

Міністерство охорони здоров'я України  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації  
ГО «Асоціація хірургів Чернівецької області»

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої  
75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

## **«ІІ БУКОВИНСЬКИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ФОРУМ»**

3-4 жовтня 2019 року

Чернівці – 2019

УДК: 617(063)

Б 90

Матеріали науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 3-4 жовтня 2019 року). – Чернівці: Видавництво БДМУ, 2019. – 72 с.

У збірнику представлені тези наукових робіт і доповідей учасників науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

видовим складом у вигляді ентеробактерій й анаеробних неклостридіальних мікробів. Констатовано також, що стартова антибіотикотерапія індукує високий рівень полірезистентності флори, що зумовлює необхідність перманентного визначення чутливості бактерій до антибіотиків в процесі лікування та своєчасної зміни режимів їх призначення.

Операційне втручання при ГПП, окрім контролю джерела інфекції, має передбачати заходи з корекції виникаючих патологічних інтраабдомінальних синдромів, зокрема компартмент-синдрому, ентеральної недостатності та надлишкової контамінації дигестивного тракту товстокишковою мікрофлорою. Тому, додатковою складовою операції є тривала зондова анте/ретроградна декомпресія тонкої кишки за опрацьованою черезтубажною лікувальною програмою (фракційний лаваж, ентеросорбція, деконтамінація, стимуляція перистальтики та раннє ентеральне харчування).

При необхідності резекції сегмента тонкої кишки, у разі тяжкого перебігу ГПП, доцільно завершувати її формуванням тимчасової штучної зовнішньої нориці, ліквідацію якої відносити на другий етап хірургічного лікування.

Релапаротомія при ГПП являє собою ефективний лікувальний інструмент, однак реалізовувати її необхідно за чітко регламентованими показами. РЛТ доцільно розрізняти на “вимушену”, “програмовану”, за принципом “secondlook” та “вірогідно можливу”.

Оцінка тяжкості ГПП на основі Мангеймського індексу перитоніту показала, що його не можна використовувати беззастережно, оскільки розрахований показник прогнозований летальності складав 22 %, водночас реальний становив 27 %.

**Висновки.** Реалізація окреслених пріоритетних складових хірургічної тактики при ГПП сприятиме підвищенню ефективності його лікування.

*В.П. Андрющенко М.М. Тутка*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

## **КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Вступ.** Гострий панкреатит (ГП) являє собою одне з найбільш складних і

прогностично малосприятливих гострих захворювань органів черевної порожнини. У клінічному перебігу хвороби нерідко виникають порушення різних обмінних процесів і, зокрема, вуглеводного обміну, оскільки сама підшлункова залоза є органом як екзокринної, так і ендокринної секреції з регуляцією рівня глікемії. Однак клінічне значення порушень вуглеводного гомеостазу при ГП вивчено недостатньо.

Мета роботи полягала у з'ясуванні характеру змін вуглеводного обміну в хворих на ГП з оцінкою клінічного значення виявлених порушень.

**Матеріали і методи.** Стан вуглеводного обміну вивчено у 119 пацієнтів на ГП у віці від 21 до 53 років. Чоловіків було – 74 (62,2%), жінок – 45 (37,9%). Діагноз захворювання встановлювали на підставі аналізу клінічних, лабораторних, біохімічних, променевих (ультрасонографія, комп'ютерна томографія) та інструментальних (ендоскопічних, відеолапароскопічних) методів обстеження. Тяжкість клінічного перебігу хвороби оцінювали за критеріями Атланта (2012): осіб з легким ГП було – 39 (32,8%), середньої тяжкості – 68 (57,1%) і тяжким – 12 (10,1%), Хірургічному лікуванню з використанням як сучасних малоінвазивних операційних технологій, так і традиційних відкритих втручань піддано 10 госпіталізованих (8,4%). Іншим проведено курс комплексної консервативної терапії з позитивним ефектом.

Рівень цукру в крові визначався глюкозооксидантним методом з наступною кратністю – при госпіталізації, на третю, сьому доби і на момент виписки з стаціонару. Отримані кількісні показники глікемії обчислено методом варіаційної статистики з використанням критерію Стюдента. За статистично вірогідну приймалась різниця при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Констатовано, що у 75 осіб (63,5%) на момент госпіталізації рівень цукру крові знаходився на верхній межі норми ( $5,5 \pm 1,1$  ммоль/л). У 33 пацієнтів (27,5%) спостерігалася гіперглікемія до  $11,3 \pm 4,5$  ммоль/л, яка нормалізувалася на 3-тю добу внаслідок медикаментозного лікування. Подібне зростання показників глюкози розцінювалося як транзиторна гіперглікемія стресового характеру. В 11 хворих (9%) з тяжким ГП вміст глюкози

в крові збільшувався до  $17,8 \pm 3,2$  ммоль/л, набував торпідного характеру перебігу і вимагав спеціальної корекції підібраними дозами інсуліну. Зазначені зміни вуглеводного обміну трактувались як наслідок ураження паренхіми підшлункової залози при панкреонекрозі з руйнуванням ендокринного апарату (острівців Лангерганса) органа. У даних клінічних ситуаціях рівень глікемії являв собою об'єктивний предиктор тяжкості ГП. У 6-ти осіб (5%) з гнійно-некротичним панкреатитом після проведеного операційного втручання з необхідністю видалення девіталізованих тканин шляхом некр-секвестректомії в зоні тіла і хвоста підшлункової залози виникала гіперглікемія на рівні  $12,3 \pm 3,8$  ммоль/л, яка не нормалізувалася і до моменту виписки з стаціонару, що являло собою початковий прояв розвитку цукрового діабету.

**Висновки.** Порушення вуглеводного обміну, які виникають у клінічному перебігу ГП зумовлені різними чинниками, а саме стресовою реакцією, руйнуванням ендокринних клітин підшлункової залози внаслідок гнійно-некротичного процесу, а також розвитком цукрового діабету у післяопераційному періоді. Зазначені порушення вимагають клінічної оцінки з врахуванням при визначенні схем медикаментозної корекції та прогнозування тяжкості перебігу захворювання.

*О.А. Біленко, І.Л. Маланченко*

Одеський національний медичний університет, Одеса

## **НОВІ НАПРЯМКИ В ХІРУРГІЇ РАКУ ПРАВОЇ ПОЛОВИНИ ОБОДОВОЇ КИШКИ (РППОК)**

**Вступ.** За останні кілька десятиліть в Україні спостерігається постійне зростання захворюваності на РППОК. Незважаючи на значний прогрес хіміотерапії, в лікуванні первинного неметастатичного РППОК хірургічний метод залишається основним методом лікування. Хоча, радикальні резекції ободової кишки, особливо її правих відділів, вважаються технічно більш опрацьованими, результати хірургічного лікування залишаються гіршими, ніж при раку лівої половини. Одним з факторів, здатних вплинути на результати лікування даної категорії хворих, є впровадження методики D3-лімфодисекції разом з СМЕ (повна мезоколонектомія) і CVL (центральне лігування судин), які