

устройств для хирургии глаукомы остается актуальным. Основными недостатками при их использовании в отдаленном послеоперационном периоде являются: облитерация просвета дренажа, формирование соединительнотканной капсулы вокруг наружного конца дренажа, кистозное перерождение фильтрационной подушечки, девиация глазного яблока, регматогенные отслойки сетчатки, развитие эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы, что вынуждает удалять дренаж. В связи с этим необходима разработка новых дренажных устройств для хирургии глаукомы, с учетом вышеперечисленных недостатков.

МИННО-ВЗРЫВНЫЕ РАНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Кузнецов Б.А.

Научный руководитель: проф. Ивченко Д.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Цель исследования: определить место минно-взрывных ранений в структуре санитарных потерь в условиях военных конфликтов, определить особенности в подходе к ведению и лечению пострадавших вследствие минно-взрывной травмы.

Материалы и методы: В ходе настоящей работы была изучена статистка санитарных потерь в различных вооруженных конфликтах, выделена в их структуре доля минно-взрывных ранений, обусловленная применением противопехотных мин. Изучалась типология противопехотных мин с целью определения основного поражающего фактора, обуславливающего характер и тяжесть наносимой травмы. Также изучались методологические подходы по ведению и лечению пострадавших от минно-взрывных ранений в условиях военного конфликта.

Полученные результаты: В ходе поисковой работы определилась четкая тенденция к увеличению удельного веса пострадавших от минно-взрывных травм в условиях современных локальных конфликтов и войн; отмечается высокий уровень тяжелых и крайней тяжелых состояний пострадавших, высокий уровень их инвалидизации.

Выводы: В условиях современных военных конфликтов удельный вес минно-взрывных ранений остается стабильно высоким и показывает тенденцию к росту.

ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ РЕСПІРАТОРНОЇ ПІДТРИМКИ, ЯК СТРАТЕГІЯ, ЩО ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кузьменко Т.С.

Науковий керівник: доц. Воротинцев С.І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та реанімації

Мета: зниження кількості післяопераційних легеневих ускладнень (ПЛУ) у пацієнтів із середнім або високим ризиком їх розвитку шляхом індивідуалізації респіраторної підтримки в абдомінальній хірургії.

Матеріали та методи. У дослідження були включені пацієнти, котрим планувалося проведення відкритого чи лапароскопічного втручання на органах черевної порожнини під загальним знеболенням, оцінкою за шкалою ARISCAT ≥ 26 балів, очікуваною тривалістю операції ≥ 2 годин. Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 група (n=25) – «стандартна» ШВЛ (ДО 8-10 мл/кг ідеальної маси тіла (ІдМТ)); 2 група (n=25) – протективна ШВЛ (ДО 7 мл/кг ІдМТ) з використанням рекрутуючого маневру (РМ) та підбором індивідуальних значень позитивного тиску в кінці видиху (ПТКВ). РМ в групі 2 проводили одразу після інтубації трахеї та при зниженні легеневого комплайнсу $> 10\%$, за схемою: на респіраторі виставляли рівень максимального тиску на вдиху – 35 см вод.ст., відношення вдих/видих 1:1, частота дихання (ЧД) > 6 вдихів за хв., рівень ПТКВ 10 см вод. ст., далі проводили покрокове збільшення ДО на 4 мл/кг ІдМТ до досягнення рівня тиску плато (Pplat) – 30 см вод. ст. та підтримання його на цьому рівні протягом трьох вдихів, після чого параметри вентиляції повертали до вихідних значень. Після проведення РМ виставляли оптимальний ПТКВ. Принцип розрахунку індивідуального ПТКВ: у режимі вентиляції з контролем по об'єму, на респіраторі першочергово виставляли ПТКВ 0 см вод.ст., після чого збільшували ПТКВ кожні 30 секунд на 1 см вод.ст. до досягнення найкращого рівня легеневого комплайнсу (Сдин), до цього рівня ПТКВ додавали 2 см вод.ст. Під час оперативного втручання у досліджуваній групі Сдин визначали