

Українські Медичні Вісті

Т. 14 • № 3–4 (92–93) • 2022 НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

Засновано 1918 р. як часопис Всеукраїнської спілки лікарів у Києві, відновлено 1997 р.



ЗАСНОВНИК

Всеукраїнське Лікарське Товариство
Часопис зареєстрований
у Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію:
КВ № 2652 від 16 квітня 1997 року

ISSN 2709-4456 (Print)
ISSN 2709-6432 (Online)
www.umv.com.ua

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Мусій Олег Степанович
(Київ, Україна)

ЗАВДУВАЧ РЕДАКЦІЇ

Нечаїв Станіслав Владиславович
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Базилевич Андрій Ярославович
(Львів, Україна)
Богомолец Ольга Вадимівна
(Київ, Україна)
Волосовець Олександр Петрович
(Київ, Україна)
Кехайов Андрей Веселинов
(Софія, Болгарія)
Князевич Василь Михайлович
(Київ, Україна)
Корпан Микола Миколайович
(Відень, Австрія)
Кравченко Володимир Григорович
(Полтава, Україна)
Крушинська Ніна Анатоліївна
(Київ, Україна)
Мазур Ірина Петрівна
(Київ, Україна)
Мойсєнко Валентина Олексіївна
(Київ, Україна)
Степаненко Віктор Іванович
(Київ, Україна)
Татарчук Тетяна Феофанівна
(Київ, Україна)
Толстанов Олександр Костянтинівич
(Київ, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Батрух Андрій
(Євер, Німеччина)
Величко Валентина Іванівна
(Одеса, Україна)
Вісвський Анатолій Миколайович
(Київ, Україна)
Гаврилюк Сергій Олегович
(Київ, Україна)
Карабасв Даніель Таїрович
(Київ, Україна)
Літвак Аким Ізраїлович
(Одеса, Україна)
Мушак Світлана Олександрівна
(Київ, Україна)
Найда Ігор Володимирович
(Київ, Україна)
Сорока Іван Миколайович
(Київ, Україна)
Яніна Антоніна Миколаївна
(Київ, Україна)

Адреса редакції

01033, Київ, вул. Л. Толстого, 7
Тел.: +38 (067) 447 32 21
е-пошта: abazylevych@ukr.net

Підписано до друку

20.10.2022 р. Формат 60×84 1/8.
Друк офсетний. Ум. друк. арк. 9,3.
Обл.-вид. арк. 7,9. Наклад 200 пр.

Видруковано

СПД ФОП Марусич М.М.
м. Львів, пл. Князя Я. Осмомисла, 5/11
тел./факс: (032)261-51-31
e-mail: interprint-m@ukr.net

Цілковите або часткове розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу.

© ВУЛТ, 2022

ЗМІСТ

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО УЧАСНИКАМ КОНГРЕСУ ПРЕЗИДЕНТА СФУЛТ	3
Проф. А. Базилевич	
МАТЕРІАЛИ XIX КОНГРЕСУ СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ (СФУЛТ) 27–29.10.2022, м. УЖГОРОД	4
УКРАЇНСЬКІ ЛІКАРСЬКІ ТОВАРИСТВА У СВІТІ: РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	4
ПРОФЕСІЙНА АВТОНОМІЯ, ЛІКАРСЬКЕ САМОВРЯДУВАННЯ	7
ЛІКАРСЬКА ЕТИКА ТА ПРОФЕСІЙНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ. ЛІЦЕНЗУВАННЯ, СЕРТИФІКАЦІЯ, АКРЕДИТАЦІЯ. БЕЗПЕРЕВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК І МЕДИЧНА ОСВІТА	7
ЗМІНИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	18
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я І СПРОМОЖНІСТЬ ДО ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ	18
РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ТА ВТОРИННОЇ ЛАНОК НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ УПРАВЛІННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	21
РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД: ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТАНИ (БОЙОВА, ПОБУТОВА ТРАВМА), АДАПТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ	26
НАУКОВІ ЗДОБУТКИ ТА СУЧАСНІ ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ	32
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ.....	32
ПЕДІАТРІЯ	56
КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ.....	57
ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ФТИЗІАТРІЯ.....	67
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ.....	73
НЕФРОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ.....	78
НЕВРОЛОГІЯ, НЕЙРОХІРУРГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ	80
ІМУНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ	88
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ.....	90
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, СНІД, ВІРУСОЛОГІЯ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ	93
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЯ	96
ПСИХОЛОГІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ, СЕКСОПАТОЛОГІЯ, НАРКОЛОГІЯ.....	97
ХІРУРГІЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГІЯ, ІМПЛАНТОЛОГІЯ, КОСМЕТОЛОГІЯ	100
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	109
ОНКОЛОГІЯ. ГЕМАТОЛОГІЯ	110
СТОМАТОЛОГІЯ, ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВА ХІРУРГІЯ.....	113
ФАРМАКОЛОГІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ, ТОКСИКОЛОГІЯ.....	122
СПОРТИВНА, ВІЙСЬКОВА, КОСМІЧНА МЕДИЦИНА	123
ГЕРОНТОЛОГІЯ, ПРОФПАТОЛОГІЯ.....	124
РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗІОТЕРАПІЯ ТА КУРОРТОЛОГІЯ	127
САНОЛОГІЯ, ГІГІЄНА, ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА	130
АНАТОМІЯ, ГІСТОЛОГІЯ, ФІЗІОЛОГІЯ, МІКРОБІОЛОГІЯ	136
СУДОВА МЕДИЦИНА, ПАТАНАТОМІЯ, ПАТОГІСТОЛОГІЯ.....	142
НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ	143
ГЕНЕТИКА, ДЕМОГРАФІЯ	144
УПРАВЛІННЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ОСВІТА	145
ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРСЬКЕ НАЗИВНИЦТВО (МЕДИЧНА ТЕРМІНОЛОГІЯ)	154
ІНШІ ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ.....	156
МАТЕРІАЛИ ІСТОРІКО-ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ ВУЛТ 30.06.2022, м. КИЇВ	162

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE ACUTE PERITONITIS TREATMENT

Grynchuk A., Grynchuk F. Jr.
Chernivtsi, Bukovinian state medical university

Acute peritonitis is one of the most pressing problems of surgery. Its mortality rate reaches 70 %.

The aim of the study was to increase the treatment effectiveness of acute peritonitis patients by a comprehensive analysis of its progression leading mechanisms and development of diagnostic and treatment measures.

A retrospective analysis of medical records of 169 patients, 79 had postoperative complications. The analysis of variance of clinical and laboratory parameters is performed. By the results, a two-stage prognostic scale was developed. This allows to apply measures to prevent complications at the stage of preoperative preparation. The final risk determination is performed taking into account the data of intraoperative audit and laboratory tests. Patients are divided according to risk groups.

The prognostic scale allowed to offer an algorithm that reflects the main stages of diagnostic and treatment measures. Its application allows to differentiate the required amount of measures at all stages of treatment on the basis of a reasonable selection of risk groups.

The application of the developed set of measures allows to prevent postoperative wound suppuration, to avoid intra-abdominal complications in diffuse peritonitis patients. In diffuse and general peritonitis patients by 9 % to reduce mortality, almost 19 % to reduce the incidence of residual intra-abdominal infiltrates, to reduce the length of stay of patients in the hospital by an average of 2.5 days.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ МІРІЩІ

Дутка Я. Р., Іванків Т. М.
м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Останнім часом зростає кількість ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), зокрема синдрому Міріщці (СМ), який представлений сформованою холецистохоледохеальною норицею і його частота становить 0,6–5 %. Хірургічна корекція СМ є складною внаслідок значних анатомо-топографічних змін, які створюють технічні труднощі при операціях. Також недостатньо обґрунтовано раціональні методи хірургічної корекції цієї хвороби.

Проаналізовано результати хірургічного лікування 68 хворих з СМ. Тривалість захворювання склала у середньому $(6,2 \pm 3,9)$ років. З інструментальних методів обстеження для підтвердження діагнозу застосовано ультразвукографію (УСГ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію (ЕРХПГ), магнітно-резонансну холангіопанкреатикографію (МРХПГ).

Першим етапом лікування у 45 (66,2 %) хворих виконано ендоскопічну папілотомію з ревізією і санацією жовчних проток, яку в 11 з них завершили біліарним стентуванням або назобіліарним дренажем.

У 61 (89,7 %) хворого проведено холецистектомію з відновленням прохідності жовчних проток відкритим методом. Операцію завершили зовнішнім дрениванням біліарного дерева у 46 (75,4 %) та гепатикохоледохеюностомією на виключеній за Roux петлі тонкої кишки або холедоходуоденостомією – у 15 (24,6 %) пацієнтів. У 7 (10,3 %) хворих холецистектомію із зовнішнім дрениванням гепатикохоледохеюностомією здійснено лапароскопічним методом.

Ускладнення після цих операцій виникло у 4 (5,9 %) хворих.

Висновки

1. У пацієнтів із СМ можливе виконання операцій лапароскопічним методом з добрими результатами.

2. При добрій прохідності папіли, ствердженій при інтраопераційній ревізії, показано зовнішнє дренивання гепатикохоледохеюностомією, при сумнівній або відсутній прохідності папіли – накладання білідигестивного анастомозу, перевагу слід віддавати гепатикохоледохеюностомії за Roux.

НЕПАРАЗИТАРНІ КІСТИ СЕЛЕЗІНКИ – ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ

Євстахевич І. Й.¹, Інденко Ф. П.¹, Євстахевич Ю. Л.¹, Семерак М. М.¹, Книш О. В.¹, Дяків Г. Л.¹, Семерак І. Я.²

¹м. Львів, ДУ «Інститут патології крові та трансфузійної медицини НАМН України»

²м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання № 2»

У 42 хворих з непаразитарними кістами селезінки виконано органозберігальні операції. Нагноєння кісти виявлено у 2 хворих. Відкритим способом прооперовано 16 хворих. У хворих проведено резекцію селезінки, в тому числі при нагноєних кістах, фенестрацію кісти здійснено у 5 хворих, а в одній хворій – енуклеацію кісти. У 26 хворих проведено лапароскопічну операцію фенестрації кісти.

При проведенні операції відкритим способом лиш в одній хворій виконано вимушену спленектомію, яку завершено автотрансплантацією селезінкової тканини за Roth. Основними етапами операції були: пункція і розкриття кісти з евакуацією вмісту, мобілізація селезінки, оцінка наявної непошкодженої селезінкової тканини, перев'язка судинної гілки до передбачуваної частини селезінки що резекується, виконання резекції, фіксація кукси. Нагноєння кісти не вважали протипоказанням до резекції. При фенестрації кісти судини не перев'язувались, залишкова здорова тканина становила 50–95 %, тоді як при резекції цього органа вдавалось зберегти від 10 % до 35 %. Операцією вибору при неускладнених непаразитарних кістах селезінки вважаємо лапароскопічний спосіб фенестрації кісти за принципом створення «перитонеального вікна», достатнього для повного дренивання її порожнини. Післяопераційні ускладнення виникли у 2 хворих, оперованих відкритим способом, які перенесли резекцію селезінки. У двох хворих після лапароскопічної фенестрації кісти селезінки наступив рецидив кіст через 0,6–1 рік, що обумовило повторну відкриту операцію. Летальних випадків при цих операціях не було.

Сучасним хірургічним лікуванням непаразитарних кіст селезінки є фенестрація, оскільки є доволі простою органозберігальною операцією.

ЕФЕКТИВНІСТЬ АПЛІКАЦІЙНОГО СОРБЕНТУ НОВОГО ПОКОЛІННЯ

Кароль І. В.^{1,2}, Біляєва О. О.¹

¹м. Київ, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

²м. Бровари, Броварська багатoproфільна клінічна лікарня

Вступ. Однією з найскладніших проблем абдомінальної хірургії є перитоніт. Тяжким ускладненнями при перитоніті є нагноєння післяопераційних ран, яке, за даними різних авторів, при розлитому і загальному перитоніті зустрічається в 11–72 % випадків. Ці ускладнення подовжують термін перебування пацієнтів у стаціонарі, збільшують тривалість непрацездатності, вартість лікування і погіршують його результати. Тому важливо їм запобігти, для чого ми застосували розроблений аплікаційний сорбент «Орнідасил» на основі високодисперсного пірогенного кремнезему – аеросилу з іммобілізованим на ньому орнідазолом. Аеросил має високу здатність до адсорбції рідини, чим зменшує набряк тканин. Внаслідок цього покращується мікроциркуляція і зменшується гіпоксія тканин. Орнідазол має здатність активно пригнічувати аеробні та анаеробні мікроорганізми, що дуже важливо для лікування хірургічної інфекції.

Метою дослідження було вивчити ефективність аплікаційного сорбенту нового покоління в профілактиці післяопераційних ранових ускладнень.

Матеріали і методи. Ми вивчили ефективність аплікаційного сорбенту «Орнідасил» в клініці для профілактики нагноєння післяопераційних ран у пацієнтів з перитонітом в токсичній і термінальній стадіях. Сорбент наносили на рану до розкриття черевної порожнини, тонким шаром на підшкірну жирову клітковину. В кінці операції сорбент видаляли стерильним фізіологічним розчином. У дослідження увійшло 43 пацієнти, які проходили лікування в хірургічному відділенні Броварської багатoproфільної клінічної лікарні у 2021 році. Основну групу склали 24 пацієнти, в яких для профілактики нагноєння післяопераційних ран використовували поліуретановий ранопротектор зі змінною висотою в поєднанні з аплікаційним сорбентом «Орнідасил». До групи порівняння увійшло 19 хворих, в яких застосовували поліуретановий ранопротектор без аплікаційного сорбенту. Групи були зіставні за віком, статтю, розповсюдженістю і характером перитоніту.