

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%.