

Передопераційна підготовка включала безшлакову дієту, максимальне очищення кишечника (ендофальк, фортранс), адаптацію серцево-судинної і дихальної систем до підвищеного ВЧТ (бандажна компресія, пневмоперітонеум), коригуючу терапію супутніх захворювань, профілактику інфекційних ускладнень з боку рани (цефтріаксон 2 г в/в перед операцією) і профілактику тромбоемболічних ускладнень (еластичне бинтування нижніх кінцівок, клексан після операції – 0,4 мг 1 раз на день впродовж 8–10 днів, рання активна ходьба після операції). Протипоказанням до планової операції була неефективність передопераційної підготовки, порушення серцево-легеневої діяльності (аритмія, задишка), підвищення ВЧТ більше 20 мм рт. ст. в умовах бандажної компресії, зниження показників зовнішнього дихання до 50 % від належних.

Залежно від розташування і фіксації сітки в ділянці грижевого дефекту використовували наступні способи алопластики ПВГ: onlay (Chevrel) – над апоневрозом; sublay (Rives) – ретромускулярно, (Stoppa) – преперитонеально; Inlay – як латка, що закриває дефект, коли закриття м'язами та апоневрозом неможливе.

Алопластику при гігантських ПВГ виконували з моніторингом ВЧТ (вимірювання за допомогою катетера Фолея, введеного в сечовий міхур). Межа підвищення ВЧТ – 15–20 мм рт. ст. (1 см вод. ст. = 0,735 мм рт. ст.).

Для мінімізації ускладнень в післяопераційному періоді проводили комплексне лікування, яке включало адекватне знеболення, оксигенотерапію при показаннях, контроль ВЧТ, стимуляцію функції кишечника, проведення антибактеріальної терапії (цефалоспорини II–III порядку), антикоагулянтну терапію (клексан 0,4 мг), нестероїдні протизапальні середники (диклоберл 3 мл), а також корекцію водно-електролітного та білкового обміну.

Ми проаналізували результати лікування ПВГ у 320 хворих, з них – 68 з гігантськими грижами. У 83,4 % хворих діагностовано хворобу зрощень. Післяопераційні ускладнення в хворих були такі: серома (6,1 %), інфільтрат (3,8 %), нагноєння рани (1,4 %), краєвий некроз (1,1 %). Консервативне лікування: санація рани, розкриття сероми, нефректомія тощо привели до видужання. Рецидиви грижі виникли в 1,2 % випадків у віддаленому періоді. Отже, алопластика в хірургії зайняла пріоритетне місце у виборі методу оперативного лікування ПВГ.

ХЕЛІКОБАКТЕРНА ІНФЕКЦІЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТІ – ПРОБЛЕМИ І ПЕРСПЕКТИВИ

Полянський І. Ю., Гресько М. М., Гресько А. М.

м. Чернівці, Україна, Буковинський державний медичний університет

Helicobacter pylori (*H. pylori*) відіграє важливу роль у виникненні запально-деструктивних процесів у порожнистих органах травлення. Перебіг автоімунного запалення, яке ініціюється цим збудником, відбувається під маскою різних захворювань, важко піддається діагностиці і часто призводить до різних ускладнень.

Нами проведено аналіз ролі *H. pylori* у виникненні захворювань жовчовивідних шляхів. Обстежено 33 пацієнти з різними формами холециститу, серед яких переважали жінки. Окрім стандартних методів дослідження, пацієнтам до операції за допомогою ГДФС проводили забір слизової оболонки шлунку для оцінки наявності *H. pylori* за допомогою уреазного тесту. Таким же методом визначали наявність *H. pylori* у стінці різних відділів видаленого жовчного міхура.

У 19 пацієнтів діагностовано хронічний калькульозний холецистит, у 11 – гострий флегмонозний калькульозний, а у 3 – гострий флегмонозний безкам'яний холецистит.

За результатами зіставлення результатів до- та післяопераційного обстеження сформовані 4 кластери:

1-й – 9 пацієнтів, у яких в стінках обстежених органів *H. pylori* не виявлено;

2-й – 8 пацієнтів, у яких в шлунку до операції *H. pylori* не визначався, а в стінці жовчного міхура його виявлено;

3-й – 13 пацієнтів, у яких *H. pylori* виявлено як у шлунку, так і у стінці видаленого жовчного міхура;

4-й – 3 пацієнти, у яких *H. pylori* визначався тільки в стінці жовчного міхура.

Проведені дослідження свідчать про важливу роль *H. pylori* у виникненні захворювань жовчовивідних шляхів – майже у половини обстежених хворих цей збудник виявлявся у стінці жовчного міхура. При цьому чіткої залежності між його наявністю у жовчному міхурі та шлунку не спостерігається, що зумовлює необхідність використання не локальних, а загальних методів діагностики інфікування організму цим збудником.

Отримані попередні результати досліджень розкривають нові напрямки лікування таких пацієнтів і запобігання розвитку різних післяопераційних ускладнень, зумовлених *H. pylori*.

GENETIC ASPECTS OF THE PROGRESS AND COURSE OF SOME ACUTE SURGICAL DISEASES: FROM PROGNOSIS TO CHOOSING INDIVIDUAL TREATMENT METHODICS

Polyansky I., Melnyk I.

Chernivtsi, Ukraine, Bukovinian State Medical University

The individual expressiveness of the manifestations of surgical diseases and the nature of complications prompts the analysis of their causes and mechanisms, the study of the connection with gene variants that regulate these processes.

We have investigated some aspects of the genetic determinism of the course of some acute surgical diseases and their complications.

The dependence of the severity of alteration, exudation and proliferation, inflammatory and destructive tissue changes in acute peritonitis with variants of the interleukin 1- β genotype, which is the basis of the spread of inflammation.

In acute pancreatitis, the nature of destructive processes of the pancreas correlates with polymorphism variants of genes that regulate the intra-acinar activity of proteolytic enzymes.

Violation of the motor-evacuation function of the intestines after operations on the cavitar organs of digestion and the occurrence of parietic intestinal obstruction is highly likely to be correlated with variants of the gene that regulates serotonin reuptake and its activity.

The probability of early sebaceous intestinal obstruction directly depends on gene variants that regulate individual mechanisms of fibrinolytic and collagenase activity of tissues.

The same genetic determinism is characteristic of wounds healing.

The revealed regularities of the genetic determinism of the mechanisms of the occurrence and development of these surgical diseases create the possibility of highly probable prediction of the nature of their course and the development of a new, effective treatment strategy, which consists in the preventive application of a complex of intraoperative measures and drug correction of these processes at the beginning of the disease, before their clinical and laboratory manifestations.

This makes it possible to prevent the progression of damaging mechanisms, reduce their severity, and reduce the risk of various complications.

Such tactics are personalized and allow to significantly improve the results of treatment of patients.

ЛІКУВАННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ КІНЦІВОК У ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОМУ КЛІНІЧНОМУ ЦЕНТРІ

Трутяк І. Р., Прохоренко Г. А., Лось Д. В., Медзин В. І., Сельменський А. І.

м. Львів, Військово-медичний клінічний центр Західного регіону

Поранення кінцівок в умовах війни становлять 53–70 % від загальної кількості бойових травм, з яких 25–35 % складають переломи (Заруцький Я. Л. і співавт., 2018; Король С. О., 2019). Серед загальної кількості поранених, які поступили у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (ВМКЦ ЗР) з лютого по вересень 2022 року поранення кінцівок були у 63,3 %. Із них 17,8 % мали вогнепальні переломи (2,5 % з дефектами кісткової тканини), поранення тільки м'яких тканин були у 34,5 %, поранення кінцівок з ушкодженням магістральних судин – у 1,9 %, множинні переломи – у 59,4 %, а у 10,9 % – бойова травма кінцівок поєднувалась з порожнинними ушкодженнями. З ампутаційними куксами проліковано 5,8 % поранених, з них у 4,3 % ампутації були виконані за первинними показаннями а у 1,5 % – за вторинними, з приводу ускладнень. Нижні кінцівки були ампутовані у 74 % поранених, верхні – у 26 %, а у 3,5 % – дві і більше. Кульові поранення стали причинами бойової травми кінцівок у 10,4 % поранених, осколкові і мінно-вибухові – у 68,1 %, вибухова травма – у 21,5 %.

Лікування бойової травми кінцівок у ВМКЦ ЗР (III, IV і V рівні) полягало у наступному: