобін — 0 г/л; 6,0 г/л; 6,3 г/л; 16,8 г/л (p<0,05); кількість еритроцитів — 0,1·10¹²/л; 0,3·10¹²/л; 0,3·10¹²/л; 0,8·10¹²/л (p<0,05); ШОЕ — 1 мм/год; 1 мм/год; 2 мм/год; 3 мм/год (p?0,05); розмір крововтрати — 50,8 мл; 484,3 мл; 21,1 мл; від 0 до одноразового просякання пов'язки на післяопераційну рану (p<0,05).

Отже, ми дійшли до висновку, що гематологічні показники не відображають динаміку кровотечі в ургентній гінекологічній практиці. Патологічно ступінь тяжкості кровотечі можна прослідкувати лише у пізньому інтраопераційному періоді. На підставі цього гематологічні показники не є ведучими у визначенні тактики хірургічного та медикаментозного патогенетичного лікування гострих внутрішньочеревних кровотеч в ургентній гінекологічній практиці.

ЩОДО РОЗУМІННЯ СУДОМНОГО СИНДРОМУ ПРИ ЕПІЛЕПСІЇ

Ковальчук Е. В.

Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна

Останніми роками судомні синдроми розглядаються як одна з найважливіших проблем ХХ століття, з прогресуючим ростом числа щороку зареєстрованих випадків. Оскільки в цьому аспекті найбільш суттєвою проблемою є епілепсія, то далі мова піде про неї. Епілепсія — хронічне неінфекційне захворювання мозку, якому піддаються люди різного віку, яке проявляється судомними повторюваними нападами. У всьому світі близько 50 мільйонів людей страждають на епілепсію — найпоширеніше неврологічне захворювання в глобальних масштабах. Кожний 20-й хоча б раз пережить епілептичний напад (5 % населення Землі). Кожний 150-й страждає на епілепсію, а серед держав СНГ — це кожна десята людина. Майже 80