

Міністерство охорони здоров'я України
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
ГО «Асоціація хірургів Чернівецької області»

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої
75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

«ІІ БУКОВИНСЬКИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ФОРУМ»

3-4 жовтня 2019 року

Чернівці – 2019

УДК: 617(063)

Б 90

Матеріали науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 3-4 жовтня 2019 року). – Чернівці: Видавництво БДМУ, 2019. – 72 с.

У збірнику представлені тези наукових робіт і доповідей учасників науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

ПРІОРИТЕТНІ СКЛАДОВІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ

Вступ. Оскільки гострий поширений перитоніт (ГПП) залишається однією із найбільш актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії, окреслення пріоритетних аспектів її вирішення набуває зростаючої актуальності.

Матеріали і методи. На підставі аналізу результатів лікування 371 хворого на ГПП констатовано, що в структурі чинників виникнення перитоніту переважали гострий деструктивний апендицит (23%), проривна виразка пілородуоденального відділу шлунка (21%), гострий панкреатит/гнійно-некротичний панкреонекроз (18%), гострий деструктивний холецистит (14%), перфорації тонкої та товстої кишки зляккісного та доброякісного генезу (11%).

Результати досліджень та їх обговорення. Проведений аналіз дозволив визначити наступні пріоритетні аспекти проблеми. Зокрема, у відповідності до рекомендацій Всесвітнього товариства невідкладної хірургії (World Society of Emergency Surgery – WSES, 2016), ГПП слід трактувати як “ускладнену інтраабдомінальну інфекцію” з необхідністю оцінки клінічного стану хворого, локалізації джерела інфекції та її поширення, наявності поліорганної недостатності, характеристики бактерійних патогенів та їх антибактерійної чутливості. Доцільним є користування єдиною кваліфікацією ступеню поширеності перитоніту з термінологічним визначенням його як місцевий/локальний – одна ділянка, поширений – декілька (але не всі) топографо-анатомічних зон і загальний – всі відділи вільної черевної порожнини. Це забезпечить єдине трактування характеру патологічного процесу і однозначність підходу стосовно об’єму субопераційних санаційних заходів.

Виконаними бакдослідженнями встановлено, що при ГПП проявляється мікрофлора з домінуванням аеробних бактерій у вигляді монокультури (37 %) та аеробно-анаеробних асоціацій (39%) з грам-негативною ознакою (56 %) і

видовим складом у вигляді ентеробактерій й анаеробних неклостридіальних мікробів. Констатовано також, що стартова антибіотикотерапія індукує високий рівень полірезистентності флори, що зумовлює необхідність перманентного визначення чутливості бактерій до антибіотиків в процесі лікування та своєчасної зміни режимів їх призначення.

Операційне втручання при ГПП, окрім контролю джерела інфекції, має передбачати заходи з корекції виникаючих патологічних інтраабдомінальних синдромів, зокрема компартмент-синдрому, ентеральної недостатності та надлишкової контамінації дигестивного тракту товстокишковою мікрофлорою. Тому, додатковою складовою операції є тривала зондова анте/ретроградна декомпресія тонкої кишки за опрацьованою черезтубажною лікувальною програмою (фракційний лаваж, ентеросорбція, деконтамінація, стимуляція перистальтики та раннє ентеральне харчування).

При необхідності резекції сегмента тонкої кишки, у разі тяжкого перебігу ГПП, доцільно завершувати її формуванням тимчасової штучної зовнішньої нориці, ліквідацію якої відносити на другий етап хірургічного лікування.

Релапаротомія при ГПП являє собою ефективний лікувальний інструмент, однак реалізовувати її необхідно за чітко регламентованими показами. РЛТ доцільно розрізняти на “вимушену”, “програмовану”, за принципом “secondlook” та “вірогідно можливу”.

Оцінка тяжкості ГПП на основі Мангеймського індексу перитоніту показала, що його не можна використовувати беззастережно, оскільки розрахований показник прогнозований летальності складав 22 %, водночас реальний становив 27 %.

Висновки. Реалізація окреслених пріоритетних складових хірургічної тактики при ГПП сприятиме підвищенню ефективності його лікування.

В.П. Андрющенко М.М. Тутка

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) являє собою одне з найбільш складних і