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»

«II 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».

протезом.

Діаметр видалених вогнищ склав 40,6 ± 17,2 мм (10-68 мм), кількість метастазів у одного пацієнта склав 3,6± 2,1 (1-9). Крайового статусу R0 резекції вдалось досягнути у 97,3% резекцій, R1 в 2,7%. У 21,6% пацієнтів спостерігали виражений SOS-синдром внаслідок НПХТ, наявність якого корелювала з розвитком післяопераційної недостатності. Загальний рівень післяопераційної морбідності склав 37,9% для всієї когорти пацієнтів на значно не відрізнявся в групі з симультантними та звичайними втручаннями. Рівень важких ускладнень (>3b за Dindo-Clavien) – 6,7%. Частота післяопераційної печінкової недостатності за критерієм 50-50 склала 27,4%. В групі invivo-insitu резекцій загальна морбідність була вищою ніж в загальній групі та склала 54,3%.

П’ятирічна безрецидивна виживаність в загальній групі склала 34,3% а в групі invivo-insitu резекцій – 21,6%. Загальна п’ятирічна виживаність склала 57,7% в загальній групі та 44,2% в групі invivo-insitu резекцій.

Висновки. 1. Хірургічна резекція в комбінації з періопераційною поліхіміотерапією є ефективним методом лікування пацієнтів з резектабельними формами МКРП, що дозволяє досягнути високих показників післяопераційної виживаності. 2. Застосування агресивної хірургічної тактики з використанням трансплантаційних технологій при ураженні внутрішньо-печінкових васкуло-біліарних структур дозволяє суттєво розширити пул пацієнтів з резектабельними формами МКРП. 3. Використання симультантних втручань при синхронних резектабельних формах МКРП дозволяє покращити онкологічні результати без погіршення ранніх післяопераційних показників за умови збереження безпечного об’єму печінкового залишку.

В.И. Лупальцов, А.И. Ягнюк

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вступление. Наиболее тяжелым осложнением течения постнекротических кистподжелудочной железы (ПКПЖ) являются аррозивные кровотечения,

встречаемость которых по данным литературы отмечена в 10-20% случаев (A.Carr, 2000, Абдулаев М.А., 2012). Развитие кровотечения связано с аррозией артериальных сосудов ферментами ПЖ, присутствующими в ее содержимом. Сложность диагностики данного осложнения, с одной стороны, связана с относительной редкостью данной патологии, а с другой – с трудностью установления источника кровотечения.

Тактика лечения при кровотечении из ПКПЖ зависит от многих факторов, обуславливаясь как степенью кровопотери, так и общим состоянием этого контингента больных, а так же от наличия в конкретном медицинском учреждении современных средств диагностики, возможности проведения эндоваскулярного гемостаза и опыта хирургов. Селективная артериальная эмболизация под контролем КТ-ангиографии не смотря на свою эффективность не может рассматриваться как окончательный метод остановки кровотечения из ПКПЖ ввиду значительной частоты рецидивов кровотечения. Кроме того, эта технология доступна в Украине далеко не всем стационарам, поэтому хирургические вмешательства (панкреатоеюностомия, резекция тела и хвоста ПЖ со спленэктомией или без нее, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда, дренирование и тампонада кисты) остаются основными методами лечения. В связи с этим вопрос хирургического лечения этого грозного осложнения является одним из сложных в ургентной хирургии.

Цель исследования. Разработка оптимальной хирургической тактики геморрагических осложнениях постнекротических кист поджелудочной железы.

Материал и методы. С 2001 по 2018 в клинике кафедри хирургии №3 кровотечение из постнекротических кист поджелудочной железы наблюдали у 12 больных в возрасте от 24 до 57 лет, средний возраст больных составил 47,2 ± 1,4 года. У всех пациентов в анамнезе был перенесённый острый деструктивный анкреатит, время существования ПКПЖ колебалось от 3 недель до 2 лет.

Диагноз устанавливался на основании клинической симптоматики, острой геморрагической анемии, наличия опухолевидного образования плотноэластической консистенции в эпигастрии или левом подреберье и дополнительных

методов обследования, включавших ФГДС, УЗИ и КТ.

Результаты исследования и их обсуждение. В 6 случаях киста локализовалась в теле поджелудочной железы, в трёх – в хвосте и в двух – в области головки, у одного больного аррозивное профузное кровотечение явилось осложнением нагноившейся кисты. Умерло двое больных от профузного кровотечения в брюшную полость, диагноз у которых установлен на вскрытии. В одном случае отмечено кровотечение из селезёночной артерии, вовлеченной в кистозное образование хвоста поджелудочной железы . Произведена резекция хвоста поджелудочной железы с удалением селезёнки и иссечением стенок постнекротической кисты. У 4 больных с установленным диагнозом ПКПЖ кровотечение возникло в различные сроки нахождения больных в стационаре. Учитывая сложность остановки этих кровотечений, у них была принята активно-выжидательная тактика, которая заключалась в проведении интенсивной гемостатической терапии, при динамическом наблюдении за больными под контролем показателей красной крови. Такая тактика дала положительный эффект. Кровотечение было остановлено. Вследствие увеличения кисты и её напряжения больные вынуждено были оперированы на 3 и 4 сутки лапаротомным доступом со вскрытием кисты, после освобождения её полости от сгустков крови, кровоточащие сосуды были прошиты, а полость кисты дренирована через Винслово отверстие. Пройдя стадию формирования неполного панкреатического свища, больные выздоровели. Двоим больным, у которых диагноз кровотечения был установлен эндоскопически на основании выделения крови из большого дуоденального сосочка, после прошивания сосудов выполнены операции внутреннего дренирования кисты с наложением цистоеюноанастомоза. У одного больного, которому выполнено наружное дренирование, через полгода возник рецидив образования кисты. Выполнена операция внутреннего дренирования, выздоровление.

Выводы. При отсутствии возможности ангиографического обследования больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, осложнёнными кровотечением, методом выбора должно явиться открытое лапаротомическое

вмешательство с прошиванием кровоточащих сосудов. При невозможности выполнения операции внутреннего дренирования альтернативой может явиться операция наружного дренирования кисты через Винслово отверстие.

Н.С. Морозова[1], С.В. Рідний[1], С.І. Лях[2], Г.С. Головчак[1], І.В. Коробкова[1], А.А. Попов[1]

[1] Харківська медична академія післядипломної освіти, [2] Харківський національний медичний університет, Харків

ПРОФІЛАКТИКА КАТЕТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ КРОВОТОКУ

Вступ. Інфекції, пов'язані з катетеризацією судин (ІПКС) займають третє місце серед усіх інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД) й перше місце серед причин бактеріємії. Стороннє тіло в судинному кровотоку, шкірна рана навколо катетера, вільний доступ до судинної системи створюють високу ймовірність попадання мікроорганізмів до потоку крові. Тому розробка заходів профілактики ІПКС є одним з напрямків підвищення ефективності лікування. Діагностика ІПКС часто утруднена в зв'язку з відсутністю настороги серед медичного персоналу внаслідок недостатнього рівня підготовки.

Найбільш вірогідними факторами ризику, що сприяють розвитку інфекцій є нестандартний догляд за катетерами, порушення алгоритмів проведення медичних маніпуляцій, тривале застосування катетерів. Згідно зі світовим досвідом та власними спостереженнями заходами профілактики ІПКС є проведення катетеризації та подальшого догляду за катетером спеціально підготовленим персоналом, місцеве застосування антисептичних засобів, антибіотиків, покриття катетерів антимікробними препаратами й використання асептичної техніки проведення катетеризації.

Наріжним каменем запобігання ІПКС є обробка рук медичного персоналу спиртовими антисептиками, а шкіри області катетеризації препаратами з групи гуанідинів (2% водним розчином хлоргексидину) або повідон-йодом.

Результати дослідження та їх обговорення. Робота спеціально підготовленої групи фахівців з інфузійної терапії для проведення катетеризації й