

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

Останнім часом все більше застосування знаходить ультразвукова терапія при запальних захворюваннях шлунково-кишкового тракту, що має протизапальну, спазмолітичну, бактерицидну дію. Ще більше значення набуває лікарський ультрафонофорез, що поєднує потенційовані ефекти ультразвукової терапії і специфічні ефекти лікарського втручання, що виконуються ультразвуком.

У зв'язку з переліченими вище факторами великий практичний інтерес викликає застосування при гострому деструктивному панкреатиті тривалої заочеревинної блокади лікарськими препаратами панкреатодуоденальної зони в поєднанні з ультрафонофорезом.

Висновки. Розробка нових та удосконалення відомих способів лікування гострого деструктивного панкреатиту з використанням тривалих заочеревинних блоkad панкреатодуоденальної зони лідокаїном, цефотаксимом, емоксипіном у поєднанні з ультрафонофорезом, застосуванням лапароскопічних та відеолапароскопічних втручань у поєднанні з впливом на підшлункову залозу потоку лікарської суміші та низькочастотного ультразвуку є перспективним напрямом у вирішенні завдань щодо покращення результатів лікування хворих з гострим деструктивним панкреатитом.

Петрюк Б.В.

ЛКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ВИПАДКУ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ ПАЛЬЦІВ І КИСТІ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. За даними різних авторів поранення пальців і кисті у мирний час становлять від 17% до 75% всіх механічних пошкоджень даної локалізації. Переважно це побутові пошкодження, частота яких не має тенденції до зниження не дивлячись на поліпшення умов праці та удосконалення заходів із профілактики травматизму. Основні причини поранень – недотримання техніки безпеки під час роботи з гострими предметами (ножі, тесаки, сокири) і відсутність навичок роботи з побутовими пристроями та інструментами.

Мета дослідження. Відкриті пошкодження пальців і кисті різноманітні. Це можуть бути різані, рубані, забійні, рвані, розчавлені, вогнепальні, вкушені та змішані поранення. Нерідко вони супроводжуються пошкодженням сухожилків, кісток, суглобів, судин і нервів. Доволі часто трапляються випадки травматичної ампутації пальців тощо.

Результати дослідження. Як показує практика, рани пальців і кисті досить часто – майже у половини потерпілих – супроводжуються виникненням дефектів шкірних покривів. Їх не завжди вдається ліквідувати під час виконання ПХО ран. Шкірні краї таких ран малорухомі. Їх важко мобілізувати через анатомічні особливості будови шкіри та підшкірної клітковини – наявність фіброзних перетинок, які фіксують шкіру і роблять її неподатливою. Отже, виникає потреба у проведенні того чи іншого варіанту шкірної пластики. Загалом вибір методу заміщення дефекту шкірних покривів даної локалізації залежить від його розмірів, глибини та локалізації. Також має значення стан тканин у ділянці рани. Пластика місцевими тканинами (метод зустрічних трикутників, трапецій тощо) одноосібно може вирішити проблему у випадку відносно невеликих дефектів. У інших випадках можлива її комбінація з вільною аутодермопластиком (АДП). Однак поширені ранові поверхні можливо ліквідувати лише за допомогою великих епідермо-дермальних трансплантатів, взятих ручним або електричним дерматомом.

У випадку дрібних неглибоких (на рівні підшкірної клітковини), частіше різаних і рубаних ран, можна скористатися вільною аутодермопластиком за Тіршем. За відсутності дерматома скальпелем або звичайним лезом під інфільтраційною анестезією на тильній поверхні передпліччя в 1/3 пилячими рухами зрізають шкірний клапоть, яким закривають рановий дефект. Для надійності його можна зафіксувати кількома швами за допомогою атравматичної голки. За наявності більших дефектів використовують дерматому вільну аутодермопластику. Товщина клаптя визначається механічним навантаженням зони, де розташований рановий дефект. Зазвичай вона становить 0,3-0,4 мм.

За наявності в дні рани сухожилка чи кісткового фрагмента, а також травматичної ампутації дистальної фаланги пальця вільна АДП є недоцільною. У таких випадках може бути використана пластика віддаленими тканинами, зокрема італійська. При цьому формують шкірно-підшкірний «гострий» клапоть, яким закривають рановий дефект.

Висновок. Отже, вибір методу шкірної пластики у випадку ранових дефектів пальців і кисті залежить від їх особливостей – розмірів, глибини та локалізації.

Польовий В.П.

ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ІНДИВІДУАЛІЗОВАНЕ КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Цукровий діабет є одним із найбільш поширених захворювань в світі, уражаючи, залежно від статі і віку, до 20% дорослого населення планети.

Синдром стопи діабетика (СДС) – одне із найбільш тяжких ускладнень діабету. П'ятирічна летальність при ньому перевищує летальність від раку молочної залози, а при ампутаціях перевищує загальну летальність від усіх форм раку. Серед основних факторів ризику розвитку СДС виділяють недостатній контроль глікемії (84%), діабетичну полінейропатію (78%), стенотично-оклюзійні захворювання периферичних судин (53%), попередні епізоди СДС – 29%.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих на СДС шляхом вивчення патогенезу і факторів ризику, обґрунтування індивідуалізованої лікувальної тактики.

Матеріал і методи дослідження. Дизайн дослідження включав в себе розподіл 138 на СДС хворих відповідно з критеріями включення та виключення, і класифікації за Meggitt-Wagner і PEDIS. Проводився комплекс клінічних, лабораторних, морфологічних, мікробіологічних, імунологічних і інструментальних методів дослідження (дуплексне сканування судин, ангіографія, як етап підготовки до операції), визначали найбільш важливі фактори, на основі чого був розроблений алгоритм хірургічної тактики

Результати дослідження. При морфологічному дослідженні спостерігали вкрай поліморфну картину. Спостерігали наявність деструкції та запальну інфільтрацію із залученням всіх шарів шкіри і м'яких тканин. Просвіт розширених кровоносних судин виповнений чітко контурованими елементами крові. Гіаліноз судинної стінки мікроциркуляторного русла спостерігався у всіх досліджуваних тканинах. Тромбоутворення в мікроциркуляторному руслі посилювало ішемію тканин, чим сприяло прогресуванню гнійно-некротичних процесів.

Відомо, що синдром системної запальної відповіді є маркером негативного прогнозу захворювання. Тому, вважали за необхідність вивчити дане питання більш детально. При аналізі кількісної поширеності ознак її спостерігали, що у 45% хворих був один симптом, у 25% - два симптоми, три і чотири симптоми – у менш ніж 10% випадків. Такі дані вказують, що у більш, ніж половини хворих на СДС присутня системна запальна відповідь, що необхідно враховувати при виборі індивідуалізованої тактики лікування.

На основі проведених досліджень ми розробили алгоритм хірургічної тактики при СДС. Успішним результатом операції вважали досягнення кінцевого стенозу не більше 30%. Ангіопластика вважалась успішною в тих випадках, коли не було болів в спокої, зменшувались явища переміжної хромоти, відбувалось потепління шкірних покривів, відмічали появу пульсації артерії дистальніше відновленого сегменту. Залежно від характеру ураження судин, найкращі результати отримані при стенозах біля 97%, при оклюзіях – тільки у 86% випадків. В середньому, успішним результат операції був у 94% хворих. При виконаних операціях на тібіоперонеальному стовбурі в комбінації з трьома артеріями гомілки, результат операції був найгіршим, від половини успішних результатів. Кращі результати спостерігали при операціях на підколінній артерії, навіть в комбінації з однією-