



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю
з дня народження
С. І. КОРХОВА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю з дня народження
С. І. КОРХОВА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
С 91

Головний редактор:

лауреат Державної премії України, академік НАМН України,
проф. В. М. Запорожан

Редакційна колегія:

лауреат Державної премії України, з. д. н. т. України, проф. Ю. І. Бажора
(заступник головного редактора),
проф. О. Г. Юшковська (заступник головного редактора),
проф. В. О. Ульянов, проф. В. Г. Марічереда,
доц. К. О. Талалаєв, доц. Н. О. Романова, Г. І. Хандрікова

С 91 **Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 100-річчю з дня народження С. І. Корхова. Одеса, 19–20 квітня 2018 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2018. — 178 с.
ISBN 978-966-443-091-0

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 100-річчю з дня народження професора С. І. Корхова, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

ТАКТИЧНА ДОПОМОГА ПОРАНЕНИМ ПІД ОБСТРІЛОМ

Винограденко В. І., Олійник А. А.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Надання домедичної допомоги на полі бою є основною запорукою врятування життя пораненому. Аналіз причин загибелі солдатів під час ведення бойових дій вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги

Мета. Довести, що тактична допомога пораненим під обстрілом полягає у самодопомозі, допомозі пораненому, запобіганні появі нових поранених, виконанні поставленого завдання.

Сектор обстрілу (червона зона) — зона прямого обстрілу зі значним ризиком отримання кульового чи іншого поранення. Допомога на лінії вогню, обстрілу — CUF (Care under Fire) — «червона» зона (умовно безпечно переміщення можливе лише лежачи). Допомога пораненому надається тільки для усунення критичної кровотечі. Ризик додаткового ушкодження від ворожого вогню в будь-який момент є надзвичайно високим як для потерпілого, так і для санітарного інструктора.

Домедичну розширену допомогу в секторі обстрілу надають тільки за наказом командира, оскільки основним пріоритетом у бою є виконання бойового завдання. В окремих випадках, коли дозволяє тактична ситуація, рішення приймають самостійно.

Висновки. У секторі обстрілу домедичну допомогу надають у вигляді само- чи взаємодопомоги у відповідності до тактичної обстановки та за відповідними алгоритмами.

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ

Мельник В. О.¹, Наговіцин О. П.²

¹ *Українська військово-медична академія,
Київ, Україна*

² *Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Медичне сортування має за мету надання невідкладної медичної допомоги у максимально короткий термін щонайбільшій кількості поранених.

Сортування проводить найбільш досвідчений лікар у полі зору, але «ахіллесовою п'ятою» є збереження інформації про поранення при передачі до наступного етапу медичної евакуації (ЕМЕ).

Попереднє сортування проводять на полі, де розгортають майданчики відповідного кольору (білий, зелений, жовтий, червоний, чорний) для уражених різного ступеня. Поранені жодним чином не позначаються, за виключенням форми 100, яку кладуть до нагрудної кишені. Звідти вона легко випадає і губиться або псується позначки та написи.

Після надання невідкладної та першої лікарської допомоги на ураженого заводять обмінну карту за формою 300, де зазначаються характер ураження та обсяг наданої допомоги. Ця картка має

слідувати за людиною до шпиталю 3-го або 4-го рівня надання допомоги, на її основі заводять карту амбулаторного хворого.

Пропонуємо новий метод маркування поранених та уражених при надзвичайних станах та локальних військових діях. Базується він на позначенні кольором за М. І. Пироговим, окрім того, що маркування наноситься на обличчя хворого з міткою про поранену частину тіла. Фарба тримається близько 15 днів, що дозволяє більш точно описати тип і тяжкість поранення на 3-му та 4-му рівнях надання допомоги. Прототип мітки з 6 точок, які розділяє горизонтальна смуга, кожна з яких відображає частину тіла (голова, права та ліва верхні кінцівки вище смуги, тулуб, права та ліва нижні кінцівки нижче смуги). Мітка наноситься на лоб або на щоку пораненого.

Таким чином, бригада військових медиків має можливість надавати невідкладну та першу лікарську допомогу у максимально короткий час, за рахунок більш точного вказання локалізації поранення.

МЕТОДЫ САНАЦИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кравец К. В.

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Острый холецистит — острое неспецифическое воспаление желчного пузыря, занимает второе место по частоте возникновения после острого аппендицита; сопровождается большим количеством гнойно-воспалительных осложнений (19–29 % случаев), которые в свою очередь сопровождаются высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальностью (9,4–37 %).

Цель. Оценить результаты лечения больных с острым деструктивным холециститом (ОДХ), осложненным гнойным перитонитом, при использовании различных растворов для санации брюшной полости.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 200 больных в возрасте от 37 до 76 лет с ОДХ, осложненным гнойным перитонитом, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Количество больных с местным гнойным перитонитом составило 173 (86,5 %), с диффузным гнойным перитонитом — 27 (13,5 %). В зависимости от применяемого санирующего раствора пациенты были распределены на две группы. Первой группе (n=46) после ЛХЭ санацию брюшной полости проводили физиологическим раствором, во второй группе (n=85) — физиологическим раствором и хлоргексидином, в третьей группе (n=69) после ЛХЭ осуществляли санацию брюшной полости физиологическим раствором и раствором декасана.

Результаты. Использование для санации брюшной полости комбинации физиологического раствора и декасана позволило снизить частоту

послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с 5,6 до 2 % по сравнению с группой, в которой применяли физиологический раствор в комбинации с хлорексидином; с 4,5 до 2 % по сравнению с группой, в которой применяли физиологический раствор.

Выводы. Применение для санации брюшной полости различных растворов и их комбинаций у больных с ОДХ, осложненным гнойным перитонитом, целесообразно и эффективно.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ БОЙОВОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТРАВМИ

Іванова А. Ю., Овечкіна Ю. О.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Широке застосування ракетно-артилерійської зброї зумовило виділення вибухових ушкоджень у самостійну категорію, більшість медичних аспектів якої розглядаються як мінно-вибухові поранення.

Збільшення потужності сучасної вибухової зброї і радіуса її дії призвело до появи комбінованих ушкоджень.

За час проведення антитерористичної операції на сході України основою бойових травм стали множинні, поєднані і комбіновані ураження (28,7 %). За структурою переважають травми кінцівок (до 63,9 %). За видом ушкоджувального фактора більша частина бойових травм — це осколкові (61,6 %), вибухові (27,0 %), кульові (9,1 %) та опіки (2,3 %).

У загальному розумінні рана — це відкрита механічна травма. Сучасні вогнепальні рани за зовнішнім виглядом і складністю морфологічної будови є дуже різноманітними. Водночас ці рани мають і загальні особливості. Вогнепальні рани завжди є мікробно забрудненими. Склад мікробів залежить від багатьох причин: характеру й локалізації поранення, наявності в ранах сторонніх тіл, ступеня забруднення шкіри й обмундирування. До сучасної бойової хірургічної травми включаємо вогнепальні кульові та відламкові поранення, мінно-вибухову травму, невогнепальні поєднані травми, поранення вторинними відламками та комбіновані ураження. Структура бойової хірургічної травми залежить від масштабів бойових дій і характеру зброї.

Мета. Центральним компонентом лікувального впливу є хірургічна обробка вогнепальної рани. Більшість вогнепальних ран підлягає ранній хірургічній обробці. Основними вимогами надання хірургічної допомоги постраждалим з травмами кінцівок є наступність у послідовному проведенні лікувально-профілактичних заходів та своєчасність їх виконання.

При ранній хірургічній обробці рани негативне значення травматичного набряку зводиться до мінімуму, тому що висічення некротичних мас сприяє нормалізації циркуляції крові та лімфи, відновленню іннервації. Відповідно до діючої воєнної хірургічної доктрини глухий первинний шов після обробки вогнепальної рани не накладається.

Наступність забезпечується єдиними заздалегідь регламентованими та обов'язковими для ме-

дичного персоналу принципами надання хірургічної допомоги та лікування.

Висновки. Проблема вогнепальної рани залишається однією з актуальних у воєнній хірургії. Незважаючи на накопичений значний досвід великих і малих війн, початок бойових конфліктів завжди супроводжувався типовими помилками в наданні хірургічної допомоги, зокрема в техніці первинної хірургічної обробки рани. Це пов'язано із недостатніми знаннями більшості хірургів зокрема особливостей вогнепальних поранень, теорії раневої балістики, будови вогнепальних ран, а також індивідуального підходу до їх загального і місцевого лікування. Все це призводить до несприятливих результатів лікування постраждалих.

НОВИЙ МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УШКОДЖЕННЯ ЗВОРОТНИХ ГОРТАННИХ НЕРВІВ У ТИРЕОЇДНІЙ ХІРУРГІЇ

Кресюн М. С.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Кількість операцій на щитоподібній залозі зростає з різних причин: збільшується кількість раку щитоподібної залози, токсичного зоба. Також зростає кількість повторних операцій. У складних випадках підвищується імовірність травми поворотних гортанних нервів. Розроблені методи ідентифікації нервів, у тому числі фарбування, не є ефективними. Значно кращі результати показав метод інтраопераційного нейромоніторингу.

Мета. Розробити новий більш зручний інтраопераційний спосіб ідентифікації поворотних гортанних нервів.

Матеріали та методи. З 2014 по 2017 рр. в клініці нами виконано 278 операцій на щитоподібній залозі, з них складні оперативні втручання, при яких ризик травми поворотних гортанних нервів був підвищеним, сягали 48. У зв'язку з цим у 48 випадках нами була застосована оригінальна методика ідентифікації поворотних гортанних нервів.

Результати. Під час операції за допомогою запропонованої методики нам вдалося у 26 пацієнтів ідентифікувати поворотні нерви з обох сторін, у 14 випадках — тільки з однієї. У 17 випадках проведена візуальна ідентифікація поворотних нервів, що було підтверджено за допомогою нашого методу. В інших випадках тільки за допомогою нашого методу нам вдалося відрізнити нервову тканину від судини. У 8 пацієнтів ми не змогли провести достеменно ідентифікацію нервів.

Таким чином, із 48 хворих, у яких була висока імовірність ушкодження поворотного гортанного нерва, запропонована методика у 40 (90 %) випадках дозволила запобігти травматизації нервових структур. У післяопераційному періоді нами спостерігався транзиторний парез поворотного гортанного нерву у 5 пацієнтів.

Висновки. Новий спосіб нейромоніторингу поворотних гортанних нервів є ефективним, доступним, більш дешевим та інформативним, ніж існуючі аналоги.