

**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



All endoscopic procedures are divided into two main groups, transpapillary and transmural, both methods are highly effective and safe. As a rule, in the first stage of treatment, transpapillary procedures are used for relieving of pain, mechanical jaundice and hypertension of the main pancreatic duct. This type of procedures is highly effective in the treatment of pancreatic fistulas and chronic duct pancreatitis.

The purpose of the work is to investigate the effectiveness of transpapillary endoscopic procedures in the treatment of pancreatic diseases.

The work presents the first results of treatment of 25 patients who were treated at the Center for Endoscopic Surgery during the 2016-2018 years with clinical manifestations of acute biliary or complicated chronic pancreatitis. The average age was  $54.3 \pm 5.67$  years and ranged from 27 to 69 years. There were 12 men (48%), and 13 women (52%). Endoscopic transpapillary procedures were performed for treating these patients, indications of which were acute biliary pancreatitis with severe pain syndrome in the first 72 hours after the beginning of the disease in 16 (64%) patients, pseudocysts, in case of a connection with the main pancreatic duct, and vrsungolithiasis, became the cause of surgery in 9 (36%). In 17 (68%) cases the disease was complicated by mechanical jaundice with increase in direct bilirubin level to  $71.8 \pm 9.34$   $\mu\text{mol/l}$ .

All the patients were provided with a complex examination, which included laboratory diagnosis, sonography of the abdominal cavity, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and, if necessary, computed tomography and magnetic resonance imaging. This allowed not only to assess the nature of changes in the parenchyma of the pancreas and its duct system, but also to plan future measures.

After examination of patients endoscopic transpapillary procedure was performed lasting on an average  $42.5 \pm 6.71$  minutes. In 21 (84%) cases the operation was performed in 1 stage. In 4 (16%) cases due to the difficulty of cannulation of the desired duct during the first stage, the needle papillotomy was performed and after the 3 day course of anti-inflammatory therapy we proceeded with the second stage. For 16 patients with diagnosis of acute biliary pancreatitis, typical choledochus cannulation was performed with the following papillotomy and balloon lithoextraction. Providing the procedure in the first hours from the beginning of the disease has allowed to stop the development of changes in the parenchyma of the pancreas. Subsequently, all patients had laparoscopic cholecystectomy immediately after endoscopic examination.

The main task of endoscopic treatment of strictures of the main pancreatic duct and pancreatic fistulas is insertion of plastic pancreatic stents above the narrowing place. According to many studies, pancreatic stenting is technically possible in 70-90% of patients.

The obtained results proved that endoscopic procedures in case of pancreatic diseases can not only diagnose changes in the duct system (strictures, the presence of duct hypertension, the communication of cysts with the duct system), but also eliminate the phenomenon of duct hypertension with the restoring of an adequate outflow of pancreatic juice or bile.

**Паляниця А.С.**

## **ЛІКУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Нами обстежено 50 хворих на гострий деструктивний панкреатит у віці від 18 до 76 років. Працездатного віку було 76% хворих, похилого та старечого віку – 24%. При поступленні в клініку і підтвердженні діагнозу, всім хворим проводилась детоксикація організму з введенням ентеросгелю 3-4 рази за добу та детоксикаційних розчинів.

Зміни системи регуляції агрегатного стану крові при застосуванні ентеросорбції „Ентеросгелем” у загальноприйнятому лікуванні динамічної кишкової непрохідності мали два типи, які характеризувалися хронометричною гіпо- або гіперкоагуляцією. У зв'язку з цим хворі були розділені на дві підгрупи – А та Б. Підгрупа А (гіперкоагуляційний стан)



складалася з 23 хворих, підгрупа Б (стан гіпокоагуляції) – з 27 хворих.

При загальноприйнятому лікуванні потенційна активність плазміногену і Хагеман-залежний фібриноліз залишалися нижчими за контроль аж до 7-ї доби спостережень, тоді як використання в лікувальному комплексі ентеросгелю сприяло відновленню резервів ферментативного фібринолізу і збільшенню інтенсивності Хагеман-залежного лізису фібрину вже на 5-у добу лікування. Завдяки цьому відбувалося прогресивне підвищення сумарної фібринолітичної активності крові, причому, виключно за рахунок ферментативного фібринолізу, оскільки неензиматичний лізис фібрину відповідав контрольним даним і динамічних змін не зазнавав.

На відміну від результатів при загальноприйнятому лікуванні динамічної кишкової непрохідності, ентеросорбція ентеросгелем призводила до поступового зниження вмісту в плазмі крові розчинних комплексів фібрин-мономеру і продуктів деградації фібрин/фібриногену, що за збільшення ферментативного фібринолізу свідчить про пригнічення процесів внутрішньосудинної генерації фібрину.

Зміни активності антиплазмінів, як швидко-, так і повільнодіючої їх фракції мали вторинний характер і свідчили про відновлення нормальної динамічної рівноваги у фібринолітичній системі плазми крові на 7-у добу лікування з використанням ентеросгелю, чого не спостерігалось у відповідні строки загальноприйнятої терапії.

Вплив ентеросорбції на систему ферментативного лізису фібрину мав генералізований характер і не обмежувався лише відновленням потенційної активності плазміногену – урокіназна активність сечі, яка була стабільно низькою у хворих з динамічною кишковою непрохідністю за гострого деструктивного панкреатиту, які отримували загальноприйнятий лікувальний комплекс, після застосування ентеросгелю перманентно зростала і на 7-у добу лікування не відрізнялася від контролю. Таким чином, застосування ентеросгелю в лікуванні хворих відновлює резерви ферментативного фібринолізу і сприяє швидкій нормалізації структури сумарної фібринолітичної активності плазми крові, що зменшує ступінь паравазальних порушень мікроциркуляції і внутрішньосудинного фібриногенезу.

При виписці хворих з динамічною кишковою непрохідністю за гострого деструктивного панкреатиту зазначимо, що і загальноприйнятий комплекс сприяв наприкінці лікування нормалізації потенційної активності плазміногену та інтенсивності Хагеман-залежного фібринолізу. Сумарна фібринолітична активність плазми крові також відповідала контрольному рівню, але порушення її структури зберігалось – частка неферментативного низькоєфективного фібринолізу значно перевищувала контрольний рівень, тоді як ензиматичний лізис фібрину, навпаки, був нижчим за контроль. Залишалися явища внутрішньосудинної гемокоагуляції – концентрація у плазмі крові розчинних комплексів фібрин-мономеру і продуктів деградації фібрин/фібриногену була більшою.

**Петрюк Б.В.**

## **ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЕПІДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Епідермальні опіки у дорослих становлять близько третини від загальної кількості випадків, у дітей перевищують половину. Найчастіше вони виникають в ранньому дитячому віці. Враховуючи те, що у дітей основним етіологічним чинником опіків є окріп та інші гарячі рідини з переважанням традиційного механізму травми (перекидання ємності з гарячим чаєм, кавою чи просто водою на себе), у потерпілих раннього дитячого віку найчастіше трапляються епідермальні опіки (II ст. за класифікацією Вишневського). Вони спричинені, зазвичай впливом окропу та інших гарячих рідин (чай, кава, молоко, картопляний відвар тощо), якщо експозиція не є тривалою. При цьому пошкоджуються лише поверхневі шари епідермісу, які відшаровуються плазмою, що фільтрується внаслідок підвищеної проникності судинної стінки. Саме це зумовлює появу міхурів.