

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ "ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ"

MINISTRY OF HEALTH OF UKRAINE
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL STATE
MEDICAL UNIVERSITY

XXIII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 23d INTERNATIONAL
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



15-17 КВІТНЯ 2019
APRIL 15-17, 2019

ТЕРНОПІЛЬ
УКРМЕДКНИГА

що зумовлена безпосередньо лікарською діяльністю. Сучасні досягнення в галузі ендouroлогії сприяли розвитку нових малоінвазивних методів лікування, в тому числі і при звуженнях сечівника різного генезу.

Мета: провести аналіз результатів внутрішньооптичної уретротомії у хворих зі стриктурою уретри.

Матеріали дослідження: було досліджено 54 чоловіків віком від 37 до 56 років, зі стриктурами, протяжністю від 3 до 12 мм, що проліковані внутрішньооптичною уретротомією.

Результати дослідження: терміни спостереження пацієнтів після оперативного лікування варіювали від 4 до 24 міс. Рецидив стриктури сечівника після внутрішньооптичної уретротомії, у пацієнтів з протяжністю стриктури до 5 мм виник у 7,8% пацієнтів. У пацієнтів з протяжністю 5-10 мм - у 47% пацієнтів. У пацієнтів з протяжністю 10 мм і більше рецидив виник у 86% хворих. Протяжність стриктури, після рецидиву, збільшувалася до 6 мм. Основними факторами ризику рецидиву стриктури сечівника визначені: локалізація стриктури сечівника в пенальному і бульбомембранозному відділах, протяжність стриктури сечівника більше 1 см, важкий ступінь звуження сечівника і виконання операції більш двох разів.

Висновок: аналіз найближчих і віддалених результатів внутрішньої оптичної уретротомії показує, що даний метод при звуженні сечівника різного генезу є малотравматичним, економічно обґрунтованим та високоефективним при лікуванні звужень сечівника невеликої (до 10 мм) протяжності і може служити альтернативою відкритим оперативним втручанням.

Лещук Ірина, Долгов Владислав, Меженська Катерина, Попенко Сергій, Галушка Олександра

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ТРАВМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ

Кафедра хірургії №2

Наукові керівники: д-р мед. наук, проф. С.М. Тесленко,

д-р мед. наук, проф. Н.М. Гончарова

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. Травма підшлункової залози (ПЗ) зустрічається менш ніж у 10% пацієнтів з травмою живота (ТЖ), все ж проблеми її діагностики та лікування зумовлюють складність ведення таких хворих та летальність приблизно 50%.

Мета дослідження – поліпшення результатів діагностики та лікування уражень ПЗ.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати лікування 64 хворих з травмою ПЗ. Чоловіків – 39 (60,9%), жінок – 25 (39,1%). Середній вік – 37,5 років. Ізольовані ураження ПЗ спостерігались у – 22 (34,4%), ушкодження ПЗ та інших органів черевної порожнини (ЧП) – 20 (31,3%), в поєднанні з травмами інших органів – 22 (31,3%) хворих. Усім проведено стандартні лабораторні дослідження, визначення об'єму крововтрати,

активність амілази крові та сечі, рідини з ЧП, рентгенологічне дослідження, УЗД, КТ. Лапароскопія – за показаннями.

Результати дослідження. При госпіталізації визначався біль (у 100%), для хворих з ізольованим ураженням ПЗ – переважно оперізуючий, зі «світлим проміжком». Визначався м'язовий дефанс у 51,6% хворих. Підвищення рівня амілази свідчило про гострий панкреатит. Найбільшу діагностичну цінність серед методів має УЗД (90%), менш доступна – КТ, найінформативніша – лапароскопія. Тактика лікування визначалась характером, об'ємом ураження ПЗ та станом пацієнта. Проводили лапаротомію, ревізію ЧП. 20 (31,3%) хворим провели ушивання рани ПЗ вузловими швами та фіксацією чепцем, 23 (35,9%) – резекцію ураженої тканини ПЗ та ушивання кукси протоки за Шалімовим у поєднанні із спленектомією, 10 (15,6%) – тампонаду рани ПЗ чепцем та дренування чепцевої сумки. Летальність: від профузної кровотечі – 1,56%, від гнійно-септичних ускладнень у післяопераційний період – 3,1%.

Висновки. Методи лабораторної та інструментальної діагностики, на фоні варіативності клінічних проявів, приєднання симптомів шоку, поліганних уражень, при ТЖ, є провідними для верифікації діагнозу травми ПЗ, уточнення масштабності травми, що необхідно для вибору оптимальної хірургічної тактики.

Лесна Аліна

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЇ ХВОРОБИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. В.В. Лесний

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність. При ускладнених формах дивертикулярної хвороби товстої кишки (ДХТК) частота розвитку внутрішньочеревного абсцесу, перитоніту становить 3,5-4 випадків на 100 тисяч осіб на рік, товстокишкові кровотечі розвиваються у 15% пацієнтів старше 65 років. Протягом 1 року від ускладнень ДХТК помирають 9,8% хворих [Humes D.J., 2015].

Мета. Проаналізувати сучасну хірургічну тактику лікування ДХТК.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 12 хворих госпіталізованих в ургентному порядку зі скаргами на біль у лівій здухвинній ділянці, закреп, фебрильну температуру тіла. За даними методів візуалізації виявлено: при ультразвуковому дослідженні потовщення стінки сигмовидної кишки (СК) понад 5 мм, у 8 (66,7%) пацієнтів - ультразвуковий симптом «мішені», у 7 (58,3%) пацієнтів - наявність лінійних рідинних скупчень по лівому фланку, за даними ургентної колоноскопії: у всіх хворих - множинні дивертикули СК без ознак стенозу просвіту.

Результати дослідження. У 3 (25%) пацієнтів