



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 110-річчю  
з дня народження  
І. В. САВИЦЬКОГО



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

22–23 квітня 2021 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 110-річчю з дня народження  
І. В. САВИЦЬКОГО



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

22–23 квітня 2021 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
С 91

***Головний редактор:***

ректор, академік НАМН України,  
проф. В. М. Запорожан

***Заступники голови:***

в. о. проректора з науково-педагогічної роботи,  
з. д. н. т. України, проф. О. О. Шандра,  
науковий керівник Ради СНТ та ТМВ  
проф. О. Г. Юшковська

***Редакційна колегія:***

проф. Р. С. Вастьянов, проф. В. Г. Марічереда,  
проф. А. С. Сон, доц. К. О. Талалаєв,  
проф. І. П. Шмакова

**Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини  
С 91 (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар.  
участю, присвячена 110-річчю з дня народження І. В. Савицького.  
Одеса, 22–23 квітня 2021 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2021.  
— 168 с.

ISBN 978-966-443-104-7

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 110-річчю з дня народження І. В. Савицького, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

досліджуваними прогностичними факторами, відповідно, був діагностований ускладнений апендицит. Планується знизити відсоток можливих діагностичних помилок з 83 % до 58 % з прийняттям цих методів дослідження в гарантований протокол обстеження пацієнтів з гострим апендицитом.

**Висновок.** Вищезазначені передопераційні чинники розвитку ускладненого апендициту, що дозволяють прогнозувати ускладнений апендицит до операції, є гарантованою профілактикою помилки діагностики, особливо серед чергових нічних бригад і повинні бути внесені в протоколи обов'язкового обстеження всіх пацієнтів з підозрою на гострий апендицит і передопераційної підготовки пацієнтів.

### **ВИКОНАННЯ ЖЕНЕВСЬКИХ КОНВЕНЦІЙ 1949 РОКУ З ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ПІД ЧАС ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ**

**Кобилянський М. В.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Проведений аналіз більш ніж 100 воєнних конфліктів після прийняття Женевських Конвенцій 1949 року, які регулюють правову діяльність військово-медичної служби в мирний та воєнний час, показав, що тільки в трьох збройних конфліктах виконувались ці конвенції з надання медичної допомоги і по відношенню до затриманого медичного персоналу. Це англо — аргентинський конфлікт 1982 року, війна в Лівані, війна в Перській затоці 1991 року. Згідно Статті 33 затриманий медико-санітарний склад, який тримається в полоні державою з метою надання допомоги військовополоненим, не повинен вважатися військовополоненими. Вони будуть користуватися, щонайменше, перевагами і заступництвом цієї Конвенції, і їм будуть також надані всі можливості, необхідні для надання медичної допомоги військовополоненим. Вони будуть продовжувати виконувати свої медичні обов'язки в інтересах військовополонених в рамках військових законів і статутів і тримаються в полоні і під керівництвом компетентних органів, а також відповідно до їх професійної етики. Хоча затриманий персонал буде підкорятися внутрішньої дисципліни табору, в якому він знаходиться, однак його не можна примушувати виконувати роботу, не пов'язану з його медичними обов'язками.

Жодне з попередніх положень не звільняє державу від зобов'язань, що лежать на ній в області задоволення медичних потреб військовополонених.

### **КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ПОРУШЕНЬ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ДІТЕЙ З СЕПСИСОМ І СЕПТИЧНИМ ШОКОМ**

**Діденко Є. Б.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Підвищення результативності визначення ступеню тромбонебезпечності та мінімізація

ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень у дітей з сепсисом та септичним шоком. Оптимізація методів діагностики порушень в системі гемостазу.

**Методи.** Було проаналізовано систему гемостазу у 30 дітей з сепсисом та септичним шоком. Дослідження системи гемостазу проводилось за допомогою низькочастотної п'єзоелектричної тромбеластографії (НПТЕГ) одразу після госпіталізації та на 1,3,5,7,10 добу після початку лікування та порівнювалась з класичною коагулограмою.

**Результати.** Система гемостазу реагує на сепсис активацією згортання, зниженням активності природних антикоагулянтів та фібрinolітичної активності плазми крові, що утворює умови для мікротромбування та грає важливу роль у формуванні синдрому поліорганної недостатності. За допомогою традиційних тестів, таких як протромбіновий час, АЧТЧ, вимірювання концентрації фібриногену, цю активацію згортання крові при сепсисі у більшості хворих виявити неможливо. Задля таких задач переважно застосовувати НПТЕГ.

**Висновок.** При використанні НПТЕГ-моніторингу, можливо більш швидко та більш прицільно встановити наявність порушень системи гемостазу у дітей з сепсисом та септичним шоком та більш прицільно реагувати на них. Вивчення кореляцій біохімічних даних та НПТЕГ у даній популяції мають бути проведені.

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНИМ ШАНСОМ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ЖИРОВОЇ ЕМБОЛІЇ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

**Потапчук Ю. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета дослідження.** Порівняти зміни у системі гемостазу у пацієнтів з різним шансом розвитку синдрому жирової емболії (СЖЕ) за допомогою методу низькочастотної п'єзоелектричної тромбеластографії (НПТЕГ) у пацієнтів з політравмою у ранньому післяопераційному періоді.

**Матеріали та методи.** Ретроспективна оцінка стану системи регуляції агрегатного стану крові за допомогою НПТЕГ у групі з 68 пацієнтів з діагнозом політравма у ранньому післяопераційному періоді у відділенні інтенсивної терапії загальнопрофілю Одеської Обласної Клінічної Лікарні, що лікувалися у період з січня 2014 по січень 2016 рр. Група А — 38 пацієнтів з прогностичною оцінкою розвитку СЖЕ за Борисовим ?5 балів; група Б — 30 пацієнтів з прогностичною оцінкою розвитку СЖЕ за Борисовим ?10 балів; контрольну групу (n=20) склали здорові донори, котрим проводилася НПТЕГ.

**Результати дослідження.** Дані НПТЕГ у пацієнтів груп А та Б суттєво не відрізняються (p<0,05). На тлі активації судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу відзначаються суттєва структурна і хронометрична гіперкоагуляція з підвищеною генера-

цією тромбіну й активація фібринолітичної активності крові. Результати досліджень представляють групу пацієнтів з політравмою як когорту, у котрої спостерігаються виражені розлади системи регуляції агрегатного стану крові.

**Висновки.** Наведені дані НПТЕГ надають підстави розцінювати даних пацієнтів як гомогенну групу стосовно ризику розвитку СЖЕ з однаковим шансом, однак ця гіпотеза потребує подальших досліджень.

### **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТРАТЕГІЙ НПТЕГ-МОНІТОРОВАНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ДГПЗ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОЇ ПРОСТАТЕКТОМІЇ**

**Суслов О. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Порівняння ефективності стратегій профілактики тромбогеморагічних ускладнень за допомогою моніторингу НПТЕГ у пацієнтів, які перенесли відкриту черезміхурову радикальну простатектомію (ЧРПЕ) на базі Одеської Обласної Клінічної Лікарні. Одеса в період з вересня 2013 по вересень 2018 з приводу доброякісної гіперплазії простати.

**Методи.** Було проаналізовано дані 177 пацієнтів, котрі пройшли ЧРПЕ на базі Одеської Обласної Клінічної Лікарні г. Одеса; проведено розподіл на тих, хто отримував ( $n = 79$ ) або не отримував ( $n = 98$ ) епідуральну анальгезію (ЕДА) у післяопераційному періоді як компонент профілактики тромбогеморагічних ускладнень (ТГУ). Ефективність превенції ТГУ оцінювалася за даними НПТЕГ, що отримані внаслідок динамічного моніторингу.

**Результати.** Використання ЕДА було пов'язано з частішим досягненням стану нормокоагуляції ( $n = 64$ ) за даними НПТЕГ навіть при використанні вдвічі нижчих дозувань низькомолекулярних гепаринів (НМГ) у порівнянні з контрольною групою.

**Висновок.** При використанні НПТЕГ-моніторингу, ЕДА може використовуватися як значущий компонент профілактики ТГУ у післяопераційному періоді у пацієнтів після втручання в обсязі ЧРПЕ. Вивчення кореляцій біохімічних даних та НПТЕГ у даній популяції мають бути проведені.

### **КОРЕЛЯЦІЯ ДАНИХ НИЗЬКОЧАСТОТНОЇ П'ЄЗОЕЛЕКТРИЧНОЇ ТРОМБОЕЛАСТОГРАФІЇ ТА КОАГУЛОГРАМИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

**Сенчак М. С.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

**Мета.** Продемонструвати кореляцію даних низькочастотної п'єзоелектричної тромбоеластогра-

фії та методик біохімічного визначення активності системи РАСК у післяопераційному періоді пацієнтів, що пройшли реконструктивне втручання на магістральних артеріях нижніх кінцівок.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 84 пацієнтів відділення судинної хірургії, що пройшли хірургічне втручання з приводу синдрому Леріша в період з грудня 2016 по грудень 2017 рр. Взяття зразка крові для обох тестів проводилося через 1 годину ( $57 \pm 5$  хв) після завершення оперативного втручання згідно з правилами забору зразків для кожної з методик.

**Результати.** У досліджуваній групі відмічалися: час контактної фази коагуляції (R(t1)) продемонстрував сильнопрямокореляційоз активованим частковим тромбопластиновим часом (АЧТЧ) та сильну зворотню кореляцію з рівнями тромбоцитів та фібрिनотену; інтенсивність контактної фази коагуляції (ІКК), константа тромбінової активності (КТА), час згортання крові ЧЗК, інтенсивність коагуляційного драйву (ІКД), інтенсивність полімеризації згустку (ІПЗ), максимальна щільність згустку (МА) показали помірну пряму кореляцію з рівнями тромбоцитів та фібрिनотену, помірну зворотню кореляцію — з АЧТЧ.

**Висновок.** Дані НПТЕГ корелюють з важливими параметрами коагулограми у пацієнтів після реконструктивних операцій на магістральних артеріях нижніх кінцівок та надають більш детальну інформацію; можливе використання НПТЕГ як "point-of-care test" у пацієнтів даної групи.

### **МЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ ЯК СКЛАДОВА ЧАСТИНА ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК**

**Соколова К. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Медична евакуація — це сукупність заходів, щодо транспортування поранених і хворих на етапи медичної евакуації з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги та лікування. Шлях, по якому здійснюється транспортування поранених і хворих у тил, називається шляхом медичної евакуації. Медична евакуація є складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення військ, оскільки вона передбачає не лише транспортування постраждалих до лікувального закладу, але й надання їм необхідної медичної допомоги (реанімаційної, стабілізуючої, кваліфікованої) і догляду в дорозі. Медична евакуація тісно пов'язана з медичним сортуванням, яке розподіляє поранених і хворих на категорії залежно від того, в який лікувальний заклад, яким видом транспорту, в якому положенні і як швидко має бути евакуйований кожен поранений чи хворий. У сучасних війнах різко зросла роль аеромедичної евакуації як найбільш швидкого засобу транспортування поранених і хворих у лікувальні заклади з використанням спеціально обладнаних вертольотів і літаків у супроводі медичного персоналу. Аеромедична евакуація висуває високі вимоги до технічного стану і спеціального оснащення транспортних за-