

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ

За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука

Чернівці, 2012

Пикалюк В.С., Гасанова И.Х., Костов А.М. Морфофункціональні особливості окремих органів і систем при експериментальній ожоговій хворобі.....	145
Пишак В.П. Десинхронізм як проявлення нейрогуморальної дисрегуляції шишкоподібної залози.....	146
Піскун Р.П., Ромашкіна О.А. Аналіз морфометричних параметрів малих артерій нирок при експериментальному атеросклерозі.....	152
Пишак В.П., Кривчанська М.І., Булик Р.Є. Вплив анаприліну на циркадіанну організацію ренальних функцій за різної модифікації фотоперіоду.....	153
Польовий В.П., Кулачек Я.В., Кулачек Ф.Г., Паляниця А.С. Прогнозування наслідків перебігу абдомінальної травми.....	157
Польовий В.П., Нурдінов Х.Н., Паляниця А.С. Профілактика ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту у хворих з полі травмою.....	159
Привроцька І.Б., Покотило О.С. Активність ферментів цитолізу у плазмі крові в динаміці гострого І-аргінінового панкреатиту в експерименті.....	159
Проніна О.М., Коптев М.М., Підмогильний Ю.В. Морфометричне дослідження легеневої тканини після іммобілізаційного стресу в експерименті.....	160
Проніна О.М., Половик О.Ю., Білич А.М., Данильченко С.І., Рожнов В.Г. Внутрішньоорганна структурна організація піднижньощелепного та під'язикового вегетативних вузлів.....	161
Проніна О.М., Сербін С.І., Єрошенко Г.А. Особливості гемомікроциркуляторного русла слизової оболонки лобової пазухи.....	163
Проніна О.М., Совгіря С.М., Данильченко С.І. Гістохімічна характеристика структурних елементів слизової оболонки клиноподібної пазухи.....	164
Регеда М.М. Вплив корвітину на активність пероксидази в бронхах за умов розвитку експериментальної пневмонії.....	165
Ромаєв С.Н., Свириденко Л.Ю. Лазерна вазотомія нижніх носових раковин у больних гіпертрофічним ринитом.....	166
Рудковська О.Д. Зорова компенсаторна реакція при тяжкій системній патології.....	169
Русіна С.М., Деркач В.Г., Рудницький Р.І., Курик В.І., Нікоряк Р.А. Особливості формування соціальної дезадаптації у молоді.....	171
Савка І.Г. Реконструкція зламаної кістки за допомогою цифрових технологій.....	172
Савка С.Д. Якість життя у пацієнтів з непсихотичними психічними порушеннями при ревматоїдному артриті.....	173

ПРОГНОЗУВАННЯ НАСЛІДКІВ ПЕРЕБІГУ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

В.П.Польовий, Я.В.Кулачек, Ф.Г.Кулачек, А.С.Паляниця

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

При наданні хірургічної допомоги потерпілим з абдомінальною травмою (АТ) надзвичайно важливою є оцінка ступеня тяжкості ушкоджень, об'єктивізація загального стану пацієнта. Це дозволяє прогнозувати поліорганні порушення, визначити реанімаційно-трансфузійну та хірургічну тактику, використати наявні в арсеналі алгоритми дій, а також оптимізувати хірургічні методи лікування. Відомі системи оцінювання тяжкості стану постраждалих не завжди дозволяють успішно використовувати їх на практиці, що пов'язано зі специфікою надання невідкладної допомоги у загальнохірургічних відділеннях. Мета дослідження – удосконалення існуючих методів оцінки ступеня тяжкості перебігу раннього періоду травматичної хвороби в осіб з АТ. Нами проліковано 61 хворого з різними видами АТ. Аналіз результатів дослідження показав, що всі відомі системи прогнозування перебігу АТ, незважаючи на велику кількість параметрів, перебувають приблизно на одному діагностичному рівні, можуть бути використані в клінічних умовах, а також взаємодоповнювати одна другу. Залежно від поставлених завдань перед клініцистами, кожна система може бути використана самостійно або в комбінації. Незважаючи на позитивні сторони, системи недостатньо достеменні, потребують удосконалення. Особливості перебігу АТ, наявність поєднаної патології, технічні можливості хірургічного відділення, обмеженість у часі обстеження та ухвалення рішень потребують розробки нової прогностичної системи.

В основу запропонованої нами системи прогнозування наслідків перебігу АТ покладені такі прогностично значимі чинники: 1) вік постраждалого; 2) наявність поєднаних захворювань та ступінь їх компенсації; 3) своєчасність доставлення постраждалого у стаціонар; 4) проведення реанімаційних заходів на догоспітальному етапі; 5) ступінь тяжкості ушкодження; 6) порушення фізіологічних параметрів, які відображають шок, передвісники летальної тріади (гіпотермія, ацидоз, коагулопатія), поліорганна дисфункція, передвісники системної запальної відповіді; 7) зворотність показників поліорганної дисфункції у процесі лікування. Згідно з визначеною сумою балів у постраждалих нами виділені групи ризику розвитку летальних наслідків. Невисокий ризик (до 20 балів) діагностований у 4 пацієнтів групи порівняння (ретроспективно) та в 3 осіб основної групи (в процесі лікування). Помірний ризик (20-25 балів) діагностований у 15 пацієнтів групи порівняння та 16 пацієнтів основної групи. Високий ризик (30-35 балів) діагностовано у 8 пацієнтів групи порівняння та 9 пацієнтів основної групи. Вкрай високий ризик (35-40 балів) діагностований у 3 потерпілих групи порівняння та 3 пацієнтів основної групи.

У постраждалих з невисоким ризиком летальності вважали доцільним виконувати хірургічні втручання за традиційними методиками, які включали своєчасність хірургічного лікування, адекватні лікувальні заходи, традиційне післяопераційне ведення. Обсяг хірургічних втручань, як правило, був необмежений часом, а передопераційна підготовка проводилася в повному обсязі. У пацієнтів з помірним ризиком летальності після короткочасної передопераційної підготовки (в операційній) виконували традиційний обсяг хірургічного втручання. Постійний інтраопераційний моніторинг дозволяв виконувати втручання за вибраним алгоритмом або у разі погіршення фізіологічних параметрів застосувати тактику „перерваної лапаротомії”. У першому варіанті обсяг хірургічних втручань необмежений, у другому – потребує проведення в два етапи. У пацієнтів з високим ризиком проводилися реанімаційні лапаротомії, передопераційна підготовка зводилася до мінімуму. На перший план виступала тактика „damage control”, а всі необхідні хірургічні маніпуляції виконувалися після стабілізації фізіологічних параметрів. У постраждалих з великим ризиком летальності хірургічні втручання мали характер реанімаційних. Такі випадки травмування, як правило, були несумісними з життям. Отже, для визначення хірургічної тактики у постраждалих з АТ удосконалено та впроваджено систему прогнозування виникнення гнійних ускладнень за шкалою (від 20 до 40 балів), що дозволяє оцінити сумарну тяжкість ушкоджень, визначити ознаки і ступінь тяжкості з урахуванням стану і віку пацієнтів з інформативністю 80,7-95,2%.