

Статистический анализ проводился с использованием непараметрических методов. Результат выражали в виде Me (25%; 75%). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Выявлено, что интенсивность нетоза как в группе пациентов с аутоиммунными проявлениями на фоне ОВИН, так и в группе пациентов с истинными аутоиммунными заболеваниями оказалась выше в спонтанном и стимулированном тестах относительно контроля ($p < 0,001$). Так, показатели I группы пациентов составили для 5,0 (3,0; 6,0) и 8,0 (5,0; 9,0); для II группы обследуемых 6,5 (4,5; 9,0) и 11,5 (8,0; 15,5) для спонтанного и стимулированного тестов соответственно. При этом показатели нетоза у пациентов с истинными аутоиммунными заболеваниями в стимулированном тесте повышались в значительно большей степени в сравнении с группой обследуемых с аутоиммунными проявлениями на фоне ОВИН ($p = 0,002$). Показатели спонтанного нетоза у этих пациентов имели тенденцию к увеличению ($p = 0,06$).

Таким образом, при срыве аутоотолерантности увеличивается способность нейтрофилов к экстррузии ДНК во внеклеточное пространство, что может являться патогенетической основой развития и поддержания аутоагрессии.

Выводы. Выявлена активация «витального» нетоза у пациентов на фоне проявлений аутоиммунности. У пациентов с истинными аутоиммунными заболеваниями степень активации нетоза выше в сравнении с пациентами с аутоиммунными проявлениями на фоне ОВИН.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ УСКЛАДНЕНИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКУ

О.Б. Пруднікова, А.К. Курбанов, М.В. Біляченко, Д.Д. Алтуніна

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Кафедра хірургії №3,

Київ, Україна

Вступ. Злоякісні пухлини шлунку, незважаючи на успіхи в їх діагностиці та лікуванні, залишаються найбільш поширеною формою злоякісних новоутворень у багатьох країнах Європи, Азії та Південної Америки. Найвища захворюваність спостерігається в Японії – 91,4 на 100 тис населення в рік. Україна належить до країн з середніми показниками захворюваності на злоякісні пухлини шлунку – 30,8 на 100 тис населення в рік, а кількість хворих із III – IV стадіями виявляється в 75% випадків. Серед числа хворих з вперше виявленим раком шлунка не прожили 1 року 62,6% (за даними Національного Канцер-реєстру, 2019). Шлунково-кишкові кровотечі, перфорації та стенози є одними із найбільш

серйозних і найпоширеніших гострих ускладнень злоякісних пухлин шлунку і з кожним роком їх кількість та важкість прогресивно зростає. Хірургічним лікуванням охоплено близько 45,0 – 50,0% хворих з летальністю 15 – 20%, при цьому низькі показники операбельності та резектабельності – 40,5% та 62,1% відповідно, пояснюють незадоволеність результатами хірургічного лікування хворих даної групи пацієнтів і актуальність даної теми.

Мета дослідження. Основною метою даного дослідження є вивчення особливостей клінічного перебігу злоякісних пухлин шлунку для покращення результатів хірургічного лікування цієї групи хворих.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Київського міського Центру надання екстреної допомоги пацієнтам із шлунково-кишковими кровотечами та у Київській міській клінічній лікарні Швидкої медичної допомоги за період з 2010 по 2020 роки. Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 155 хворих, що були ургентно госпіталізовані та оперовані з приводу ускладнених злоякісних пухлин шлунку. Середній вік пацієнтів становив 61.5 ± 13.1 . Чоловіків було 102 (65,8%) та жінок 53 (34,2%). Співвідношення чоловіків до жінок склало 2:1. Усім пацієнтам були проведені комплексні клініко-лабораторні та інструментальні дослідження. Усі дані, отримані в ході дослідження, були статистично оброблені за допомогою пакетів програмного забезпечення статистичного аналізу MedStat та EZR (R-statistics).

Результати. Серед госпіталізованих хворих структура злоякісних пухлин була наступною: 120 (77,4%) пацієнтів мали патогістологічно підтверджений рак шлунку та у 35 (22,6%) була саркома шлунку. При визначенні частоти морфологічних варіантів раку шлунку було встановлено, що найбільша кількість випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження – 64 (53,3%), блюдцеподібний тип ураження відмічено у 30 (25%) хворих, дифузно-інфільтративний – у 15 (12,5%), поліповидний – у 11 (9,2%). При цьому, ураження малої кривизни шлунка відмічено у 59 (38,0%) хворих, циркулярне ураження – у 63 (40,6%), задньої стінки – у 10 (6,5%), великої кривизни – у 6 (3,9%), передньої стінки – у 6 (3,9%), тотальне ураження – у 11 (7,1%). На підставі проведених патоморфологічних досліджень, було встановлено: I стадію онкологічного процесу мали - 7 (4,5%) пацієнтів, II – 12 (7,7%), III - 52 (33,5%), IV - 84 (54,2%).

Серед госпіталізованих, у 78 (50,3%) пацієнтів діагноз був вперше встановлений у нашій клініці - онкологічне захворювання вперше маніфестувало у вигляді його ускладнень, причому серед них 52% пацієнтів мали уже IV стадію захворювання. Так, 123 (79,4%) пацієнти мали злоякісну пухлину шлунку, що ускладнилася шлунково-кишковою кровотечею, у 25 (20,3%) з них гостра кровотеча поєдналася зі стенозом виходу зі шлунку, а у 5 (4,1%) – з її перфорацією, всього 11 (7,1%) пацієнтів невідкладно оперовані з приводу

перфорації пухлини, у 21 (13,5%) пацієнта пухлина ускладнилася стенозом, серед них субкомпенсованих стенозів було 7 (33,3%) та 14 (66,7%) – декомпенсованих стенозів. Помірний ступінь важкості кровотечі була у 68 (55,3%) пацієнтів, середня – у 22 (17,9%), важка – у 33 (26,8%), 7 (5,7%) пацієнтів госпіталізовані у стані геморагічного шоку. При екстремному ендоскопічному дослідженні було встановлено, що стигмати активної кровотечі (FI) були у 14 (11,4%) хворих, стигмати нестабільного гемостазу (FII) у 77 (62,6%) та стабільний гемостаз (FIII) мали 32 (26,0%) пацієнти.

Висновки. У 50,3% злоякісні пухлини шлунку на догоспітальному етапі не мають клінічних проявів і вперше дають про себе знати у вигляді їх ускладнень – шлунково-кишкової кровотечі, перфорації чи стенозу, причому серед них 52% – IV стадія захворювання. Майже у 80% випадків злоякісні пухлини шлунку ускладнюються шлунково-кишковою кровотечею, причому у 27% - це кровотеча важкого ступеню.

FAST TRACK ANAESTHESIA ПРИ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ ЗІ ШТУЧНИМ КРОВООБІГОМ

В.В. Пустова

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії

Науковий керівник – д.мед.н., професор Гриценко С.М.

За останні роки методи знеболення та лікування кардіохірургічних хворих значно розвинулись. Попит на кардіохірургічні процедури зростає. Це вимагає модифікації стратегій періопераційного ведення, відповідно до профілю пацієнтів, які потребують операції. Програми «fast track surgery» та прискореного відновлення після операцій, запропоновані наприкінці 1990-х, продемонстрували значний вплив на післяопераційний результат і активно використовуються для численних оперативних процедур із загальної, вісцеральної, судинної та торакальної хірургії, а також при ортопедичних, урологічних та гінекологічних операціях (*Kehlet H. et al., 1997; Engelman D.T, Ben Ali W., Williams J.B., et al., 2019*).

В кардіохірургії «fast track» анестезіологічна тактика спрямована на максимально швидку корекцію окремих гомеостатичних порушень після ШК, швидке відновлення свідомості та самостійного дихання після операції і включає такі компоненти:

1 - коротка доопераційна підготовка або надходження пацієнта в стаціонар напередодні або в день операції;

2 - використання для анестезії гіпнотиків короткої дії або інгаляційних анестетиків, низьких доз опіоїдів або препаратів ультракороткої дії;