

16мл магнію сульфату в 400 мл фізіологічного розчину зі швидкістю 1 г (100мл розчину) на годину. Сумарна доза магнію сульфату становила 8 г сухої речовини.

Результати. Серед 94 новонароджених випадків мертвонародження не було. Інтранатальна магнезіальна терапія, яка проводилась з метою нейропротекції, порівняно із новонародженими, матері яких отримували стандартне лікування, не чинила негативного впливу на первинну адаптацію недоношених новонароджених, про що свідчить відсутність відмінностей в оцінці за шкалою Апгар і показниках ранньої неонатальної смертності новонароджених та відсутність у них внутрішньошлуночкових крововиливів.

Висновки. Застосування інтранатальної магнезіальної терапії дає змогу ефективно профілакувати внутрішньочерепні крововиливи у недоношених новонароджених. Проведення цієї терапії за описаною схемою сприяє також поліпшенню подальшого нервово-психічного розвитку цих новонароджених.

ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИЙ ТИСК ЯК КРИТЕРІЙ ВІРОГІДНОСТІ ТЯЖКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ

Кузьменко В., Федоренко В., Маринчук А.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Полтавський державний медичний університет

Актуальність: синдром внутрішньочеревної гіпертензії є одним із дуже важливих факторів у розвитку розладів життєво важливих систем у пацієнтів із абдомінальною патологією, що вимагає своєчасної діагностики й негайного лікування. Моніторинг внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) дає можливість своєчасно розпізнавати його загрозливий рівень і застосовувати необхідні профілактичні та лікувальні заходи.

Мета: вивчити зв'язок підвищення ВЧТ з розвитком ускладнень після хірургічних втручань у хворих з абдомінальною патологією та оптимізувати його моніторинг у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ).

Матеріали та методи дослідження: відбір матеріалу для даного дослідження був проведений серед пацієнтів ВАІТ КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М. В. Скліфосовського ПОР». Проспек-

тивно проведено обстеження та вимірювання ВЧТ методом Крона на 1-шу, 3-тю, 5-ту добу перебування у ВАГТ та ретроспективно проаналізовані дані 40 пацієнтів з абдомінальною патологією після хірургічних втручань. Серед них було виділено чотири групи по 10 пацієнтів: із захворюваннями печінки, підшлункової залози, шлунка та товстого кишечника.

Результати дослідження: серед пацієнтів із захворюваннями печінки (n=10) ускладнення виникли у 80% (n=8), летальність – 50% (n=5). Оцінка за АРАСНЕ II серед хворих з ускладненнями становила $16,0 \pm 2,1$ бала, середній показник ВЧТ – $15,1 \pm 1,9$ мм рт. ст., а тривалість перебування у ВАГТ – $20,8 \pm 2,2$ ліжко-дня, в той час як у хворих без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $9,7 \pm 1,1$ бала, середній ВЧТ – $10,2 \pm 1,6$ мм рт.ст., а тривалість перебування у ВАГТ – $4,0 \pm 1,2$ ліжко-дня. У групі пацієнтів із захворюванням підшлункової залози (n=10) ускладнення виникли у 50 % (n=5), летальність – 10 % (n=1). Оцінка за АРАСНЕ II серед хворих із ускладненнями становила 14 ± 2 бали, середній показник ВЧТ – $17,5 \pm 2,0$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАГТ – $28,8 \pm 3,1$ ліжко-дня. У хворих без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $10,8 \pm 1,2$ бала, середній ВЧТ – $8,9 \pm 1,3$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАГТ – $2,6 \pm 1,0$ ліжко-дня. Серед пацієнтів із захворюваннями товстого кишечника (n=10) ускладнення виникли у 30 % (n=3) осіб, летальність – 10 % (n=1). Оцінка за АРАСНЕ II серед хворих із ускладненнями становила $18,7 \pm 1,9$ бала, середній показник ВЧТ – $13,8 \pm 1,4$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАГТ – $21,3 \pm 1,73$ ліжко-дня. У хворих без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $9,0 \pm 1,8$ бала, середній ВЧТ – $7,4 \pm 1,3$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАГТ – $2,7 \pm 0,5$ ліжко-дня. Серед пацієнтів із захворюванням шлунка (n=10) ускладнення виникли у 20 % (n=2) осіб, летальність – 0%. Оцінка за АРАСНЕ II у хворих із ускладненнями становила $16,0 \pm 1,4$ бала, показник ВЧТ – $12,3 \pm 1,7$ мм рт.ст., тривалість перебування у ВАГТ – $9,5 \pm 1,4$ ліжко-дня. У пацієнтів без ускладнень оцінка за АРАСНЕ II становила $10,0 \pm 2,3$ бала, середній ВЧТ – $10,7 \pm 2,5$ мм рт.ст., а тривалість перебування у ВАГТ – $3,1 \pm 1,1$ ліжко-дня. Структура ускладнень, що виникали у пацієнтів у післяопераційному періоді (n=18): гнійно-септичні ускладнення – 44,44%, нозокоміальна пневмонія – 16,67 %, печінкова недостатність – 16,67%, мезентеріальний тромбоз – 11,11%, гострий коронарний синдром – 5,56%, шлунково-кишкова кровотеча – 5,56%.

Висновки: значне коливання ВЧТ в післяопераційному періоді було виявлене лише в пацієнтів, які пізніше мали ускладнення й висо-

кий ризик розвитку синдрому внутрішньочеревної гіпертензії, тому ці хворі потребували проведення антибактеріальної терапії та ліквідації вогнища інфекції, що впливало на тривалість їх перебування у ВАІТ, особливо серед пацієнтів із захворюваннями печінки та підшлункової залози. В той час як у пацієнтів, які не мали пізніх ускладнень, значення ВЧТ не перевищували 14 мм рт.ст. Тому виникає питання активної клінічної настороженості щодо підвищення ВЧТ як раннього критерію можливого виникнення тяжкого ускладнення та його моніторингу серед хворих, які перебувають у ВАІТ.

КАФЕДРАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА СТРАТЕГІЯ «ЛІКАР У БОРОТБІ ІЗ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ – ПОЧНИ ІЗ СЕБЕ»: РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СТАНОВЛЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА 2019-2022 РОКИ

Куряча Д., Кришталь А., Красіт О., Ганжа А., Присяжна Н.

Науковий керівник: доц. Невоїт Г.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Розуміння факту, що здоровий спосіб життя (ЗСЖ) є основою здоров'я людини – одна із важливих професійних компетенцій лікаря. Лікар є інтелектуальним авангардом пацієнта. Усвідомлення та реалізація ним принципів ЗСЖ стає основою його майбутньої санітарно-освітньої активності в роботі із пацієнтами задля профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ) (Потуженко М.М. і співавтори 2017-2021). Задля актуалізації зазначених питань з 2016 року на кафедрі розпочата навчально-діагностична стратегія «Лікар у боротьбі із НІЗ – почни із себе», яка стала щорічною.

Мета дослідження: визначити рівень становлення ЗСЖ у лікарів-інтернів за 2019-2022 роки.

Методи дослідження: здійснено аналіз результатів валеологічного тестування функціонально здорових осіб молодого віку – студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів (медіана віку – 24(19; 34) років, 78% (78/111) – чоловіки, n=111) з наукового архіву кафедри внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів як фрагментів ініціативної науково-дослідної роботи кафедри «Розробка алгоритмів і технологій запровадження здорового способу життя у хворих на неінфекційні захворювання на підставі вивчення функціонального статусу-