

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



рекомендації з проведення клінічних досліджень, оцінки та статистичної обробки їхніх результатів, правила підготовки й критичного оцінювання статей у наукових та науково-практичних медичних виданнях.

Доцільним також є створення університетського центру з надання молодим науковцям консультативної допомоги кваліфікованими спеціалістами з питань організації та проведення клінічних досліджень, медичної статистики з метою отримання максимально об'єктивного результату. Відомо, що об'єм міжнародних медичних публікацій авторів з України в журналах Scopus знаходиться на 75 місці (між Оманом та Угандою).

З метою підвищення можливості публікацій у міжнародних журналах доцільним є організація тренінгів, присвячених підготовці рукопису наукової медичної статті для подання в міжнародний журнал, системі оцінки якості журналу, підвищенню обізнаності в критерії цитування робіт вченого. Високе цитування передбачає початкову інтеграцію (тобто, розуміння того, кого зацікавить ваша публікація, якою повинна бути міжнародна інтеграція вашого наукового колективу і співавторство та ін.) Без такого усвідомлення розуміння ринку та інтеграції складно очікувати високого цитування закордонними колегами.

Також необхідно розуміти, що за умов відсутності належного інформаційного забезпечення науки та освіти, міжнародної інтеграції, без проведення досліджень на засадах доказової медицини тощо, неможливо створити «конкурентоспроможну» науку. Тільки комплексне вирішення цієї складної проблеми відкриває перед спеціалістом можливість для кар'єрного та професійного зростання, включаючи запрошення на міжнародні конференції, отримання грантів.

Швець Н.В.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ І ОЖИРІННЯМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

В усьому світі зростає поширеність ожиріння, особливо у промислово розвинених регіонах, де є велика різноманітність висококалорійних і недорогих продуктів, а спосіб життя стає все більш "сидячим", останнє стало значним і серйозним аспектом громадського здоров'я. Підвищений артеріальний тиск, що вимагає лікарського обстеження і лікування, є майже у кожного четвертого жителя нашої планети. Близько двох третин дорослого населення, котрі вважаються здоровими, має ризик розвитку артеріальної гіпертонії. Хвороба вражає працездатну частину населення, будучи причиною періодичної непрацездатності та інвалідизації. Остеоартроз є результатом взаємодії генетичного, еволюційного та набутого механічного факторів, що порушують баланс між процесами деградації і утворення позаклітинного матриксу суглобового хряща та субхондральної кістки, призводячи до морфологічних, біохімічних та молекулярних змін, із наступною прогресуючою втратою хряща та розвитком синдрому хронічного болю. Для корекції вищезазначених поєднаних патологічних процесів доцільним є використання омега-3-поліненасичених жирних кислот, водночас дане питання вивчено недостатньо.

Метою дослідження стало з'ясування впливу омега-3 поліненасичених жирних кислот на зміни добового профілю артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням. Обстежено 42 хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням. Проводили добове моніторування артеріального тиску впродовж 24 год за допомогою вимірювача артеріального тиску ВАТ 41-2 (фірма „Solvaig”, Угорщина). В подальшому нами аналізувалися дані отримані в певні часові інтервали, а саме о 12, 16, 20, 24, 4, 8 год, за якими розраховували мезор і амплітуду систолічного і діастолічного артеріального тиску. Усі пацієнти були поділені на дві групи: 1 група - контрольна (артеріальна гіпертензія + остеоартроз + ожиріння), яка отримувала базисну терапію (лізиноприл в добовій дозі 10 мг) і 2 група - дослідна (артеріальна гіпертензія + остеоартроз + ожиріння + омега-3-поліненасичені жирні кислоти), яка крім базисної терапії додатково отримувала препарат Епадол Нео по 1 капсулі тричі на день. Проведення багатофакторного регресійного аналізу виявило вираженість достовірних корелятивних зв'язків між діастолічним тиском о 20 год, діастолічним тиском о 24 год та діастолічним тиском о 4 год ночі в хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням.

Таким чином, за рахунок вищеперелічених властивостей омега-3 поліненасичені жирні кислоти у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням зумовлювали зниження систолічного артеріального тиску о 4 год ночі та гальмування діастолічного артеріального тиску в вечірній та нічний періоди доби, а саме о 20, 24, 4 год. Виявлені найбільш істотні протекторні властивості омега-3 поліненасичених жирних кислот у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням на рівень діастолічного тиску в вечірній та нічний періоди доби дають змогу рекомендувати їх застосування таким хворим переважно на ніч.

Шоріков Є.І.

ПРЕДИКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Відомо, що артеріальна гіпертензія є найбільш розповсюдженим захворюванням серцево-судинної системи, яке займає одне з провідних місць у структурі серцево-судинної смертності. У економічно розвинених



країнах спостерігається підвищення артеріального тиску у 30-40% відсотках населення. Цукровий діабет (ЦД), у свою чергу, є важливою медико-соціальною проблемою внаслідок дуже широкої розповсюженості: до 2030 року у світі очікується збільшення кількості хворих на ЦД до 438 млн. людей (7,8%). Від часу появи у пацієнта ЦД, особливо 2 типу, до його виявлення може пройти від 7 до 12 років, але на момент встановлення діагнозу вже майже 50% хворих мають те або інше ускладнення. Отже оцінка ролі різноманітних факторів ризику у виникненні гострих порушень мозкового кровообігу у хворих на цукровий діабет 2 типу із артеріальною гіпертензією за даними тривалого 5 річного проспективного спостереження за пацієнтами Буковинського регіону і стало метою нашої роботи.

У проспективне 5-річне дослідження було включено 594 пацієнти із артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу, що проживають на території Чернівецької області. Наявність гострого порушення мозкового кровообігу (ішемічного інсульту або транзиторної ішемічної атаки) виступало причиною госпіталізації пацієнтів, що було зафіксовано у протоколі досліджень (основна група). З традиційних факторів ризику Фремінгемської моделі проводилась оцінка виникнення ГПМК в залежності від віку хворого, індексу маси тіла, рівня холестерину плазми крові, вмісту креатиніну, швидкості клубочкової фільтрації, структурних змін серцевого м'язу. З інших факторів ризику («нетрадиційних») у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу оцінювалась зміни рівню гемоглобіну, гематокриту, кількісних показників вмісту лейкоцитів, сегментоядерних та паличкоядерних нейтрофілів, лімфоцитів, моноцитів та еозинофілів, показники вмісту фібриногену, толерантності плазми до гепарину, часу рекальцифікації, а також частоти серцевих скорочень у спокої.

Кількість хворих, яким разом із артеріальною гіпертензією встановлено діагноз супутнього цукрового діабету 2 типу склало в цілому по групі 190 осіб (31,98%), у 404 (68,02%) осіб цукровий діабет був відсутній. Загальна кількість епізодів ГПМК під час нашого дослідження становила 44 випадки на 594 хворих, що становить 7,71% серед усіх обстежених хворих. Таким чином, наявність супутнього цукрового діабету може слугувати одним із факторів ризику розвитку епізодів ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію серед обстежених хворих ($p=0,047$). Нами встановлено відсутність впливу вікового фактору та вихідної частоти серцевих скорочень на вірогідність появи епізодів ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію та супутній цукровий діабет 2 типу серед жителів Буковинського регіону. Натомість, ми спостерігали серед пацієнтів із супутнім цукровим діабетом 2 типу велику кількість пацієнтів із збільшеним індексом маси тіла ($p=0,02$). Щодо дослідження взаємозв'язку між такими нетрадиційними факторами ризику як загальний клітинний склад крові та рівень гемоглобіну та виникненням епізодів ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу, то вірогідного впливу у жителів Буковинського регіону виявлено не було, (у всіх випадках $p>0,05$). Аналогічними виявилися результати дослідження таких традиційних факторів ризику як рівень холестерину та швидкість клубочкової фільтрації та змін рутинної коагулограми ($p>0,05$). Стійка асоціація між виникненням ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу та за відсутності даних хвороб спостерігалась при збільшенні товщини стінок лівого шлуночка (як задньої стінки лівого шлуночка, так і міжшлуночкової перетинки) ($p<0,05$). Відповідно, у цьому ж напрямку зростала і показник величини маси міокарду та індекс маси міокарду ($p<0,05$).

Аналогічними виявились результати дослідження взаємозв'язку між такими нетрадиційними факторами як загальний клітинний склад крові та рівень гемоглобіну та виникненням гострих порушень ритму у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу, (у всіх випадках $p>0,05$). Стійка асоціація між виникненням пароксизмальної форми фібриляції передсердь у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу та за відсутності даної хвороби спостерігалась при зниженні фракції викиду ($p<0,05$) та збільшенні індексу маси міокарда ($p<0,05$) у пацієнтів даної групи. Крім того достатньо високий вплив на появу гострої аритмії встановлено і при збільшенні кінцевого систолічного розміру ($p=0,07$).

«Нетрадиційні» фактори ризику та більшість предикторів, які включені у Фремінгемську шкалу не справляють суттєвого впливу на виникнення епізодів ГПМК хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу у Буковинському регіоні. Предикторами ризику виникнення ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу у Буковинському регіоні виступають підвищення індексу маси тіла та потовщення стінок лівого шлуночка, збільшення маси міокарду та індексу маси міокарду.

Шумко Г.І.

ІМУНОЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ.

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Бронхіальна астма (БА) продовжує займати провідне місце в структурі захворюваності органів дихання в дорослих та дітей і тому залишається актуальною науковою проблемою як в Україні, так і в інших країнах. За даними епідеміологічних досліджень, на БА хворіють від 3 до 15 % населення у світі (Фешенко Ю.І., 2012; Яшина Л.О., 2012). Особливе занепокоєння викликає зростання захворюваності БА серед осіб молодого віку. На думку деяких дослідників цьому сприяє відсутність своєчасного виявлення хворих, неадекватна профілактика та терапія. Істотне значення має і обтяжена спадковість щодо атопії (Фешенко Ю.І., 2012; Яшина Л.О., 2012). У патогенезі БА важливу роль відіграють зміни в імунітокіновій системі. Патохімічні та патофізіологічні зміни, що відбуваються у хворих на БА, призводять до активації системи цитокінів, яка сприяє



різним клітинним відповідям і бере участь в імунних і запальних процесах (Чернюк Н.В., 2006; Чернушенко К.Ф., 2008).

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам бронхіальної астми, багато питань розвитку цього захворювання залишаються не вивченими. Недостатнє та фрагментарне вивчення імунітокінового профілю в молодих осіб хворих на бронхіальну астму порівняно з хворими з підвищеним ризиком формування даного захворювання. Адже відомо, що в молодому віці змінюється клінічна картина захворювання в результаті наявності дисоціативних порушень у середині нейро-імунно-ендокринного комплексу (Пархоменко Л.К., Страшок Л.А., 2007). Потребують вдосконалення методи комплексної корекції змін, зокрема імунітокінового профілю в лікуванні молодих осіб, хворих на бронхіальну астму.

Для визначення деяких показників імунітокінового профілю осіб молодого віку, хворих на бронхіальну астму та вивчення корекції виявлених порушень нами обстежено 20 хворих на бронхіальну астму, а також 10 практично здорових осіб. Імунітокіновий профіль визначали за допомогою набору реагентів "ProCon IL-1β" ТзОВ "Протеїновий контур", Росія; набору реагентів альфа-ФНП-ІФА-Бест ЗАО "Вектор-Бест", Росія, набору реагентів ТзОВ "Хема-Медіка", Росія для визначення загального імуноглобуліну Е.

Залежно від проведеної терапії хворих було розподілено на підгрупи: 1 підгрупа (5 осіб) – хворі, які отримували базисну терапію (БТ) (інгаляційні β₂-адреноміметики, інгаляційні протизапальні препарати); 2 підгрупа (5 осіб) – хворі, які на фоні базисної терапії отримували лазеротерапію (ЛТ); 3 підгрупа (5 осіб) – хворі, які на фоні базисної терапії отримували лазеротерапію та факовіт (Ф); 4 підгрупа (5 осіб) – хворі, які на фоні базисної терапії отримували факовіт.

Аналіз отриманих даних свідчить про значні відхилення від норми у обстежених хворих. У хворих на бронхіальну астму відмічається достовірне зростання інтерлейкіну І-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е.

При відбувається активація системи цитокінів та цитокін-опосередкована гіперпродукція ІgЕ, що відіграє важливу роль в патогенезі імунної стадії atopічного запалення, підтримує патологічний процес та сприяє прогресуванню гіперреактивності бронхів. Найбільш значні зміни показників виявлені у хворих персистувальною бронхіальною астмою, що свідчить про зростання активності системи цитокінів та гіперпродукції імуноглобуліну Е по мірі прогресування патологічного процесу. Хворі з інтермітуючим перебігом бронхіальної астми зазнали дещо меншої активації даного процесу. Тому, доцільним буде якомога раніше, на початковій стадії, провести корекцію виявлених змін з метою не допустити прогресування патологічного процесу та переходу в клінічно сформовану бронхіальну астму, що підтверджується результатами проведеного лікування обстежених хворих.

Під впливом базисної терапії рівень інтерлейкіну І-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е не зазнавав достовірних змін. Після додаткового призначення лазеротерапії або факовіту відмічалось достовірне зменшення рівня даних показників, причому призначення лазеротерапії виявилось більш ефективним, ніж призначення факовіту. Найкращий результат спостерігався при одночасному призначенні лазеротерапії та факовіту.

Найсуттєвіший ефект від проведеного лікування спостерігався у хворих на гострий бронхіт з наявними факторами ризику розвитку БА, дещо гірший ефект був серед осіб з інтермітуючою БА, та найнижчий – в осіб з персистувальною БА.

З метою оптимізації лікування хворих на бронхіальну астму доцільним буде якомога раніше провести корекцію виявлених змін імунітокінового профілю за допомогою одночасного призначення лазеротерапії та факовіту.

Щербакова Ж.А.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 ТА 2.

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Наявність скарг на дискомфорт, біль у животі визначається у 60-80% хворих на цукровий діабет (ЦД). Підлягають подальшому дослідженню особливості морфологічних змін слизової оболонки шлунку залежно від типу ЦД.

Метою дослідження було підвищити ефективність діагностики діабетичної гастропатії (ДГ) шляхом вивчення особливостей ендоскопічних та патогістологічних змін шлунка, асоціацію з контамінацією *H. pylori* у хворих на ДГ на тлі ЦД типу 1 та 2.

Обстежено 80 хворих на ЦД типу 1 та 2, середньої тяжкості, субкомпенсованих, віком від 37 до 63 років. Хворі були розподілені на дві групи. У хворих 1-ї групи (30 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД типу 1. У хворих 2-ї групи (30 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД типу 2. Групу порівняння (3 група) склали 20 хворих на ЦД типу 1 та 2 без ознак ДГ. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Для візуального контролю змін СОШ всім хворим (100%) виконували ЕГФДС з прицільною біопсією 2-3 ділянок СОШ (дно, тіло, антрум) з використанням фіброгастроскопів фірми „Olimpus GIFQ20” (Японія). Мікроскопічний діагноз встановлювали відповідно до „Сіднейської системи” з урахуванням доповнень Х'юстонського переліку 1994р. Асоціацію з *H. pylori* верифікували під час морфологічного дослідження гастробіоптатів, із забарвленням гематоксиліном та еозинном, проводили ШИК-реакцію. Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка



проводили шляхом базальної топографічної рН-метрії за допомогою ацидогастрографа „АГ-ІрН-М” за методикою В.М.Чернобрового.

У хворих 1 групи при ЕГФДС зміни СОШ мали характер хронічного неатрофічного гастриту (66,7%), асоційованого з контамінацією *H. pylori* (75,0%), у тому числі у 33,3% випадків – з гастродуоденальними ерозіями і у 19,4% випадків - атрофічного гастриту. У 86,1% хворих 1 групи спостерігалися ознаки гастриту: ураження фундального відділу спостерігалось у 64,5% хворих, фундального та антрального одночасно – 35,5% хворих. У 13,9% випадків – органічних змін СОШ виявлено не було. Більшість випадків ДГ на тлі ЦД-1 супроводжувались підвищеною секреторною функцією шлунка, з ознаками недостатності пілоричного запирального рефлексу та прискоренням евакуації шлункового вмісту в ДПК. Водночас, у меншій кількості хворих (19,4%), на тлі адекватних змін моторики та тонуусу ПС, спостерігалися явища хронічного атрофічного гастриту. У найменшій кількості випадків (11,1%) виявлявся мультифокальний гастрит із ділянками атрофії СОШ.

У 74,4% хворих 2 групи спостерігалися ознаки гастриту. Зокрема ознаки хронічного атрофічного гастриту визначалися у 59,0% хворих, у тому числі із наявністю стійкого пілороспазму в 38,5% та мультифокального гастриту в 30,8%. Хронічний неатрофічний гастрит спостерігався у 15,4% хворих, зокрема у 7,7% - ерозивний гастрит. Ураження антрального відділу шлунка спостерігалось у 87,2% хворих, фундального та антрального відділу - у 12,8% хворих. У 25,6% пацієнтів з клінічними ознаками функціональної диспепсії органічних змін СОШ виявлено не було. Асоціація з *H. pylori* у хворих на ЦД-2 із ДГ була встановлена в 25,6% випадків.

У 66,7% хворих на ЦД-1 спостерігаються ознаки хронічного не атрофічного гастриту, асоційованого з контамінацією *H. pylori* (75,0%), у тому числі у 33,3% випадків з гастродуоденальними ерозіями, атрофічний гастрит спостерігається у 19,4% хворих. У хворих на ЦД-2 переважає хронічний атрофічний гастрит (59,0%), а у 15,4% хворих – ознаки не атрофічного гастриту, при цьому контамінація *H. pylori* становить 25,6%.

СЕКЦІЯ 7

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, УРОЛОГІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

Андрієць В.В.

РОЛЬ ЗАПРОГРАМОВАНОЇ ЛАПАРАПЕРЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Лікування післяопераційного перитоніту є надзвичайно актуальною проблемою в абдомінальній хірургії. Не дивлячись на певні досягнення, летальність при цьому ускладненні надзвичайно висока, досягаючи 60-90 %. Найбільш частою причиною розвитку перитоніту після операцій на органах черевної порожнини є неспроможність лінії швів та анастомозів, перфорації гострих виразок, некрози стінок порожнистих органів. Для усунення цих причин перитоніту необхідна резекція зони з'єднання чи анастомозу в межах життєздатних тканин, ушивання перфорацій тощо. Технічно виконати це завдання не представляється складним, якщо лінія швів знаходиться на тонкій або товстій кишці. Однак, при наявності неспроможності кукси дванадцятипалої кишки чи езофагоентероанастомозу, виконати резекцію уражених ділянок не представляється можливим. В деяких випадках, для виконання резекції уражених ділянок необхідно проводити високотравматичні оперативні втручання, які пов'язані з ризиком для життя хворого. Окрім того, формування ліній швів чи анастомозів проводиться в умовах інфікування очеревинної порожнини, що несе на собі великий ризик повторної неспроможності.

У зв'язку з цим одна частина хірургів утримуються від формування прямих анастомозів, закінчуючи операцію виведенням стом. Інші хірурги доводять доцільність і можливість одномоментних радикальних операцій. Будучи прихильником більш радикальної тактики, вважаємо, що при цьому важливого значення набуває не тільки вибір виду кишкових швів, так як вони накладаються в умовах наявності запального процесу в очеревинній порожнині, методів захисту ліній швів та анастомозів, а й можливість динамічного спостереження за зоною анастомозу.

Нами проведені порівняльні дослідження особливостей в перебізі післяопераційного періоду у хворих з післяопераційним перитонітом в порівнянні з хворими з вторинним не післяопераційним перитонітом. Клініко-лабораторні параметри вказують на більш важкий перебіг післяопераційного періоду в дослідній групі хворих. Зумовлено це, на нашу думку, зниженням резистентності та реактивності організму внаслідок попереднього оперативного втручання, довшої тривалості запально-дегенеративних змін в очеревинній порожнині, вираженішим ендотоксикозом і зумовленим ним ураженням печінки. Нормалізація лабораторних показників у хворих цієї групи наступала значно пізніше, незважаючи на інтенсивну комплексну терапію. Такі зміни в організмі у хворих з післяопераційним перитонітом призводять до значного зниження регенерації тканин зон анастомозування та ризику розвитку повторних неспроможностей. Ще більш складним завданням в післяопераційному періоді у хворих з післяопераційним перитонітом при закритій лапаротомній рані є своєчасна діагностика повторної неспроможності.

Для вирішення цих проблем у хворих з III-Б та IV ступенями важкості перебігу післяопераційного перитоніту ми використовуємо методику запрограмованої лапароперції - повторних запрограмованих розкриттів очеревинної порожнини. Використання запрограмованої лапароперції дало можливість не тільки проводити