

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

діагностовано параколярний абсцес ІВ-II тип Hinchey E.J. проведено дренування абсцесу за допомогою дренажів типу «Pigtail» 9 Fr з аспіраційно-іригаційною системою. У 7 (58,3%) пацієнтів з гнійним перитонітом III тип по Hinchey E.J. виконана лапароскопічна санація черевної порожнини, дренування малого таза, девульсія ануса за Суботіним. У 2 (16,7%) пацієнтів з фекальним перитонітом IV тип по Hinchey E.J. проведена операція Гартмана з накладанням вакуум-асистованої лапаростомії.

**Висновок.** При диференційному підході лікування ускладнень ДХТК на підставі класифікації Hinchey (2013) та при застосуванні на першому етапі мініінвазивних методик, виникає можливість резекції ураженої ділянки товстої кишки з первинним анастомозом на другому етапі.

*Мальованна Анна*

### СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. В.В. Лесний  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Післяопераційна спайкова хвороба є причиною 60% випадків тонкокишкової непрохідності. 20-30% таких пацієнтів потребують оперативного лікування. Терміни госпіталізації та кошти, витрачені на пацієнта при оперативному веденні, значно перевищують такі при консервативному лікуванні.

**Мета.** Вивчити сучасну тактику лікування гострої спайкової тонкокишкової непрохідності (ГСКН) на підставі Болонських рекомендацій World Society of Emergency Surgery (2017) (БР).

**Матеріали та методи.** Аналіз результатів лікування 38 хворих, госпіталізованих в ургентному порядку в хірургічне відділення. Діагноз ГСКН був виставлений на підставі клінічних проявів, даних об'єктивного та інструментальних обстежень. Чоловіків було 24 (63,2%), жінок - 14 (36,8%). Середній вік - 46,5±2,4 років. Всі пацієнти за 6 місяців-21 рік до госпіталізації перенесли оперативні втручання: 1 операція в анамнезі - 28 (73,7%) хворих, 2 - 6 (15,8%), ≥3 - 4 (10,5%). Характеристика первинних оперативних втручань: відкрита апендектомія - 18 (47,4%), травматичні пошкодження органів черевної порожнини - 8 (21,1%), гінекологічні операції - 7 (18,4%), ушивання перфоративної виразки гастродуоденальної зони - 5 (13,2%).

**Результати.** Згідно з БР при відсутності ознак перитоніту, клініки странгуляційної кишкової непрохідності проводилося консервативне лікування (перидуральна блокада спинного мозку, назогастральна декомпресія, інфузійна терапія сольовими розчинами, виконання проби Шварца з водорозчинним контрастом). У 20 (52,6%) хворих на тлі проведеного лікування явища ГСКН регресували. У 18 (47,4%), у зв'язку з неефективністю консервативної терапії, виконані оперативні втручання.

Лапароскопічний адгезіолізис проведений 4 (10,5%) пацієнтам. Перитоніальний індекс адгезії (ПІА) склав: ≤9 балів - 2 (5,3%), 10-18 - 7 (18,4%), >18 - 9 (23,7%). Класифікація виявлених спайок [Zuhlke H.V., 1990]: 1 тип спайок - 6 (15,8%), 2 тип - 8 (21%), 3 тип - 10 (26,3%), 4 тип - 9 (26,7%).

**Висновок.** Консервативне ведення призводить до регресу явищ ГСКН у більшості хворих. Пацієнти, що потребували оперативного втручання, мали здебільшого високий ПІА і 3-4 тип спайок.

*Марчук І., Бабін І.*

### ОЦІНКА ДОЦІЛЬНОСТІ ОДНО І ДВОХЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ З ХОЛЕЦИСТОЛІТІАЗОМ

Науковий керівник: М.М. Галей

Волинська обласна клінічна лікарня

Луцьк, Україна

**Актуальність.** Жовчекам'яна хвороба (ЖКХ) вражає до 30% дорослих у різних частинах світу. Статистика свідчить, що до 20% хворих у США мають вже діагностовану ЖКХ, ще 1-3% діагностують нові випадки щорічно, до 500 000 хворих отримують ускладнення ЖКХ, що стає причиною до 10 000 смертей, з яких до 7 000 це прямі ускладнення гострого холециститу і холедохолітазу, такі як гострий панкреатит. До 30% з цих смертей через ускладнення хронічної жовчекам'яної хвороби, як рак жовчевого міхура чи загальної жовчевої протоки. В Європі епідеміологія подібна, з щорічною ранньою діагностикою 1.39 хворих на 100 000 обстежених. Жінки хворіють в 3 рази частіше. Після 55 років до 68.6% жінок і до 22.4% чоловіків мають конкременти жовчевого міхура. Часто ЖКХ комбінована з іншою хірургічною патологією (до 22% хворих на ЖКХ). У 74% випадків ця патологія в межах черевної порожнини, 10-15% з них страждають на холедохолітаз у поєднанні із холецистолітазом. Малоінвазивні методи, сучасні техніки і протоколи ERAS роблять хірургічне операційне лікування не лише безпечним і легким для хворого, а й пріоритетним, над консервативною курацією пацієнта.

**Матеріали і методи.** Для порівняння використано статистику нароблену в умовах ВІМДЛ ВОКЛ, а саме 118 випадків поєднання калькульозного холециститу з холедохолітазом та механічною жовтяницею, яким виконувались одноетапне лікування ЖКХ. Одноетапний метод - лікування шляхом операції, при якій виконується лапароскопічно холедохолітотомія, інтраопераційна холангіографія, лапароскопічна холецистектомія симультанно, з попередньою діагностикою і МРХПГ. Тривалість стаціонарного етапу такого лікування, включаючи 1 день на діагностику, складає 4 дні, після чого хворий не потребує перебування у стаціонарі.

На етапі операційного лікування ми використовували косу оптику 30°, для встановлення портів місце введення та співвідношення між ними ми розраховували за формою розробленою у ВІМДЛ ВОКЛ.