

**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**

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 транспапілярні втручання в один етап не очікуючи зменшення ознак запалення в ділянці сосочка після невдалих спроб селективної канюляції холедоха. По-друге, глибину виконання супрапапільярної 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 форми 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 багатокомпонентне 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 грампозитивні та грамнегативні мікроорганізми, стійкі до пеніцилінів та інших протимікробних засобів, що добре проникає в тканини та рідини організму і тривалий час у них затримується. Використання препарату цефалоспоринів третього покоління - цефотаксиму з вищеперелічених позицій є більш перспективним, ніж застосування аміноглікозидів.

Останнім часом все більше застосування знаходить ультразвукова терапія при запальних захворюваннях шлунково-кишкового тракту, що має протизапальну, спазмолітичну, бактерицидну дію. Ще більше значення набуває лікарський ультрафонофорез, що поєднує потенційовані ефекти ультразвукової терапії і специфічні ефекти лікарського втручання, що виконуються ультразвуком.

У зв'язку з переліченими вище факторами великий практичний інтерес викликає застосування при гострому деструктивному панкреатиті тривалої заочеревинної блокади лікарськими препаратами панкреатодуоденальної зони в поєднанні з ультрафонофорезом.

**Висновки.** Розробка нових та удосконалення відомих способів лікування гострого деструктивного панкреатиту з використанням тривалих заочеревинних блоkad панкреатодуоденальної зони лідокаїном, цефотаксимом, емоксипіном у поєднанні з ультрафонофорезом, застосуванням лапароскопічних та відеолапароскопічних втручань у поєднанні з впливом на підшлункову залозу потоку лікарської суміші та низькочастотного ультразвуку є перспективним напрямом у вирішенні завдань щодо покращення результатів лікування хворих з гострим деструктивним панкреатитом.

**Петрюк Б.В.**

## **ЛКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВИПАДКУ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ ПАЛЬЦІВ І КИСТІ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** За даними різних авторів поранення пальців і кисті у мирний час становлять від 17% до 75% всіх механічних пошкоджень даної локалізації. Переважно це побутові пошкодження, частота яких не має тенденції до зниження не дивлячись на поліпшення умов праці та удосконалення заходів із профілактики травматизму. Основні причини поранень – недотримання техніки безпеки під час роботи з гострими предметами (ножі, тесаки, сокири) і відсутність навичок роботи з побутовими пристроями та інструментами.

**Мета дослідження.** Відкриті пошкодження пальців і кисті різноманітні. Це можуть бути різані, рубані, забійні, рвані, розчавлені, вогнепальні, вкушені та змішані поранення. Нерідко вони супроводжуються пошкодженням сухожилків, кісток, суглобів, судин і нервів. Доволі часто трапляються випадки травматичної ампутації пальців тощо.

**Результати дослідження.** Як показує практика, рани пальців і кисті досить часто – майже у половини потерпілих – супроводжуються виникненням дефектів шкірних покривів. Їх не завжди вдається ліквідувати під час виконання ПХО ран. Шкірні краї таких ран малорухомі. Їх важко мобілізувати через анатомічні особливості будови шкіри та підшкірної клітковини – наявність фіброзних перетинок, які фіксують шкіру і роблять її неподатливою. Отже, виникає потреба у проведенні того чи іншого варіанту шкірної пластики. Загалом вибір методу заміщення дефекту шкірних покривів даної локалізації залежить від його розмірів, глибини та локалізації. Також має значення стан тканин у ділянці рани. Пластика місцевими тканинами (метод зустрічних трикутників, трапецій тощо) одноосібно може вирішити проблему у випадку відносно невеликих дефектів. У інших випадках можлива її комбінація з вільною аутодермопластиком (АДП). Однак поширені ранові поверхні можливо ліквідувати лише за допомогою великих епідермо-дермальних трансплантатів, взятих ручним або електричним дерматомом.

У випадку дрібних неглибоких (на рівні підшкірної клітковини), частіше різаних і рубаних ран, можна скористатися вільною аутодермопластиком за Тіршем. За відсутності дерматома скальпелем або звичайним лезом під інфільтраційною анестезією на тильній поверхні передпліччя в 1/3 пилячими рухами зрізають шкірний клапоть, яким закривають рановий дефект. Для надійності його можна зафіксувати кількома швами за допомогою атравматичної голки. За наявності більших дефектів використовують дерматому вільну аутодермопластику. Товщина клаптя визначається механічним навантаженням зони, де розташований рановий дефект. Зазвичай вона становить 0,3-0,4 мм.