

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених

та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)
Харків, 2016. – 518 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

высокое качество жизни пациенток и снижается количество послеоперационных осложнений.

Трегуб Е.С., Фундовная О.В.
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ
ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра хирургии №2

Научный руководитель Свирепо П.В.

Актуальность. Перфоративная гастродуоденальная язва (ПГДЯ) является угрожающим жизни осложнением, которое развивается у 10-15% больных язвенной болезнью (Васильев Ю.В., 2003; Замятин В.А., 2006; Nasir H., 2003). В настоящее время в ургентной абдоминальной хирургии широко применяются лапароскопические технологии, в том числе ушивание перфоративных язв. По данным А.С. Ермолова и соавторов (2010), лапароскопическое ушивание ПГДЯ возможно выполнить в 50-70% случаев.

Цель исследования. Изучение результатов лапароскопического ушивания ПГДЯ.

Материалы и методы. Нами изучен опыт применения лапароскопического ушивания ПГДЯ в клинике за период 2009-2015 гг. у 76 больных в возрасте от 19 до 72 лет. Средний возраст составил 38,3±5,6 лет. Мужчин - 66 (86,8%), женщин - 10 (13,1%). Средний срок от момента перфорации до поступления в стационар составил 5,7±2,5 часа. По распространённости наблюдали перитонит: местный - у 49 (64,4%) пациентов, распространённый - у 27 (35,5%); по характеру экссудата: серозный - у 53 (69%) больных, гнойный - у 16 (22%), фибринозно-гнойный - у 3 (4%). Всем больным до операции применяли классические методы обследования, согласно Приказа МОЗ Украины № 297 от 02.04.2010 г. Показанием к лапароскопическому ушиванию считали: перфорация острой язвы, размер перфорации до 10 мм при отсутствии других осложнений язвы. Ушивание перфоративного отверстия осуществлялось отдельными швами с использованием монофиламентной нити на атравматической игле. Прядь большого сальника подшивали поверх наложенных швов. Операция завершалась промыванием брюшной полости раствором декасана и дренированием трубочным дренажом, в зависимости от распространённости перитонита. Продолжительность лапароскопического ушивания в среднем составила 93,5 мин.

После операции все больные получали современные антисекреторные и антихеликобактериальные препараты, антибиотики широкого спектра действия. Все пациенты находились в общей палате, болевой синдром был невыраженным и наркотических анальгетиков не требовалось. У всех больных отмечена ранняя физическая активность (2 сутки) и восстановление перистальтики (2 сутки). Пероральное питание начинали после 3-х суток. Летальных исходов не было. Ранние послеоперационные осложнения наблюдали у 3 (3,9%) пациентов, из них пневмония - у 2 (2,6%), поддиафрагмальный абсцесс - 1 (1,3%), который был ликвидирован пункционно-дренирующим способом под контролем УЗИ. Среднее время пребывания в стационаре составило 8,5 к/д. Все больные после выписки продолжали противоязвенное лечение. В отдалённые сроки от 1 до 3 лет обследовано 42 (55,2%) пациента.

По шкале Visick отличные и хорошие результаты были получены у 31 (73,8%), удовлетворительные (эрозивный гастрит, дуодениты) - 10 (23,8%), плохие (рецидив язвенной болезни) - 1 (2,4%).

Выводы:

1. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ является эффективным и безопасным способом лечения, который позволяет полноценно провести ревизию брюшной полости и адекватно её санировать.

2. Лапароскопическое ушивание ПГДЯ с последующей современной противоязвенной терапией позволяет улучшить качество жизни пациента и приводит к выздоровлению в 97,6% случаев.

Трофимов М.А.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургии №2

Харьковский национальный медицинский университет,

Харьков, Украина

Научный руководитель: Свирепю П.В.

Бактериальные абсцессы печени (БАП) составляют 0,16% заболеваний хирургического профиля, которые нуждаются в хирургическом лечении (О.Д.Шаталов, 2006). Традиционные открытые методы лечения БАП приводят к послеоперационным осложнениям и высокой послеоперационной летальности от 17% до 55% (Д.М.Адамович, 2012).

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения БАП.

За период 2005-2015г. в клинике находилось на лечении 64 пациента БАП. Из них мужчин- 34(53%), женщин- 30(47%). Средний возраст составил $47,5 \pm 2$ года. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа- пациенты, оперированные общепринятым открытым хирургическим доступом с использованием метода Кохера и срединной лапаротомии- 25(39%). Вторая группа- 39(61%) пациентов, которым выполнялись малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ- 25(39%) и с применением лапароскопических методов – 14(21,8%).

Во всех группах проводился стандартный комплекс клинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, УЗИ и СКТ методов исследования. Во всех случаях оценивали размеры абсцессов, локализацию по сегментам печени, их количество и взаиморасположение с трубчатыми структурами печени.

Этиологическими причинами БАП явились: последствия травмы печени (закрытая и открытая)- 11(17%), холангиогенные абсцессы в результате холедохолитиаза и опухоли желчных протоков и внепечёночных желчных протоков- 8(12,5%), постнекротические абсцессы после эндоваскулярной эмболизации гемангиомы печени-2(3%), пиогенные абсцессы- 43(67,5%). Одиночный абсцесс диагностирован у 23(36%), множественный- у 41(64%). Абсцессы располагались в 3(4,7%) случаях в обеих долях. В 61(95,3%)- абсцессы находили только в одной доле(95,3%). Размеры БАП от 1 до 5 см верифицированы у 21(33%) пациента, от 5 до 10см у 36(56,25%), от 10см и более у 7(10,75%).

В первой группе после лапаротомии производили ревизию брюшной полости, забрюшинного пространства, выполняли вскрытие и дренирование абсцесса двупросветным дренажом- 8(32%). Анатомическая и атипичная резекция печени была