



характеризуються високим рівнем хірургічної агресії, що призводить до кумуляції явищ панкреатогенного шоку, ускладнює стан хворих, а також сприяє частому виникненню гнійно-септичних ускладнень з боку операційної рани, що в свою чергу призводить до частих програмованих релапаротомій, внаслідок чого рана заживає вторинним натягом, а хворі потребують довготривалого лікування. В свою чергу при такій же клінічній картині ми досягали хороших результатів не вдаючись до широких лапаротомій.

В групі із 12 пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом був застосований метод, що полягав у проведенні дренажу черевної порожнини через малоінвазивні доступи та комплексного консервативного лікування із введенням інгібіторів секретії та антибактеріальної терапії. Суть малоінвазивного методу полягає в підведенні дренажів до чепцевої сумки, малого мисника та бічних каналів за допомогою лапароскопа. Удосконалення нами даного методу полягає в застосуванні власних розроблених дренажів – фасетного та двохпросвітного (Патент України) та їх розташування в місцях обґрунтованих в експерименті. Дані дренажі завдяки своїй будові мають низку незаперечних переваг у застосуванні перед звичайними гумово-поліхлорвініловими рукавичко-трубчастими дренажами.

Лапароскопія проводилась за стандартною методикою через точки Калька. Під контролем лапароскопа виконувалося встановлення чотирьох додаткових портів на передній черевній стінці. Один фасеточний дренаж вводився через Вінслов отвір у чепцеву сумку до головки підшлункової залози. Інший фасеточний дренаж підводився з лівого боку і розміщувався вздовж тіла підшлункової залози. Крім того встановлювалися два двохпросвітні дренажі: один по лівому фланку, а інший опускали в малий мисник. Дренажі в правому і лівому підребер'ях використовувалися для локального дренажу сальникової сумки охолодженим антисептичним розчином. Лаваж проводився 2-3 доби і після досягнення позитивної динаміки процесу дренажі забиралися із заміною при необхідності на гумові смужки. Крім того хворим проводилася консервативна терапія (за наказом №297 МОЗ України від 02.04.2010 р.: Стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія»), боротьба з больовим синдромом, корекція порушень центральної гемодинаміки, периферичного кровообігу, призначалися інгібітори секреторної активності підшлункової залози, проводилася інтенсивна дезінтоксикаційна і антибактеріальна терапія для профілактики інфекційних ускладнень.

Аналізуючи результати лікування хворих слід зазначити зменшення в 3,5 рази частоти виникнення ускладнень та, необхідності проведення повторного оперативного втручання широким доступом, зменшення на $4,3 \pm 0,74$ доби терміну перебування на ліжку, а також в 4,5 рази число нагноєнь та в 8,4 раз евертацій післяопераційних ран. Подальша розробка малоінвазивних операцій та комплексного консервативного лікування хворих на гострий панкреатит є перспективним напрямком і дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів.

Кнут Р.П., Польовий В.П., Сидорчук Р.І.

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ ПРИ ГОСТРІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В ОСІБ СТАРШОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Ризик виникнення абдомінального сепсису та інших гнійно-септичних ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології набагато вищий в осіб старшого та похилого віку. Водночас, невиправдане застосування антибіотиків призводить до формування антибіотикорезистентності та зниження ефективності антимікробних препаратів. У зв'язку з цим задалися метою визначити доцільність проведення антибіотикопрфілактики за гострої хірургічної патології живота в аспекті профілактики абдомінального сепсису, визначити найбільш доцільні препарати та шляхи й терміни їх застосування у хворих старшого та похилого віку, провести оцінку доцільності такої антибіотикопрфілактики.

Робота носить експериментально-клінічний характер. Об'єктом дослідження були 47 експериментальних тварин (білі статевозрілі нелінійні щури) та 52 хворих старшого та похилого віку з гострою патологією живота, що супроводжувалась розвитком гнійно-септичних ускладнень. Дотримано вимог біостатики. Використано стандартні методи мікробіологічного моніторингу. У роботі застосовані парентеральне введення антибактеріальних препаратів, колоносація та поєднання колоносаційних заходів з парентеральним введенням антибіотиків. Оцінка результатів здійснювалась за допомогою спеціалізованих комп'ютерних програм.

Встановлено, що навіть при гострому неускладненому холециститі у 69,23% хворих та у 78,72% експериментальних тварин розвивається транзиторна чи стала бактеріємія. За умов розвитку гострого перитоніту чи парезу кишечника, як причини абдомінального сепсису цей відсоток підвищується до 84,62% ($p < 0,05$) та 89,36% ($p < 0,05$), відповідно. Причиною цього у переважній більшості випадків є транслокація мікрофлори з порожнини кишечного тракту. Профілактичне введення антибактеріальних препаратів дозволяє знизити відсоток висівання мікрофлори з крові периферійної вени до 19,15% у тварин і до 13,46% у хворих. Серед антибактеріальних препаратів найбільш ефективним виявилось застосування монотерапії препаратами фторхінолонового ряду, у той же час традиційна терапія комбінацією аміноглікозиду та бета-лактамуного антибіотика була менш дієвою. Застосування тільки колоносації, як й очікувалось було недостатньо ефективним для профілактики абдомінального сепсису, однак позитивний вплив на мікрофлору порожнини



товстої кишки та її колонізаційну резистентність є важливим компонентом патогенетичного лікування, оскільки дозволяє значно знизити потенціал мікрофлори безпосередньо у основному її джерелі.

Таким чином, у хворих похилого та старечого віку найбільш ефективним для антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колоносанаційних заходів.

Коваль О.А., Васюк В. Л
ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА КІСТОК ГОМІЛКИ ТА ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО СУГЛОБА

*Кафедра травматології та ортопедії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою та завданням роботи є вивчення особливостей кровопостачання нижньої третини гомілки, а також з'ясування топографії проникних артерій в ділянці нижньої третини кісток гомілки та гомілковостопного суглоба. Опрацьовувались препарати 15 плодів людини 4-9 місяців внутрішньоутробного розвитку з колекції кафедри гістології, цитології та ембріології; 26 кісткових препаратів нижніх кінцівок людей різного віку та статі з музею кафедри анатомії людини ім. М.Г. Туркевича ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»; тривимірні реконструкції КТ та МРТ з Університетської лікарні. Макроскопія, антропометрія, морфометрія, ін'єкція кровоносних судин препаратів плодів людини сумішшю на основі свинцевого сурику, рентгенологічні методики, тривимірне комп'ютерне реконструювання, статистичний аналіз.

В плодовому періоді пренатального розвитку людини відбувається хрящовий остеогенез, в якому кровоносні судини відіграють вирішальну морфофункціональну роль. На етапі енхондрального окостеніння кісток гомілки відбувається проростання судин кісткової манжетки всередину діафіза хрящової моделі кістки і виходу за їх межі остеогенних клітин. За рахунок діяльності остеокластів у хрящі виникають порожнини резорбції, які, зливаючись, утворюють кістковомозкову порожнину. На останньому етапі формування кістки (третій триместр пренатального розвитку) кровоносні судини врастають в епіфізарну частину хрящової моделі, утворюється епіфізарний центр окостеніння. Між епіфізарним та діафізарним центрами окостеніння формується метафізарна пластинка росту, яка має складну морфологічну будову та розвинуті внутрішньокісткові анастомози між діафізарними та метафізарними кровоносними судинами. Характерною особливістю топографії судин в ділянці метафізу є позакісткові анастомози – артеріальні гілочки, які є над- та підметафізарними відгалуженнями живильних кровоносних судин. Останні в свою чергу є низхідними гілками магістральних артерій гомілки.

В результаті дослідження в постнатальному періоді найчастіше ми зустрічали локалізації живильних артерій на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, або ж їх поєднання – наявність одночасно живильних кісткових артерій на задньомедіальній та задньолатеральних поверхнях кістки. На малоомілкової кістці, крім задньо-медіальної локалізації живильних артерій, зустрічалися варіанти з "високим" (вище метафіза) розміщенням місця входження судини в речовину кістки.

Отже джерелами кровопостачання нижньої третини великогомілкової кістки є передня великогомілкова артерія, малоомілкової – малоомілкова артерія, та живильна артерія на передньо-бічній поверхні великогомілкової кістки, і задньо-медіальна живильна артерія малоомілкової кістки.

Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В., Черней В.Ю.
ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА В УМОВАХ ЙОД- ТА СЕЛЕНОДЕФІЦИТУ

*Кафедра травматології та ортопедії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема загоєння переломів кісток є однією з актуальних в травматології. Вирішенням даної проблеми є вивчення факторів, що впливають на остеогенез.

Метою дослідження було оприлюднення результатів аналізу лікування переломів проксимального відділу стегна у пацієнтів в умовах йод- та селенодефіцитного регіону.

В основу дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 326 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК) та через-міжвертельних переломів (ЧМВ), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2015 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці. 125 (100%) пацієнтів з варифікованим йод- та селенодефіцитом. Визначення концентрації селену в плазмі крові пацієнтів проводилось флуориметричним методом на спектрофлуориметри SFM25 ("Kontron ІНСТРУМЕНТИ" США), що показало середнє значення рівня селену - $78,3 \pm 5,1$ мкг / л, яке нижче оптимального значення (115-130 мкг / л) і відповідає легкій формі недостатності селену. З метою усунення селенодефіциту було призначено препарати селену (55 мкг/кг/ добу). Для варифікації йоддефіциту у пацієнтів використовувався Йод-тест. Недостатність компенсували препаратами йоду (200 мкг/добу).

Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома кан'юльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 8 (6,4 %) пацієнтів, динамічним стегнових гвинтом (DHS) – 6 (5,2 %) пацієнтів; трьома некан'юльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 11 (8,4 %); трилопатеви́м цв'яхом з діафізарною накладкою – 4