

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

великокомілкових кісток за допомогою БІМПФ-8, порівнюючи величину прогинів у дорсивентральному, вентродорсальному, медіолатеральному, латеромедіальному напрямках із своєрідним умовним еталоном - препаратами цілої непошкодженої великокомілкової кістки. З дослідження випливає, що найменших прогинів зазнають препарати цілих непошкоджених великокомілкових кісток, децю їм поступаються препарати, синтезовані БІМПФ-8 у разі одинарних поперечних переломів нижньої третини діафіза. Проте - деформації зразків, синтезованих БІМПФ-8 у випадках подвійних переломів верхньої та нижньої третин діафізу виявились набагато вищими в 2,75 - 6,8 разів, в залежності від напрямку прогину. Це свідчить, що при остеосинтезі подвійних переломів за допомогою БІМПФ-8 найменшого діаметру, на етапі формування первинного мозоля, необхідна додаткова іммобілізація пошкодженого сегменту на протязі 4-5 тижнів, навантаження в цей період є дуже небажаними. Застосування запропонованої методики вимірювань деформацій згину дає можливість на підставі аналізу величини горизонтальної складової прогину висувати рекомендації, що до вдосконалення конструкцій фіксаторів та цілеспрямованого зміцнення їх форми та розмірів у певній площині. Такий підхід дозволяє науково обґрунтовувати вимоги до майбутніх моделей фіксаторів.

Висновки. Оцінка ефективності фіксуючих конструкцій повинна здійснюватися на основі комплексного підходу, який враховує всі види простих та складних навантажень, а результати біомеханічних досліджень дозволяють визначити шляхи вдосконалення конструкцій фіксаторів. Підтверджено, що при згині усіх груп препаратів у будь-якій площині виникає явище складного опору - косий згин, тобто - деформація препаратів у двох площинах: в силовій (в тій, що здійснюється навантаження) та в площині, яка перпендикулярна до неї.

Москалюк О.П.

СПОСІБ ГОЛКОВОЇ СФІНКТЕРОТОМІЇ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ВЕЛИКОМУ ДУОДЕНАЛЬНОМУ СОСОЧКУ

Кафедра хірургії №2

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є однією з найбільш поширених патологій в абдомінальній хірургії, її частота досягає 20% серед дорослого населення, причому даний показник збільшується з віком. Холедохолітаз зустрічається у 10-35% хворих на ЖКХ і, часто, стає причиною таких тяжких ускладнень, як холангіт, гострий панкреатит і механічна жовтяниця. Також збільшується кількість хворих з іншими причинами механічної жовтяниці, серед яких: онкологічна патологія підшлункової залоза (25-30%), псевдотуморозний панкреатит (до 15%) та пухлини позапечіткових жовчовивідних шляхів (10-12%). Впровадження у клінічну практику ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) з наступною ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) для діагностики та лікування хворих з механічною жовтяницею дозволяє покращити результати лікування даної патології, особливо у хворих з важкою супутньою патологією. Необхідно підкреслити, що для успішного виконання ЕРХПГ необхідно досягти селективної канюляції холедоха або панкреатичної протоки. За даними літератури це можна здійснити в 85-90% випадків.

Мета дослідження проаналізувати ефективність та безпечність запропонованого способу ендоскопічної голкової сфінктеротомії.

Матеріал і методи дослідження. Нами запропоновано «Спосіб селективної канюляції холедоха» (патент на корисну модель UA 117568), що має на меті покращення результатів виконання голкової папілотомії при неможливості селективної канюляції холедоха та при повторних випадкових канюляціях головної панкреатичної протоки шляхом зменшення ризику виникнення специфічних ускладнень, зокрема перфорації ДПК та гострого панкреатиту.

Результати дослідження. За даними центру ендоскопічної хірургії м. Чернівці проаналізовано 1100 ендобіліарних втручань з 2016р. по 2022р. У 88 хворих із складною

анатомічною будовою сосочкової ділянки використано запропоновану техніку селективної канюляції холедоха. За нашими даними використання запропонованого способу збільшило кількість успішних первинних канюляцій холедоха до 95% та зменшило кількість ускладнень на 15% та має такі переваги. По-перше, запропонована методика дозволяє виконувати ендоскопічні транспапільярні втручання в один етап не очікуючи зменшення ознак запалення в ділянці сосочка після невдалих спроб селективної канюляції холедоха. По-друге, глибину виконання супрапалілярної холедоходуоденостомії оцінюють по залишеному провіднику, що зменшує кількість ускладнень – перфорації ДПК та гострого панкреатиту. По-третє, немає необхідності додаткового стентування протоки підшлункової залози, що зменшує тривалість та вартість операції, виключає потребу повторних втручань для видалення даного стента.

Висновки. Запропонований спосіб ЕПСТ дає змогу попередити пошкодження протоки підшлункової залози, знижує ймовірність гострого панкреатиту та перфорації дванадцятипалої кишки завдяки виконанню підконтрольній оку голкової сфінктеротомії.

Паляниця А.С.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ЗА ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Лікування гострого деструктивного панкреатиту залишається проблемою сучасної хірургії. Вибір лікувальної тактики, адекватної тяжкості та формі захворювання, ґрунтується на врахуванні того, що патологічний процес у підшлунковій залозі розвивається надзвичайно швидко і патологічні зміни охоплюють навколишні тканини, що містять жирову клітковину, набуваючи поширеного характеру. Тому раннє енергійне та багатокomпонентне лікування може зупинити прогресування захворювання, або обмежити поширеність процесу.

Мета дослідження. На сьогоднішній день залежно від фази розвитку патологічного процесу та тяжкості стану хворого з панкреонекрозом існують різні концепції у тактиці лікування. Останнє десятиліття простежуються явні зміни у тактиці ведення хворих з гострим деструктивним панкреатитом - від різних варіантів консервативного та відкритого оперативного лікування в ранні терміни захворювання до різноманітних хірургічних втручань на підшлунковій залозі. Єдиний погляд простежується лише тому, що лікування гострого деструктивного панкреатиту має починатися з комплексної, патогенетичної, консервативної терапії.

Матеріал і методи дослідження. Провідною ланкою у комплексі лікувальних заходів є методи інфузійної, антиферментної та антибактеріальної терапії, спрямовані на боротьбу з інфекцією, ферментною та бактеріальною токсемією, корекцію обмінних та гемодинамічних порушень. Гідне місце в комплексі консервативної терапії займають новокаїнові блокади панкреатодуоденальної зони: у поєднанні з антибіотиками та антиоксидантами.

Результати дослідження. Однак параамінобензойна кислота, що утворюється при розпаді новокаїну, є «фактором росту» для бактерій. Це ставить під сумнів використання новокаїнових блокад, коли є всі передумови розвитку гнійних ускладнень. Крім цього, новокаїн поступається за швидкістю, силою та тривалістю анестезуючої активності сучасним місцевим анестетикам. Тому доцільніше використання лідокаїну замість новокаїну.

Новокаїнові блокади панкреатодуоденальної зони часто поєднувалися із введенням антибіотиків із групи аміноглікозидів. Однак, проведення новокаїнових блокад у поєднанні з аміноглікозидами в більшості випадків не запобігає розвитку гнійних ускладнень. На наш погляд, у даному випадку необхідний препарат широкого спектру дії, що діє бактерицидно на грам-позитивні та грам-негативні мікроорганізми, стійкі до пеніцилінів та інших протимікробних засобів, що добре проникає в тканини та рідини організму і тривалий час у них затримується. Використання препарату цефалоспоринового третього покоління - цефотаксиму з вищеперелічених позицій є більш перспективним, ніж застосування аміноглікозидів.