

**Результати:** порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень і летальності свідчить про перевагу агресивної хірургічної тактики із застосуванням лапароскопічних оперативних втручань при гострому холециститі ускладненому перитонітом.

Завдяки використанню компонентів ФТ-хірургії у хворих на ГДХУП було стало можливим зменшити кількість післяопераційних ускладнень за рахунок зменшення стресу та навантаження на організм. 2 летальних випадки та та виникнення нижньодольової пневмонії були в групі хворих, де не використовувалися компоненти ФТ-хірургії та реабілітації хворих.

Таким чином, активна тактика лікування хворих з ГДХУП повинна базуватися на точних відомостях досліджень, які необхідно отримати протягом першої доби з моменту госпіталізації пацієнта, та впровадженні компонентів ФТ-хірургії.

Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби у всіх хворих, загальна тривалість лікування у хворих із застосуванням компонентів, ФТ-хірургії при ЛЛХЕ з дренуванням черевної порожнини — 4,5 доби, при ЛХЕ з дренуванням черевної порожнини — 5,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренуванням черевної порожнини — 10,5 доби.

Загальна тривалість лікування у хворих без застосуванням компонентів, ФТ-хірургії при ЛЛХЕ з дренуванням черевної порожнини — 5,5 доби, при ЛХЕ з дренуванням черевної порожнини — 6,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренуванням черевної порожнини — 11 діб.

#### **ВИСНОВКИ:**

1. Агресивний підхід в тактиці лікування хворих із гострим деструктивним холециститом, що ускладнений перитонітом відповідно до алгоритму суттєво покращує результати лікування хворих.
2. Впровадження компонентів ФТ-хірургії дозволяє зменшити строки перебування в стаціонарі незалежно від методу оперативного втручання в середньому на 1 добу, та має впроваджуватися в практику.

#### **НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПОГЛІКЕМІЇ**

*Краснова О.І., Ляхова Н. О., Одійчук В.О., Теницька Є. Д.*

Полтавський державний медичний університет

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем суспільства та однією з хвороб, що призводить до передчасної захворюваності і смертності є діабет. Це хронічне захворювання, при якому підшлункова залоза не виробляє достатньої кількості інсуліну або ж організм не може ефективно використовувати вироблений інсулін. Ця хвороба призводить до таких важких наслідків, як втрата зору, ниркова недостатність, провокує розвиток серцево-судинних захворювань.

Незважаючи на те, що цукровий діабет є захворюванням, що супроводжується підвищеними показниками глюкози в крові, багато пацієнтів можуть зіткнутися з таким патологічним станом, як гіпоглікемія. Різке зниження рівня цукру може спровокувати введення інсуліну, прийом гіпоглікемічних препаратів, нерегулярне харчування, надмірні фізичні навантаження.

Ознаками гіпоглікемії є: прискорене серцебиття (тахікардія); надмірно інтенсивне потовиділення; тремор; головні болі; порушення зорової функції; яскраво-виражене відчуття голоду; загальна слабкість, нездужання; безпричинна тривожність, дратівливість, психоемоційна нестабільність: панічні атаки. Якщо не надати пацієнту своєчасну допомогу, рівень глюкози буде й далі падати, що спричинить за собою судомний синдром. Проблема полягає в тому, що люди, які страждають на цукровий діабет протягом багатьох років, можуть не помічати перших ознак гіпоглікемії, що загрожує небезпечними наслідками. Глибока гіпоглікемічна кома проявляється повною втратою свідомості, глибокою комою. арефлексією. припиненням судом, припиненням потовиділення, гіпотермією, дихання поверхневе, брадикардією.

Стрімкий розвиток гіпоглікемії призводить до втрати свідомості та розвитку коми. Для надання потерпілому першої долікарської допомоги необхідно: провести екстрену активацію; перевірити наявність дихання і при необхідності провести реанімаційні заходи (зробити штучне дихання); покласти під язик хворого, що перебуває в свідомості, трохи цукру або напоїти його рідиною з підвищеним вмістом глюкози (соками, солодким чаєм, газованої води). Необхідно покласти пацієнта на бік та забезпечити тепло і доступ достатньої кількості свіжого повітря.

Гіпоглікемічна кома – небезпечний стан, що вимагає своєчасної професійної допомоги. Лікарська допомога полягає в внутрішньовенному введенні 40% глюкози 20-40-100 мл. Критерієм достатності дози є відновлення свідомості. Потім переходять на інфузію 5% глюкози - гіпоглікемії можуть рецидивувати. Ефективне внутрішньом'язове введення 1 мл 1% глюкагона, повторне введення через 10 хвилин. Підшкірно вводять 0,5-1,0 мл 0,1% розчину адреналіну, внутрішньовенно або внутрішньом'язово 150-200 мг гідрокортизону. Гіпоглікемічна кома може спричинити за собою вкрай несприятливі наслідки: травматичні ушкодження; автомобільні аварії; важкий коматозний стан; загибель пацієнта. Тому вкрай важливо заздалегідь подбати про профілактику даного патологічного стану. Профілактичні заходи включають в себе регулярний прийом інсуліну, дотримання режиму харчування, помірні фізнагрузки.

Особам, які входять до групи підвищеного ризику, рекомендується завжди мати при собі специфічні пристрої, постійно відстежують показники цукру в крові та сигналізують про їх зниження. Крім того, бажано носити медичні браслети, що містять контактні телефонні номери, інформацію про діагноз особи та прийнятих ним препаратів. Таким чином, можна отримати необхідну допомогу, навіть якщо напад гіпоглікемії стався на вулиці й поруч з пацієнтом не виявилось нікого з його знайомих. При тяжких симптомах коми потрібно негайно звернутися до фахівців.