

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

кожні 60 хвилин на моніторі респіратора. Базові параметри вентиляції: модус – об'єм-контрольована; $FiO_2 \geq 40\%$ для підтримки $SpO_2 \geq 93\%$; відношення вдих/видих – 1:2; частота дихання визначалась рівнем CO_2 в кінці видиху (Et CO_2) 35-37 мм рт.ст. Премедикація, індукція та підтримання анестезії не мали відмінностей між досліджуваними групами. До 7 дня післяопераційного періоду відстежували розвиток ПЛУ, а саме - ателектазів легеневої тканини, пневмонії, пневмотораксу, плеврального випоту, гіпоксемії. Статистичну обробку проводили з допомогою програм «STATISTICA 6.0».

Результати. Характеристика 1 групи – середній вік $71,92 \pm 1,99$ роки, у 9 (36 %) пацієнтів відмічено ателектазування легеневої тканини, пневмонія у 8 (32 %), плевральний випіт та гіпоксемія у 4 (16%). Характеристика 2 групи – середній вік $67,68 \pm 2,25$ роки, у 1 (4%) пацієнта зафіксовано ателектазування легеневої тканини, розвиток пневмонії та гіпоксемії, у 3 (12 %) був наявний плевральний випіт. В обох групах не було зафіксовано жодного випадку пневмотораксу. В групі протективної вентиляції, ризик розвитку ателектазів легеневої тканини був достовірно меншим (95 % ДІ 0,01 – 0,85, $p < 0,05$). Проведення «стандартної» ШВЛ, статистично достовірно збільшувало ризик розвитку пневмонії періоду (95 % ДІ 0,02 – 0,97, $p < 0,05$). В дослідженні отримали статистично незначну різницю між кількістю випадків розвитку плеврального випоту в досліджуваних групах. Ризик розвитку гіпоксемії статистично не зменшувався в групі протективної ШВЛ з індивідуалізацією респіраторної підтримки у порівнянні зі «стандартною» ШВЛ.

Висновки. Використання протективної вентиляції з індивідуалізацією респіраторної підтримки у хворих, що мають середній або високий ризик розвитку післяопераційних легеневих ускладнень, достовірно знижує ризик розвитку ателектазів легеневої тканини та пневмонії, що асоційовані з ШВЛ, при проведенні оперативних втручань на органах черевної порожнини.

ПЕРЕВАГИ СИСТЕМИ K3 (SYBRONENDO, ROTARY NICKEL TITANIUM ENDODONTIC FILE): ЇЇ РОЛЬ В ОЧИЩЕНІ ТА СТЕРИЛІЗАЦІЇ СИСТЕМИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ

Курочкіна А.Є., Нассер М.А.

Науковий керівник: доц. Дементьєва О.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра терапевтичної стоматології

Файли K3 являються одними з найкращих представників третього покоління Ni-Ti інструментів, які обертаються. Дана система була введена для забезпечення ефективного та безпечного препарування кореневого каналу. Конструктивною особливістю даної системи відносно інших являється її безпечний кінчик, котрий має дещо більший кут нахилу ріжучої частини та оптимальну ріжучу здатність, при цьому ошарки, які утворюються в процесі роботи, легко виводяться із робочої зони та простору каналу завдяки комбінації перемінного кута та перемінного кроку гвинтової нарізки файлів.

Мета дослідження: оцінити за динамікою клініко-лабораторних показників ефективність застосування системи K3 (SybronEndo, Rotary Nickel Titanium Endodontic File).

Матеріали та методи. В досліді були використані 12 нещодавно видалених зубів з закритими апексами. Після видалення зуби зберігались в ізотонічному розчині для того, щоб уникнути можливої дії фіксуєчої речовини на розчинення органічних тканин гіпохлоритом.

Був створений стандартний ендодонтичний доступ. Два необроблених зуба були використані в якості контрольних, в той час, як інші були препаровані таким же чином з застосуванням K3, SybronEndo в техніці crown-down. Прохідність каналу була відновлена металевим ручним інструментом №15, канал оброблявся поступово чотирма NiTi файлами K3.06 конусності, розмірами 40,35,30 та 25. Інструменти використовувались в режим низької швидкості (300 об/хв) і максимального рівня струму під контролем мікромотора. Іригація після обробки кожним інструментом виконувалась 5% гіпохлоритом. Канал заповнювали іригантами на довжину всієї інструментальної обробки за допомогою ендодонтичного шприца з градуйованою голкою довжини 27 мм з запаєним кінчиком. Голка вводилась в канал до моменту відчуття опіру. Слід відмітити, що в якості об'єктів були використані зуби з прямими та простими каналами. Гирлове розширення було легко створено за рахунок використання спочатку обертаючогося Ni-Ti файла 06 конусності, що підвищило ефективність іригації, так як дане розширення забезпечило доступ для правильного розміщення кінчика іригаційної голки та покращило контакт розчину з тканинами апікальної третини. Більш того, гирлова частина була оброблена і виступила в якості резервуару для іригантів, забезпечила позитивний контакт розчину зі стінками каналу, що також значно покращило очистку.

Для дослідження були зроблені контрольні прицільні рентгенограми для кожного каналу. Кожен зразок оцінений у відповідності до шкали, запропонованої Hulsmann.