

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

діагностовано параколярний абсцес ІВ-ІІ тип Hinchey E.J. проведено дренажування абсцесу за допомогою дренажів типу «Pigtail» 9 Fr з аспіраційно-іригаційною системою. У 7 (58,3%) пацієнтів з гнійним перитонітом ІІІ тип по Hinchey E.J. виконана лапароскопічна санація черевної порожнини, дренажування малого таза, девульсія ануса за Суботінім. У 2 (16,7%) пацієнтів з фекальним перитонітом ІV 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.