

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук 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.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



Ковальчук П.С.

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ

Кафедра травматології та ортопедії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Однією з найактуальніших проблем в травматології є лікування пацієнтів з переломами п'яtkової кістки.

Метою роботи було оприлюднити результати хірургічного лікування переломів п'яtkової кістки.

За період з 2010 по 2017 рр. проліковано 72 пацієнта із переломами п'яtkових кісток, яким проводилось оперативне втручання, усім досліджували кров з пальця на вміст глюкози. Усі хворі були розподілені на три клінічні групи: до I групи увійшла 21 (29,16%) особа, 5 (23,80%) з ЦД. Лікування цієї групи хворих проводили методом закритої або відкритої репозиції та фіксації уламка двома гвинтами, спицями; II група складала 32 (44,44%) пацієнта, 6 (18,75%) з ЦД - під ЕОП-контролем проводили закриту репозицію перелому та фіксацію спицями; III група становила 19 (26,40%) пацієнтів, 4 (21,05%) з ЦД, їм проводили відкриту репозицію та стабілізацію переломів накістковими пластинами.

Віддалені результати лікування вивчені за період від шести місяців до двох років після оперативного втручання. Результати лікування оцінювались за Американською шкалою AOFAS. У 18 (85,71%) осіб I групи результати лікування оцінювались як добрі (80 балів за шкалою AOFAS). У 3 (14,29%) пацієнтів, 2 (66,66%) з ЦД спостерігали нагноєння м'яких тканин. 27 (84,37%) пацієнтів II групи отримали добрі результати лікування (76 балів), у 5 (15,62%) - через 1-2 роки виник деформуючий артроз із больовим синдромом (57 балів). У 1 (3,12%) пацієнта з ЦД, який припинив прийом глюкозореґуючої терапії, розвинувся синдром діабетичної стопи. Із 19 пацієнтів третьої клінічної групи в 6 (31,57%) осіб у післяопераційному періоді спостерігались некрози шкіри, 4 (66,66%) з ЦД. У 4 (21,05%) - настав деформуючий артроз, тільки в 9 (47,38%) пацієнтів отримані добрі результати лікування - 76 балів.

Таким чином, аналіз віддалених результатів оперативного лікування внутрішньосуглобових переломів п'яtkової кістки у пацієнтів з цукровим діабетом показав, що застосування закритої репозиції під ЕОП-контролем та фіксації спицями призводить до покращення результатів лікування на 44,38 %, зменшення термінів непрацездатності та інвалідизації.

Серед усіх пацієнтів з переломами п'яtkової кістки, які лікувались хірургічним методом, 61,11 % ускладнень виник у хворих з цукровим діабетом. Закрита репозиція під контролем за допомогою електронно-оптичного перетворювача та фіксація спицями дозволяє зменшити травматичність оперативних втручань та ризик ускладнень у пацієнтів з цукровим діабетом на 60,00 %.

Москалюк О.П.

МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНИХ НОРИЦЬ

Кафедра хірургії №2

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Пацієнти з жовчнокам'яною хворобою складають від 10% до 15% дорослого населення і близько 30% з них оперуються. На даний час, не дивлячись на великий досвід виконання лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ) та велику кількість публікацій, загальна частота малих та великих ятрогенних пошкоджень жовчних проток досягає 2%.

Жовчотечі, що виникають в результаті малих пошкоджень жовчних проток, частіше за все є результатом неспроможності культі міхурової протоки (КМП), пошкодження аберантних та субвезикальних проток. Найбільш частою причиною неспроможності КМП є біліарна гіпертензія внаслідок резидуального холедохолітазу. Враховуючи відносну рідкість



таких ускладнень, кожний окремий хірург та неспеціалізовані клініки не мають достатнього досвіду їх лікування. Найчастіше лікування таких пацієнтів проводиться без дотримання певних алгоритмів, на основі незначного попереднього досвіду.

Саме тому ми вирішили вивчити результати лікування хворих із жовчними норицями після холецистектомії із застосуванням мініінвазивних технологій.

Проаналізовано результати ендоскопічного лікування 19 пацієнтів із жовчними норицями, які виникли після виконання холецистектомії. Всі пацієнти лікувалися в центрі ендоскопічної хірургії з 2016 р. по 2018 р. м. Чернівці. Жінок було 11 (57,9%), чоловіків – 8 (42,1%). Середній вік склав $63,2 \pm 11,28$ років (від 38 до 84 років). Із загальної кількості операцій холецистектомію в класичному виконанні проведено у 9 (47,3%) хворих, стандартну 4-ох портову ЛХЕ виконано у 10 (52,7%) хворих.

Всім 19 хворим ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) виконували за допомогою відеоендоскопічного комплексу Evis Exera II 180, («Olympus», Японія) під контролем рентгенівського апарата Siremobil 2000 («Siemens», Німеччина).

Переважна більшість випадків післяопераційної жовчотечі мала 2 групу інтенсивності (11 (57,9%) хворих), дещо рідше – 1 групу (5 (26,3%) хворих) і ще рідше – 3 групу (3 (15,8 %) випадки) згідно критеріїв Morgenstern L. Найбільш частою причиною стала неспроможність КМП. На другому місці – пошкодження протоки ложа жовчного міхура. Причиною утворення жовчної нориці стала біліарна гіпертензія, що виникла на фоні резидуального холедохолітіазу в 14 (73,6%) хворих.

Для відновлення вільного пасажу жовчі виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію у всіх випадках. Балонна літоекстракція проведена у 11 (57,9%) хворих, ще у 3 (15,8%) хворих застосовано кошикову літоекстракцію. В 5 (26,3%) хворих для успішного виконання літоекстракції доводилося проводити балонну дилатацію сфінктера Одді та термінального відділу холедоха. Ще в 5 (26,3%) хворих виконано ендобіліарне дренивання поліпропіленовим стентом діаметром 10 Fr. Забезпечення ендобіліарної декомпресії у всіх випадках жовчотеч типу А приводило до припинення або різкого зменшення вже на наступну добу після ЕРХПГ та загоєння нориці протягом кількох днів. Також ліквідовувалися явища механічної жовтяниці – середній рівень білірубіну на 2 добу після операції становив $26,3 \pm 4,18$ мкмоль/л, порівнюючи з доопераційним рівнем ($63,2 \pm 11,61$ мкмоль/л).

Таким чином, ЕРХПГ є вискоєфективним методом лікування жовчних нориць, що дозволяє оцінити цілісність магістральних жовчних проток, наявність біліарної гіпертензії та резидуальних конкрементів. ЕРХПГ ідентифікує місце жовчотечі, а виконання сфінктеротомії, дилатації, літоекстракції чи ендобіліарного дренивання спрямовує тік жовчі в дванадцятипалу кишку та сприяє загоєнню нориці.

Паляниця А.С.

ОЗНАКИ ГЕПАТОДЕПРЕСІЇ В ПРОГНОЗУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Встановлено, що при панкреонекрозі безповоротні зміни (некроз) в тканинних структурах підшлункової залози виникають вже в перші три доби. У цей термін паралельно починаються ускладнення з боку різних органів і систем. У цьому процесі печінка - один з органів, який може визначати тяжкість і спрямованість течії гострого панкреатиту. Печінка, будучи першим органом на шляху токсинів і різних активних речовин різної природи при гострому панкреатиті, безумовно, багато в чому визначає перебіг захворювання в цілому. При швидкій втраті повноцінної функції органу може відбуватися ряд негативних змін в організмі, при яких створюється фон для прогресу захворювання. Не викликає сумніву факт, що ступінь ураження печінки на початкових стадіях панкреатиту визначається багатьма