

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 «ІІ 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 «ІІ Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

патології. В подальшому цей показник зростав, і через 20 год становив 80%, $p < 0,05$. Наприкінці експерименту, а це 8 доба після моделювання ЧМТ нами було зареєстровано загибель 90-95% щурів груп контрольної патології. Проводячи порівняльний аналіз використання різних доз 0,9% NaCl при ЧМТ, а саме: 1; 2 та 4 мл/кг можна помітити відсутність статистично достовірної різниці летальності при міжгруповому порівнянні ($p > 0,05$). Суттєві терапевтичні ефекти були реалізовані при 8-денному застосуванні Адемолу в дозах 1 та 2 мг/кг (летальність відповідно 35 та 30%). Так, упродовж 8 діб модельної ЧМТ на фоні лікування Адемолем аналіз ефективності застосування даного препарату та скринінг умовно-ефективної церебропротективної дози Адемолу за показником летальності вказує на те, що максимальна терапевтична дія досліджуваного препарату проявилась при його застосуванні у дозі 2 мг/кг, яка є умовно-ефективною в умовах даного патологічного стану.

Висновки. курсове введення щурам з модельною ЧМТ Адемолу умовно-ефективною церебропротективною дозою 2 мг/кг двічі на добу з інтервалом 12 год і тривалістю введення 2 год, ефективніше за інфузію фізіологічного розчину сприяла зменшенню летальності у тварин на 8-му добу терапії травми.

А.В. Скумс, О.М. Гулько, В.О. Кузьменко, А.А. Скумс, С.М. Чайковська
ДУ “Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова”
НАМН України, Київ

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРИСКОРЕНОГО ОДУЖАННЯ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ

Вступ. За останні десятиліття відзначають зменшення летальності після панкреатодуоденальної резекції з 25% до 1-3%, але кількість ранніх післяопераційних ускладнень сягає 29,5%-70%. Новим напрямком периопераційного ведення є мультимодальна програма прискореного одужання після операції (ERAS), спрямована на поліпшення функціональних можливостей і прискорення реабілітації пацієнтів після операції. Метою даного дослідження була оцінка ефективності реалізації протоколу ERAS у пацієнтів після панкреатодуоденектомії і його вплив на частоту і характер післяопераційних

ускладнень, смертність і тривалість перебування.

Матеріали і методи. У дослідження включені 65 пацієнтів з періампулярною пухлиною у віці від 28 до 75 років за період з січня 2015 по грудень 2018 рр.. У всіх пацієнтів було виконано панкреатодуоденектомію за Whipple зі стандартною лімфаденектомією. Реконструктивний етап полягав в послідовному формуванні панкреатико-, гепатико- і поперекудодового гастроентероанастомозу на одній кишковій петлі за Child. Всі операції виконані однією хірургічною бригадою.

Протокол периопераційного ведення хворих при панкреатодуоденектомії був розроблений відповідно до рекомендацій спілки ERAS 2012 р. і схвалений комітетом інституту з біоетики. Основні положення програми включають заходи передопераційного, інтраопераційного і 7 діб післяопераційного періоду.

Результати дослідження та їх обговорення. Реалізація протоколу ERAS продемонструвати високий рівень імплементації за більшістю параметрів. Передопераційні параметри програми (відмова від голодування, підготовки кишківника) дотримані в 100% спостережень. Епідуральна анестезія проведена у 55 (84,6%). У 10 (15,4%) епідуральний катетер не встановлено через порушення згортання крові (4), захворювання хребта (1), технічні проблеми (2) або відмови хворого (3). Інфузійна терапія в режимі білянульового балансу проведена в усіх хворих, середній об'єм склав 2100 мл (1910-2290). При середньому об'ємі крововтрати 240 мл (100-600) інтраопераційну гемотрансфузію було необхідне тільки в 1 (3,2%) випадку. Переважна більшість пацієнтів (63-96,9%) переведені з ВРІТ і активізовані в першу добу. Катетер сечового міхура видалений у всіх хворих через 24 год після операції, назогастральний зонд – у 61 (93,8%). У 59 (90,8%) пацієнтів відновлення перорального харчування відбувалось у відповідності до програми, починаючи з першої доби. На 3 добу післяопераційного періоду епідуральний катетер видалений у всіх хворих. Потреба в застосуванні наркотичних аналгетиків виникла у 3 (4,6%) хворих. Дренажі черевної порожнини на 6 добу видалені лише в 34 (52,3%) пацієнтів.

Летальних випадків не було. Післяопераційні ускладнення спостерігали у

22 (36,1%) хворих. Затримку випорожнення шлунка різного ступеня спостерігали у 6 (9,2%) хворих, що вимагало проведення ентерального харчування через назоєюнальний зонд або мікроеюноному. Парентеральне харчування не застосовували в жодному випадку. Формування панкреатичної фістули спостерігали у 8 (12,3%) хворих. Середня тривалість стаціонарного перебування хворих була 14 днів (8-32).

Висновки. Отже, переважна більшість пацієнтів при виконанні панкреатодуоденальної резекції позитивно відповідають на застосування програми прискореного відновлення. Результатом є зменшення частоти післяопераційних ускладнень та тривалості перебування пацієнтів в стаціонарі при меншій вартості лікування.

В.В. Тарабанчук, В.В. Максим'юк.

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, Чернівці

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ

Вступ. Незважаючи на широке клінічне використання ультрасонографії для діагностики гострого деструктивного панкреатиту та його ускладнень, окремі аспекти ехосеміотики панкреатогенних абсцесів висвітлені досить розрізнено та недостатньо повно, що затрудняє проведення адекватної комплексної оцінки отриманих даних ультразвукового обстеження (УЗО) та обмежує його інформативність.

Матеріали і методи. Обстежено 17 хворих на гострий некротичний панкреатит, перебіг якого ускладнився формуванням абсцесів черевної порожнини. Серед них: чоловіків – 10 (58,8%), жінок – 7 (41,2%).

Ультразвукове обстеження проводилось з використанням сонографічного апарату «SIEMENS» з датчиками 3,5 і 5 мГц у двох ультразвукових режимах: 2D-режим і режим кольорового доплерівського картування.

Результати дослідження та їх обговорення. З метою стандартизації проведення ультразвукового обстеження і зменшення ймовірності виникнення «суб'єктивних» діагностичних помилок нами проведена комплексна оцінки