

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».

безпосередньо залежав від розмірів грижі. При невеликих розмірах та низькому ризику защемлення внутрішніх органів проводили консервативне лікування.

При великих розмірах грижі чи її ускладненнях (защемлення внутрішніх органів) застосовували хірургічний метод лікування. У таких випадках проводилась лапароскопічна пластика стравохідного отвору діафрагми, гастрокардіопексія, відновлення кардіальної складки, фундоплікація.

Двічі була конверсія: пошкодження селезінки з інтенсивною кровотечею, та перфорація абдомінального відділу стравоходу.

Впровадження мініінвазивних технологій лікування діафрагмальних гриж дозволило знизити рівень післяопераційних ускладнень на 24%, скоротити тривалість стаціонарного лікування на 5 ліжко-днів.

Висновки. Застосування лапароскопічних технологій в лікуванні гриж стравохідного отвору діафрагми дозволяє суттєво покращати результати лікування таких хворих: зменшити кількість післяопераційних ускладнень, прискорити терміни одужання.

А.Г. Іфтодій, В.І. Гребенюк, О.В. Більцан

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці
ОКРЕМІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Вступ. Захворюваність на гострий панкреатит зросла до 9-11% за останні 5 років. Летальність серед різних форм панкреатиту залишається сталою (3-25%). Тому особливого значення має своєчасна діагностика гострого панкреатиту та адекватне комплексне лікування в лікувальних установах. Залишаються сталими найбільш розповсюджені причини виникнення гострих панкреатитів середнього та важкого ступенів, що викликають у 55% алкогольно-аліментарний та у 30-35% гострий біліарний панкреатит.

Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих на гострий панкреатит. Завданням була впровадження та адаптація світових рекомендацій по лікуванню гострого панкреатиту з використанням власних напрацювань щодо лікування цієї категорії хворих.

Матеріали і методи. Проліковано 22 хворих на гострий панкреатит на

клінічній базі кафедри хірургії № 2 (зав. – Заслужений лікар України, професор Іфтодій А.Г.). За основу взято світові протоколи, розроблені з урахуванням класифікації 1992 року, затвердженої на Міжнародному симпозиумі в Атланті, та її модифікацій, запропонованих у Кочин у 2011 р. (Міжнародна Асоціація Панкреатологів, International Association of Pancreatology) та Міжнародною робочою групою по класифікації гострого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) у 2012 р. Останні світові рекомендації JPN 2015 використані для уточнення окремих питань діагностики та лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлення діагнозу проводилось на підставі комбінації 2 або 3 пунктів діагностичного алгоритму (світові рекомендації JPN 2015). В якості основного (базового) інфузійного використовувались розчини Рінгера лактат та Хартмана. Особливо акцентувалась увага на швидкості внутрішньовенної інфузії. Вона становила 5-10 мл/кг маси пацієнта за годину в 1 добу. Підвищення швидкості до 10-15 мл/кг за годину призводило до збільшення частоти плевро-легеневих та кардіогенних ускладнень. Використання так званого «фізіологічного» розчину NaCl та 5% глюкози зменшує вартість лікування, але знижує ефективність інфузійної терапії.

Використання Октреотиду або його аналогів статистично достовірно не вплинуло на результати лікування. Проте, введення Октреотиду у третини хворих викликає розвиток мультифокального холелітіазу у перші 6 місяців, напевно внаслідок гальмування холецистокініну.

Інгібітори протеаз вводили впродовж перших трьох діб лікування, орієнтуючись на рівень ферментемії, хоча (JPN 2015) ефективність внутрішньовенного введення інгібіторів протеаз (габексата мезілат) для поліпшення прогнозу життя і частоту ускладнень гострого панкреатиту не було чітко доведено. Від підвищення дози інгібіторів протеаз ефективність лікування панкреатиту не залежить.

Для зменшення ризику бактеріальної транслокації та фінансових витрат в JPN 2015 пропонують починати ентеральне харчування пацієнтів через 48 годин.

При легких формах гострого панкреатиту пероральне харчування розпочинали через добу у більшості хворих.

Нами використано метод трансгастрального внутрішньотканинного електрофорезу при лікуванні гострого панкреатиту (Патент України на корисну модель № UA 120254, МПК А61К 31/00 Заявка № u 2017 04398 від 03.05.2017; опубл. 25.10.2017, бюл № 20.).

Висновки. Корекція лікувальних заходів з урахуванням світових рекомендацій JPN 2015 в поєднанні з трансгастральним внутрішньотканинним електрофорезом дозволила нам зменшити кількість ускладнень на 14% у пролікованих хворих та підвищити ефективність консервативного лікування тяжких форм панкреатиту на 17%.

О.Г. Коменко, Д.О. Федоров, О.М. Остапюшен, К.О. Юзвик

ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова”

НАМН України, Київ

ЛАПАРОСКОПІЧНІ РЕЗЕКЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ

Вступ. За останні двадцять років мініінвазивні методики зробили стрімкий стрибок в своєму розвитку, але багато гепатобіліарних хірургів досить скептично відносяться до широкого впровадження лапароскопічного доступу при виконанні резекцій печінки. Це обумовлено технічними складнощами та ризиками процедури, необхідністю додаткового спеціалізованого навчання. Проте поступово кількість центрів, що виконує даний вид операцій зростає, що потребує вивчення та оцінки методики і систематизації підходу до неї. Враховуючи це у відділі хірургії та трансплантації печінки ДУ “НІХтаТ ім.О.О. Шалімова” у рамках надання високоспеціалізованої допомоги третинного рівня було впроваджено виконання анатомічних лапароскопічних резекцій пацієнтам з вогнищевою патологією печінки.

Метою дослідження є оцінка результатів власного досвіду виконання резекцій печінки лапароскопічним доступом та визначення категорій пацієнтів яким цей доступ надає найбільшу перевагу.

Матеріали і методи. В дослідження включено 66 пацієнтів з доброякісною