

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**100 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**11, 13, 18 лютого 2019 року**

**(присвячена 75 - річчю БДМУ)**

**Чернівці – 2019**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний  
університет, 2019



**Сенютович Р.В.**

## **КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗХОДЖЕНЬ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Розходження колоректальних анастомозів – найважче ускладнення операцій при раку прямої кишки. За даними зарубіжних авторів недостатність колоректальних анастомозів при раку прямої кишки в середньому склала 4%. Однак в окремих повідомленнях перевищувала 10% і більше процентів. Існують значні суперечності щодо застосування допоміжних методів для діагностики розходжень колоректальних анастомозів

Метою даної роботи був аналіз діагностики розходжень колоректальних анастомозів за матеріалами першого хірургічного відділення Чернівецького обласного клінічного диспансеру.

В Чернівецькій області на рак прямої кишки в 2011 році захворіла 121 особа, проліковано 88 чоловік або 73,2 % від захворілих. Померло 90 хворих. За 2015 рік число захворілих практично не зросло – до 123 особи. Охоплено лікуванням – 114 або 76%, померло 86. До року померло 41 хворий або 31,3%. Всього з 2013 по 2017 рік в ЧООД виконано 90 операцій з накладанням колоректальних анастомозів.

Накладено 60 ручних і 30 апаратних анастомозів. Недостатність анастомозів констатована у 7 випадках або 7,6%. В одному випадку недостатність відбулася на 11 день після формування скріпочного механічного коло ректального анастомозу, в інших 6 випадках при ручних способах анастомозування (10%). Терміни, коли була констатована недостатність склали від 4 до 11 днів. Консервативно було проліковано 2 хворих. Трансверзостоми накладені у 4 і лапаротомія при безуспішному консервативному лікуванні і появі перитоніту – була виконана у одного хворого. Один хворий помер від цього ускладнення.

Діагноз розходження ставили на основі виділення мутного ексудату по дренажних трубках з тазової рани. У всіх хворих з нетриманням анастомозів відмічали підвищення температури до субфебрильних рівнів. Хворі відчували важкість і дискомфорт в ділянці тазу. В жодному випадку не було проведено таких додаткових методів дослідження як комп'ютерна томографія, ендоскопічні обстеження, контрастна клізма, введення контрасту по дренажах. Практично в усіх випадках розходження колоректальних анастомозів хірург не був поінформований про величину розходження, ступінь дренивання гнійників в малому тазу. Один хворий помер після трансверзостомії та послідувочої релапаротомії від тазової флегмони, що спричинила перитоніт.

Аналіз зарубіжної літератури в останні роки показав, що уточнення характеру розходжень колоректальних анастомозів хірурги обов'язково проводять з допомогою рентгенологічних способів. Наш досвід свідчить про небезпеку затягування консервативної терапії недостатності колоректальних анастомозів і «сліпого» накладання трансверзостоми. Хірург повинен рентгенологічними способами (контрастна клізма, комп'ютерна томографія) встановити ступінь розходження і головне адекватність дренивання тазової рани. Затримка калових мас в порожнині тазового гнійна, що завжди супроводжує недостатність, може привести до катастрофи.

**Унгурян В.П.**

## **МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ ЛАПАРОТОМНОЇ РАНИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ПРОСТИХ ВУЗЛОВИХ ШВІВ ТА ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на існуючі різноманітні способи укріплення лінії швів лапаротомної