



**Паляниця А.С.**  
**ВИКОРИСТАННЯ ЛАПАРОСКОПІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ**  
**ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Гострий панкреатит є однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії. В останні роки відмічається невинне зростання кількості хворих на гострий панкреатит в структурі хірургічної патології органів черевної порожнини. Не дивлячись на розширення арсеналу методів та засобів інтенсивної терапії, летальність, за даними різних авторів, коливається від 1,5 до 86 %, досягаючи 98 – 100 % при миттєвій формі.

Упродовж 6 років оперативне лікування було проведено у 58 хворих на гострий панкреатит. Вік хворих складав від 28 до 71 року. Причиною виникнення гострого деструктивного панкреатиту у 56,9% було захворювання біліарної системи, у 41,4% порушення в дієті (надмірне вживання алкоголю, гострої та жирної їжі та інше), у 1,7% травма підшлункової залози.

В першу добу, після поступлення до стаціонару, крім лабораторно-біохімічних досліджень, всім пацієнтам проводилось ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та езофагогастроуденофіброскопія. 17-и (29,3%) хворим у невідкладному порядку в терміни до 24 годин після госпіталізації була виконана лапароскопія, тому, що незважаючи на використання вище перерахованих методів дослідження, діагноз був невиясненим, відмічалися ознаки перитоніту, неможливо було виключити наявність іншого гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини.

На другу-третю доби лапароскопія виконана у 12-и (20,7%) хворих. Показами до виконання лапароскопії була неефективність консервативної терапії гострого панкреатиту та підозра на наявність деструктивного панкреатиту, для уточнення його форми, стану жовчного міхура, наявності та розповсюдженості перитоніту. У 9-и хворих був виявлений геморагічний панкреонекроз, ознаками якого була наявність геморагічного ексудату, геморагічна імбібіція кореня брижі попереково-обідкової кишки, клітковини заочеревинного простору, великого чіпця, запалення парієтальної очеревини, застійний жовчевий міхур, набряк та гіперемія круглої зв'язки печінки та малого чіпця, парез тонкої та обідкової кишки.

Ділянки жирового некрозу на великому та малому чіпці, шлунково-обідкової зв'язки, мезоколон, наявність серозного прозорого або жовтуватого ексудату, запалення парієтальної очеревини, застійний жовчевий міхур, набряк та гіперемія круглої зв'язки печінки та малого чіпця, парез різних відділів кишечника та шлунку, що свідчило про жировий панкреонекроз, було виявлено у 14-и пацієнтів, що потребувало невідкладної допомоги. У 6-и хворих на лапароскопії спостерігалися ознаки змішаного панкреонекрозу: жирового стеатонекрозу та геморагічного випоту, геморагічної інфільтрації великого чіпця та клітковини заочеревинного простору.

Отже, необхідність хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит виникала за наявності деструктивних змін у підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині, а також при прогресуванні патологічного процесу та нарощуванні проявів поліорганних порушень на протязі двох-трьох діб від поступлення в стаціонар та початку інтенсивної терапії.

**Петрюк Б.В.**  
**ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТЕРМІЧНИХ ОПІКІВ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Тактика місцевого лікування термічних опіків визначається глибиною пошкодження та фазою ранового процесу. Його основу становлять заходи, спрямовані на антибактерійний захист опікової рани та відновлення мікроциркуляції. Всі опіки, незалежно від глибини ураження, є первинно інфікованими. Саме ранова інфекція сприяє поглибленню опікового



некрозу, гальмує процеси епітелізації, перешкоджає своєчасноту та успішному виконанню шкірної пластики.

Для профілактики та боротьби з інфекцією виконують туалет опікових ран. Він завершується накладанням пов'язки з р-ом антисептика (закритий метод) чи обробкою ран тонким шаром пінкоутворюючого аерозолу (олазол, пантенол, оксиклозол, вінізол, левовінізол) із подальшим висушуванням уражених ділянок. Сухий струп попереджує плазмолізис та інфікування опікових ран. Недоліки методу: поглиблення ран за рахунок дегідратації тканин паранекротичної зони, всмоктування токсинів і підвищення рівня інтоксикації. Сухий струп в ділянці суглобів може тріскати та кровоточити. Вологовисихаючі пов'язки з р-ми антисептиків використовують у перші фази ранового процесу. Вони висушують рану, всмоктують ексудат, мають протимікробну активність, сприяють формуванню сухого некрозу. Їх недоліки: швидке висихання та адгезія пов'язки до рани, підвищена чутливість до препаратів йоду. Мазі на основі ланоліну чи вазеліну (гентаміцинова, стрептоцидова, борна, метилурацилова, лінімент синтоміцину) створюють у рані "парниковий ефект", що сприяє формуванню вологого некрозу. Вони не всмоктують рановий ексудат, тому актуальні лише у період загоєння для стимуляції регенерації. Водорозчинні мазі мають високу осмотичною активність, тому пересушують рану, пригнічують процеси регенерації. Гідрофільні креми мають антисептичний і знеболюючий ефект, дренажно-сорбційні властивості, стимулюють епітелізацію. Багатокомпонентні мазі та гелі мають гідрофільну основу з оптимальною осмотичною активністю, проте ранова поверхня погано висушується і не є придатною до раннього оперативного лікування.

Отже, місцеве лікування опіків вимагає творчого підходу. Крім відпрацьованого стереотипу залежно від глибини та фази ранового процесу, слід враховувати й індивідуальні особливості його розвитку.

**Польовий В.П.**

## **ДИНАМІКА СПОНТАННОЇ ТА ІНДУКОВАНОЇ ПРОДУКЦІЇ ПРО-І ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС**

*Кафедра загальної хірургії*

*Буковинського державного медичного університету*

У розвинутих країнах щорічно реєструється близько 18 мільйонів випадків абдомінального сепсису (АС) закінчуються смертю 500 000 пацієнтів. Загальна летальність при АС залишається високою 24-35%, при розвитку септичного шоку сягає 60-70%, при переході в поліорганну недостатність супроводжується більш високою летальністю 83-98%.

Метою даного дослідження було вивчення в динаміці у хворих на абдомінальний сепсис синтез про- та протизапальних цитокінів та їхній баланс для оцінки їх прогностичної значимості.

Ми обстежили 36 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділення № 1 та № 2 ОКНП "Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги" з абдомінальним сепсисом. Діагноз АС встановили відповідно до існуючих у клініці діагностичних критеріїв. Хворі розділені на 2 підгрупи: підгрупу А (n=20) склали хворі на АС, які перебували в стаціонарі (14±3) ліжко-днів. До цього часу в них спостерігалось покращення загального стану. Підгрупу Б хворих на АС склали 16 пацієнтів, які перебували в стаціонарі (40±10) ліжко-днів. У них спостерігався менш сприятливий перебіг захворювання. Суспензію мононуклеарних клітин (МНК) виділяли з периферичної крові обстежуваних хворих за методом, який базується на седиментації в односхідцевому градієнті щільності фікол-урографіну ( $\rho = 1,077 \text{ г/см}^3$ ).

При дослідженні індукованої лігандами TLR – ліпополісахаридом (ЛПС) продукції ІЛ-6 МНК периферичної крові хворих підгрупи А спостерігалось достовірне підвищення цього показника вже в першу добу захворювання. В динаміці до 3 доби захворювання у пацієнтів підгрупи Б продукція ІЛ-6 достовірно знизилася відносно хворих підгрупи А – в середньому. При цьому такі відмінності зберігалися до 7 доби захворювання.