

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2016

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)
Харків, 2016. – 518 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

Бобро В.В.

**ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ПОКАЗНИКІВ КАЛЬЦІЄВОГО
ГОМЕОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАНКРЕАТИЧНИМИ ПСЕВДОКІСТАМИ**
Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної хірургії №1,
м. Харків, Україна

У сучасній хірургії намітилася важлива в практичному і науковому плані тенденція прогнозування післяопераційних ускладнень у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози (ПКПЗ), зокрема, на підставі отриманих під час досліджень лабораторних даних. В цьому аспекті цікавим напрямком є дослідження у пацієнтів із ПКПЗ показників кальцієвого гомеостазу, враховуючи велику роль іонів кальцію в здійсненні секреторних процесів підшлунковою залозою.

Мета. Визначення предикторної цінності показників кальцієвого гомеостазу для прогнозування ускладненого перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози.

Матеріал та методи. Обстежено 48 пацієнтів із післянекротичними псевдокістами підшлункової залози. Середній вік пацієнтів складав $44,3 \pm 2,6$ років. Діагностика ПКПЗ базувалася на даних променевих методів дослідження. Вміст загального кальцію визначався біохімічним методом з використанням біохімічного аналізатора Statfax 1904 Plus. Іонізований кальцій розраховувався за формулою Д.І. Міцури (1995), показник відносного вмісту іонізованого кальцію (ПВВІК) за формулою: $\text{ПВВІК} = \text{Ca}^{++} / \text{Ca}$, де Ca^{++} – кальцій іонізований; Ca – загальний кальцій. Обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою програми SPSS Statistics 17.0.

Результати і обговорення. Дослідження показало, що ознаки гіпокальціємії достовірно частіше спостерігалися у жінок ($\chi^2 = 20,2$, $p < 0,01$) і у пацієнтів похилого віку ($\chi^2 = 4,36$, $p < 0,05$), при цьому ризик виникнення післяопераційних ускладнень у пацієнтів із показниками Ca^{++} , меншими за $0,8 \pm 0,03$ ммоль, є статистично значущим ($\text{OR} = 5,1$ при $\text{CI } 95\% \text{ } 0,5 - 29,9$). Для уточнення дискримінаційного потенціалу кожного з показників кальцієвого гомеостазу проведено ROC - аналіз, який виявив наступні характеристики моделі: для загального кальцію = $\text{Se} - 97,1\%$, $\text{Sp} - 26,3\%$, $\text{AUC} - 0,62$, при $95\% \text{ CI } 0,28 - 0,62$, $p < 0,05$; для іонізованого кальцію = $\text{Se} - 92,0\%$, $\text{Sp} - 39,6\%$, $\text{AUC} - 0,743$, при $95\% \text{ CI } 0,59 - 0,89$, $p < 0,05$; для ПВВІК = $\text{Se} - 98,3\%$, $\text{Sp} - 65,1\%$, $\text{AUC} - 0,82$, при $95\% \text{ CI } 0,65 - 0,94$, $p < 0,05$. З результатів ROC – аналізу витікає, що найкращим класифікатором є ПВВІК. У зв'язку з цим було вивчено вірогідність виникнення ПУ у пацієнтів із ПКПЗ при різних рівнях ПВВІК. Встановлено, що шанс виникнення ПУ у пацієнтів із $\text{ПВВІК} \geq 0,45$ є достовірно більшим ($\text{OR} = 17,1$ при $\text{CI } 95\% \text{ } 3,8 - 7,6$, $p < 0,05$). Найбільш прогностично несприятлива ситуація щодо ризику післяопераційних ускладнень складається у пацієнтів із показниками $\text{ПВВІК} \geq 0,45$ на тлі гіпокальціємії (60,4% пацієнтів мали післяопераційні ускладнення).

Збільшення ПВВІК свідчить про дисбаланс внутрішньоклітинного гомеостазу кальцію, наслідком якого є активація скорочувального апарату гладеньких м'язів шлункового тракту, що сприяє формуванню протокової гіпертензії, викликає спазм судин та призводить до порушень мікроциркуляції й розвитку тканинної ішемії. Крім того, збільшення вмісту Ca^{++} в ацинарних клітинах стимулює секрецію ферментів ПЗ. Усі перераховані механізми можуть стати вагомими чинниками ініціювання або підтримання запального процесу у ПЗ, патологічних змін її секреторної функції

Висновки. Показники кальцієвого гомеостазу є важливими чинниками прогнозування ризику післяопераційних ускладнень у пацієнтів із панкреатичними псевдокістами. ПВВІК є найбільш прогностично цінним маркером ступеня порушень кальцієвого гомеостазу. Найбільший ризик післяопераційних ускладнень мають пацієнти із показниками ПВВІК $\geq 0,45$ на тлі гіпокальціємії.

Бондарець Л., Сикал М.О.

ЗАПРОГРОМОВАНА ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ПЕРІТОНІТУ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №2

Незважаючи на безперечний прогрес медицини і стрімкий розвиток малоінвазивних методів діагностики та лікування різних нозологічних форм, лікування поширеної форми перитоніту є однією з найбільш складних завдань у хірургічній практиці, яка супроводжується високою летальністю в післяопераційному періоді. Важливу роль при цьому відіграють неадекватна санація гнійно-запального вогнища в черевній порожнині, прогресування перитоніту і пізні надходження хворих у стаціонар.

З 2012р в клініці були виконані лапароскопічні процедури у 58 хворих з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, ускладнених перитонітом. Середній вік пацієнтів склав $54,5 \pm 1,5$ р. Відповідно етіології, джерело поширення перитоніту хворих був перфоровані гастродуоденальні виразки - 9 (26,8%), гострий холецистит - 22 (32,4%), некроз підшлункової залози - 10 (20,4%), гострий апендицит - 17 (20,4 %).

Показання до повторної дезінфекції діяльності буде вважатися запальна реакція парієтальної та вісцеральної очеревини, обширні спайки внутрішніх органів з декількома додатками фібрину. Всі пацієнти мали адекватну антибактеріальну терапію з урахуванням мікробного спектру.

Аналіз результатів лапароскопічної запрограмованої релапаротомії черевної порожнини показала, що цей метод успішно усуває причину перитоніту. Це також дозволяє зробити повну санацію черевної порожнини, у тому числі із запрограмованими санаціями та організованим моніторингом черевної порожнини після операції. При лапароскопії виконується: накладення швів на перфоративну виразку, дренаж сальникової сумки і заочеревинного простору, холецистостомія при панкреонекрозі, апендектомія, холецистектомія. У 6 (5,56%) пацієнтів була потрібна лапаротомія, через технічні проблеми. Під час лапароскопічної санації черевної порожнини інтраопераційних ускладнень не спостерігалось. Смертність склала 3,7%.

Лапароскопічні операції є ефективними у пацієнтів з перитонітом. Вони дозволяють у більшості випадків усунути джерело перитоніту і виконати санацію черевної порожнини.

Використання запрограмованої лапароскопічної санації в лікуванні перитоніту, значно скорочує час реабілітації, та дозволяє уникнути ряду післяопераційних ускладнень.