

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».

навколо пацієнта з урахуванням обґрунтованого вибору засобів дезінфекції.

В.В. Петрушенко¹, Д.І. Гребенюк¹, Н.В. Анасова²

¹ Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,

² Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований

ендокринологічний центр, Вінниця

ВПЛИВ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ НА ЗАГОЄННЯ ДІАБЕТИЧНИХ ВИРАЗОК

Вступ. Незважаючи на активні дослідження, діабет не піддається радикальному лікуванню, а виразкові ураження стопи, яка є найчастішою локалізацією процесу, важко і тривало загоюються при використанні стандартних методів консервативної та хірургічної корекції. Регенеративна терапія з використанням плазми збагаченої тромбоцитами, забезпечує принципово новий підхід до лікування діабетичних виразок, який може допомогти уникнути втрати кінцівки.

Метою дослідження було оцінити вплив плазми збагаченої тромбоцитами на загоєння діабетичних виразок.

Матеріали і методи. Дослідження включало 32 пацієнти із діагнозом діабетичної стопи в стадії 2. На момент включення в дослідження всі пацієнти мали дефект шкірних покривів і підшкірної жирової клітковини в ділянці стопи, розмірами 3–6 см², який не піддавався корекції традиційними методами протягом 3–4 місяців. Пацієнти випадковим чином були розподілені на дві групи. Групу порівняння склали 18 пацієнтів (56,25%), які отримували стандартну терапію. Дослідну групу склали 14 пацієнтів (43,75%), яким стандартна терапія доповнювалася локальним серійним введенням аутологічної плазми збагаченої тромбоцитами. Для оцінки ефективності проведеної терапії вимірювали площу виразкового дефекту до маніпуляції, а також з інтервалом в 1 тиждень до повного загоєння виразки.

Результати дослідження та їх обговорення. У дослідній групі числові показники площі виразкових дефектів на 7 добу ($452,29 \pm 92,30$ мм²), хоча й були дещо меншими за вихідні значення ($468,43 \pm 92,79$), проте достовірності різниці

статистично доведено не було ($p>0,05$). Починаючи із 14 доби нами було відмічено прогресивне статистично достовірне зменшення площі на всіх термінах до кінця дослідження (До маніпуляції – $465,61\pm 95,00$ мм²; 14 доба – $392,86\pm 43,40$ мм²; 21 доба – $293,00\pm 34,51$ мм²; 28 доба – $177,43\pm 45,41$ мм²; 35 доба – $9,29\pm 13,13$ мм²; 42 доба – $0,00\pm 0,00$ мм²). При попарному порівнянні суміжних даних на всіх наступних термінах дослідження також було продемонстровано наявність статистично достовірного зменшення площі виразкових дефектів ($p<0,01$).

На 35 добу дослідження повне загоєння діабетичних виразок у дослідній групі спостерігалось у 9 (64,2%) пацієнтів, а показник площі дефекту шкірних покривів становив $9,29\pm 13,13$ мм² та достовірно відрізнявся від аналогічних показників на всіх попередніх термінах дослідження ($p<0,01$). На 42 добу нами було відмічено повне загоєння виразкових дефектів абсолютно у всіх пацієнтів.

У групі порівняння хоча й спостерігалось незначне прогресивне зменшення числових значень показників площі виразкових дефектів (7 доба – $461,17\pm 96,51$ мм²; 14 доба – $458,06\pm 93,02$ мм²; 21 доба – $448,56\pm 94,10$ мм²; 28 доба – $443,78\pm 90,65$ мм²; 35 доба – $438,00\pm 93,37$ мм²; 42 доба – $431,11\pm 90,81$ мм²), проте статистично підтвердити дану закономірність не вдалось ($p>0,05$). Жодного випадку повного загоєння не спостерігалось.

При попарному аналізі показників площі виразкових дефектів в обох групах на кожному терміні дослідження нами були отримані наступні дані. На момент включення пацієнтів у дослідження показники площі у обох групах достовірно не відрізнялися ($p>0,05$). На 7 добу, хоча різниця між числовими значеннями досліджуваного показника і дещо збільшилася, проте статистичної достовірності не було виявлено ($p>0,05$). Натомість, вже на 14 добу показники площі у дослідній групі були достовірно меншими ($p<0,05$) у дослідній групі. На 21 добу відмінності між групами виявилися ще більш достовірними ($p<0,01$) і залишалися таким до кінця дослідження.

Висновки. Локальне введення аутологічної плазми збагаченої тромбоцитами дозволяє досягти повного загоєння діабетичних виразкових

дефектів в стадії 2 площею 3–6 см² протягом 6 тижнів.

*І.Ю. Полянський, В.П. Сливка, В.В. Андрієць, В.І. Москалюк, В.В. Яцків,
Ю.Д. Лук'янчук*

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

ЛІКУВАННЯ ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ УЗ- КОНТРОЛЬОВАНИМИ ПУНКЦІЄЮ ТА ДРЕНУВАННЯМ

Вступ. Піддіафрагмальні абсцеси – одне з найчастіших післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії. Складність ранньої діагностики, відсутність єдиної тактики в лікуванні таких пацієнтів зумовлюють актуальність цієї проблеми, продовження термінів стаціонарного лікування. Проблема полягає в дренованні та санації порожнини абсцесу з виключенням небезпеки інфікування очеревинної порожнини, що спостерігається при лапаротомних втручаннях, яку, через тяжкість пацієнта, виконати не завжди можливо.

Матеріали і методи. У клініці розроблена і впроваджена лікувальна тактика, що полягає у ранній діагностиці наявності абсцесу та топографічній його локалізації за допомогою УЗД та КТ. Як свідчить наш досвід, чітко локалізувати абсцес можливо тільки шляхом багатопозиційного УЗ дослідження з визначенням найоптимальнішого місця для пункції та дреновання для уникнення пошкоджень паренхіматозних, порожнистих органів та великих судин.

Результати дослідження та їх обговорення. Пункція абсцесу проводиться під контролем УЗД у визначеній точці. При невеликих розмірах абсцесу санувати його вдається пункційно – після евакуації вмісту з порожнини вона санується антисептиком, а при необхідності у неї вводиться мікроіригатор. При великих і гігантських абсцесах пункційно санувати абсцес не представляється можливи. Після пункції, яка дає змогу локалізувати місцезнаходження абсцесу, проводиться його дреновання. Двопросвітний дренаж дозволяє не тільки евакуювати вміст абсцесу, а й налагодити проточну його санацію з використанням різних вакуумних систем.

Висновки. Із 12 випадків за останні 5 років вдалось санувати піддіафрагмальні абсцеси вказаними методами без будь-який суттєвих