

**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



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 високоефективним 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



чинниками внутрішньої природи і зовнішніх дій. При цьому її структурно-функціональний стан багато в чому визначає перебіг панкреатиту.

Встановити зв'язок порушень функціонального статусу печінки з прогресом гострого важкого панкреатиту на ранніх стадіях його розвитку.

Робота ґрунтується на клініко-лабораторних даних 27 хворих важким панкреатитом. При госпіталізації хворих в клініку діагноз гострий важкий панкреатит підтверджений за допомогою клініко-, лабораторно- та інструментальних методів обстеження. При оцінці важкості гострого панкреатиту за шкалою APACHE II виявилось, що при аналізі ознак захворювання сума балів склала  $11,37 \pm 0,37$ . Хворим впродовж перших 5 діб в динаміці оцінювали основні показники функціонального стану печінки (загальні та спеціальні дослідження, у тому числі оцінка інтенсивності оксидантного стресу, активність фосфоліпаз, гіпоксії та ін.).

Нами встановлено, що вже на ранніх стадіях гострого важкого панкреатиту в печінці реєструються істотні порушення функціонального статусу. Основними патогенетичними ланками цих розладів стали надмірні інтенсифікація ліпопероксидації (оксидативний стрес) і активізація фосфоліпаз, а одним з проявів їх дії - мембрано дестабілізуючий ефект клітин печінки, що виражається в порушенні різних функцій органу (підвищення активності цитолітичних процесів, зростання рівня продуктів ендогенної інтоксикації, зниження рівня загальної і ефективної концентрації альбуміну). При аналізі отриманих даних нами відмічено, що найбільш реактивними є показники детоксикаційної і альбумінметаболізуючої функції органу. Для їх оцінки прийнятий тільки індекс токсичності плазми по альбуміну, за яким можливо характеризувати ці функції і функціональний стан печінки в цілому, що, безумовно, спрощує розрахунки. З урахуванням цього, а так само активності фосфоліпази А2 і альфа-амілази, вмісту малонового деальдегіду в плазмі крові, нами запропонований спосіб прогнозування гострого панкреатиту. Застосування розробленого способу в клініці показало його досить високу прогностичну значущість. Чутливість способу склала 88,9%.

Таким чином, отримані дані, з одного боку, підтверджують високу значущість уражень печінки в прогресі гострого важкого панкреатиту, з іншої - показують високу інформативність показників функціонального статусу органу в прогнозуванні цієї важкої патології.

**Петрюк Б.В.**

## **ОЦІНКА ВАЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ТЕРМІЧНИХ ОПІКІВ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Важкість опіку визначається його площею та глибиною. Важливо знати саме відносну площу пошкодження від загальної поверхні тіла, виражену в процентах. Для цього користуються правилом «долоні» (при локальному пошкодженні) та правилом «дев'яток». Цим правилом зручно користуватися при поширених опіках, що охоплюють значну частину тіла – тулуб, кінцівку чи її сегмент. Однак правило «дев'яток» стосується пропорцій дорослої людини. У дітей використовують схему Ланда і Броудера (1944), де враховані особливості пропорцій тіла згідно віку. Глибину ураження оцінюють візуально. При цьому розрізняють епідермальні, поверхневі та глибокі дермальні й субфасціальні опіки.

Чим поширеніше і більш глибокий опік, тим прогноз є менш сприятливим. У дорослих орієнтовно можна скористатися правилом "сотні" – правилом Бо (1962): вік + площа опіку (%). Прогноз буде залежати від отриманої суми: до 60 – сприятливий; 61-80 – відносно сприятливий; 81-100 – сумнівний; 101 і більше – несприятливий.

Більш інформативним є індекс Франка (1966), коли враховують як площу, так і глибину ураження. Обчислюючи індекс Франка, виходять із того, що стан хворого при глибокому опіку втричі важчий, ніж при поверхневому, тому 1 % поверхневого опіку прирівнюється до 1, глибокого опіку – до 3. Сума показників поверхневого і глибокого опіку