

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## МОДЕЛЮВАННЯ АЛЛОПРОТЕЗУ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЦИРКУЛЯРНОЇ ПОДОВЖЕНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТРАХЕЇ

*Боханов Г. Ю., Кривецький В. Ф. (канд. мед. наук, доц.)*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

*Кафедра хірургії №1*

**Актуальність:** При видаленні великих фрагментів трахеї відновлення її цілісності оптимальним способом анастомозування «кінець в кінець» виникають труднощі, особливо при необхідності корекції рестенозу. Полегшити хід операції можна шляхом протезування. Разом з тим, питання вибору матеріалу для трахеального протеза залишається невирішеним та актуальним.

**Мета:** Знайти досліджені і доступні матеріали, які випробувані у клінічних умовах та виготовити з них оптимальний прототип трахеального протезу. Дослідити деякі його характеристики, в тому числі – в порівнянні з властивостями протезованого органу.

**Матеріали та методи:** Лінійний судинний протез діаметром 16 мм, трахеобронхіальний стент “Ultraflex”, шовний матеріал вікріл “Sigma” №3, набір хірургічного інструментарію, індикатор “ИЧ-10 0,01мм часового типу”, набір тягарців. Облікові документи та статистичні показники діяльності відділення торакальної хірургії ВОКЛ ім. Пирогова за 2004-2016р. Застосовано методи наукового предметного моделювання, аналітичного і порівняльного аналізу.

**Результати:** У відділенні торакальної хірургії ВОКЛ ім. Пирогова з 2004 по 2016 роки було проведено 7 циркулярних резекцій трахеї (4 – шийного та 3 – медіастинального відділів), всі - з приводу післятрахеостомічних стенозів. Протяжність резектованого сегмента складала від 2 до 5 кілець. З’єднання кінців при видаленні 4 і більше кілець викликало певні технічні труднощі, хоча спостереження і завершилися одужанням пацієнтів. Доцільність заміщення фрагмента трахеї в таких випадках спонукало до спроби розробки протеза власної конструкції.

**Висновки:** Провівши відповідні дослідження виготовленого нами протезу, ми дійшли висновку, що він відповідає більшості сучасних вимог і поставленим нами цілям. Використання даної моделі в перспективі повинно спростити хід операції резекції трахеї з великою протяжністю, запобігти інтраопераційним труднощам (прорізування швів, проблема адаптації та зведення кінців трахеї) та післяопераційним ускладненням.

## ОБ’ЄКТИВНІ КРИТЕРІЇ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Виноградов Б.О., Драна Л.О., Курбатов В.О., Осокін А.Е., Робак В.І.*

*Харківський національний медичний університет. Кафедра загальної хірургії №2*

*КЗОЗ «ОКЛ ЦЕМД та МК»*

**Актуальність.** Питання оцінки важкості стану хворих на гострий некротичний панкреатит (ГНП) залишається одним із найбільш дискусійних.

**Мета.** Визначити об’єктивні критерії перебігу гострого некротичного панкреатиту.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз хірургічного лікування 125 хворих на ГНП. Хворих розподілено на групи: померлі (34 (27,2%) хворих) та ті, що вижили (91 (72,8%) хворий). В групах вивчено реакцію крові за допомогою гематологічних індексів, біохімічні показники, оцінено ступінь ентеральної недостатності за допомогою Шкали діагностики та клінічної оцінки вторинної ентеральної недостатності, викликаній перитонітом - (Сипливий В.О., 2007). Пошук критичних значень проведено методом ROC з визначенням АUC.

**Результати.** Найбільш інформативними гематологічними індексами виявились: індекс резистентності організму (ІРО), АUC=0,788; лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), АUC=0,761; показник інтоксикації (ПІ) (Сипливий В.О., 2009), АUC=0,702. При ІРО 67,25 і менше летальність досягала 50%, більше 67,25 - 3%. При ЛІІ 8,18 і менше летальність складала 18%, більше 8,18 - 70%. При ПІ вище 1,14 летальність зростала від 9% до 47%.

Найкращим біохімічним індикатором виявився рівень креатиніну ( $AUC=0,834$ ). При концентрації креатиніну менше 106,1 мкмоль/л летальність складала 10%, більше 106,1 мкмоль/л - 75%.

В групі померлих ступінь ентеральної недостатності оцінено в  $42\pm 1,89$  бали, в групі хворих, що вижили – у  $29\pm 3,02$  балів ( $AUC= 0,726$ ). При оцінці ступеня ентеральної недостатності у 36 балів і вище летальність складала 70%, менше 30 балів – 11%.

#### **Висновки:**

1. Летальність від гострого некротичного панкреатиту сягає 27,2%.
2. Об'єктивними критеріями перебігу гострого некротичного панкреатиту є: індекс резистентності організму, лейкоцитарний індекс інтоксикації, показник інтоксикації, рівень креатиніну, оцінка ступеня ентеральної недостатності за допомогою Шкали діагностики та клінічної оцінки вторинної ентеральної недостатності, викликаной перитонітом

## **ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ГАБАПЕНТИНУ В ЛІКУВАННІ ОКСАЛІПЛАТИН-ІНДУКОВАНОЇ НЕЙРОПАТІЇ**

*О.Б. Вишинська*

*Науковий керівник: Т.В.Ткачук (ас.)*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.*

*Кафедра променевої діагностики, променевої терапії та онкології*

**Актуальність:** Оксаліплатин є препаратом вибору у пацієнтів із злоякісними пухлинами шлунково-кишкового тракту. Проте, при проведенні хіміотерапії оксаліплатиніом у пацієнтів досить часто зустрічається периферична сенсорна нейропатія, що значно погіршує якість життя.

**Мета:** Оцінити застосування габапентину в лікуванні оксаліплатин-індукованої нейропатії.

**Матеріали та методи:** Було обстежено 40 пацієнтів із злоякісними новоутвореннями гастроінтестинального тракту II-IV стадій процесу, які отримували оксаліплатин. За критеріями NCI-CTC у всіх обстежених хворих спостерігались явища нейротоксичності і було виявлено сенсорну нейропатію II-III ступенів. Оксаліплатин безпосередньо вражає нейрони периферичної нервової системи. Габапентин — синтетичний лікарський препарат, який за хімічною структурою є структурним аналогом гамма-аміномасляної кислоти, яка є гальмівним медіатором центральної нервової системи. Габапентин застосовується як препарат першої лінії при невропатичному болю різної етіології. Цей препарат володіє анальгезуючим та протисудомним ефектами. Габапентин призначали по 1 капсулі перорально тричі на день із добовою дозою 900 мг. Ефективність препарату оцінювали за зниженням ступеня сенсорної невропатії згідно критеріїв NCI-CTC.

**Результати:** У всіх пацієнтів, які приймали участь у дослідженні спостерігалось значне зменшення парестезій та гіперестезій в дистальних ділянках нижніх та верхніх кінцівок. Із 40 пацієнтів у 16 (40%) нейропатія зменшилась з III до II ступеня, у 9 пацієнтів (22.5%) – з III до I, у 15 пацієнтів(37.5%) – з II до I ступеня.

**Висновки:** В ході дослідження було виявлено, що габапентин зменшує вираженість симптомів при оксаліплатин-індукованій нейропатії через усунення гіпералгезії та парестезії. Застосування габапентину покращує лікування сенсорної нейропатії та якість життя пацієнтів, які отримують оксаліплатин.