

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**  
**Студентське наукове товариство**  
**Товариство молодих вчених**

**МАТЕРІАЛИ**  
**XIV Міжнародної наукової конференції**  
**студентів та молодих вчених**  
**«Перший крок в науку—2017»**

**26–28 квітня 2017 року**  
**м. Вінниця, Україна**

УДК: 005.745:001"2017"

Друкується відповідно до рішення Вченої Ради Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

**Головний редактор** – академік Національної академії медичних наук України,  
проф. В.М. Мороз

**Заступник головного редактора** – проф. О.В. Власенко  
проф. Н.І. Волощук

**Відповідальні секретарі** – Т.В. Секрет,  
Н.А. Вербя

**Члени редакційної колегії:** Т.Ю. Повshedна, О.О. Токарчук, О.О. Білик,  
В.Ю. Дорожинська, Ю.О. Василець, Ю.В. Гуцуляк  
К.С. Волков, О.С. Лемешов, А.М. Паньків, Л.А. Тереховська Т.М. Шандро, А.В. Ваколюк,  
М.М. Гурін, В.О. Пашинський, А.П. Гунько, Т.Л. Домбровська

*У збірнику розміщені матеріали XIII Міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Перший крок в науку – 2017»*

***За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори***

Підписано до друку 18.04.2017  
Формат 64x90/8. Папір офсетний.  
Друк різнографічний. Гарнітура Times New Roman.  
Умов. друк. арк. 73,0. Обл.-вид. арк. 67,89.  
Наклад 170 прим. Зам. № 2327/1.

Віддруковано з оригіналів замовника.  
ФОП Корзун Д.Ю.  
21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.  
Тел.: (0432) 603-000, 69-67-69.

А.В. Кищенко, А.П. Майструк, О.В. Горовий  
**ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОРАЛОПОДІБНИЙ НЕФРОЛІТІАЗ**

В.І. Горовий (к.м.н., доц.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Незважаючи на впровадження в провідних урологічних клініках України дистанційної літотрипсії та черезшкірної нефролітотрипсії альтернативним методом лікування коралоподібного нефролітазу (КН) залишається відкрите хірургічне втручання (пієлолітотомія, нефролітотомія, анатрофічна нефролітотомія).

**Мета:** Оцінити результати відкритого хірургічного лікування КН.

**Матеріали та методи:** За останні 10 років (2007-2016 рр.) в урологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні відкрите хірургічне лікування з приводу КН виконано 84 хворим: 59 (70,2%) жінкам та 25 (29,8%) чоловікам. За віком хворі розподілились таким чином: до 30 років – 2 пацієнти; 30-39 років – 13; 40-49 років – 24; 50-59 років – 22; 60-69 років – 20; більше 70 років – 3. Односторонній КН був у 75 (89,3%) хворих, двобічний – 9 (10,7%), рецидивний – у 18 (21,4%) пацієнтів. Стадію КН визначали за Н.И. Паливода (1973): I стадія виявлена у 9 (10,7% хворих), II стадія – у 50 (59,5%), III стадія – у 25 (29,8%). Фрагментований КН відмічено у 38 (45,2%) хворих. Органозберігаючі операції виконані у 49 (58,3%) хворих, нефректомія – 35 (41,7%). Характер органозберігаючих операцій залежав від функціонального стану нирки, типу будови миски, наявності фрагментів у чашечках, гідрокалікозу, ступеня витончення паренхіми нирки та інших факторів. Хворим виконано наступні хірургічні втручання: пієлолітотомія у 20 (40,8%) хворих, піелонефролітотомія – 14 (28,6%), парціальна нефролітотомія – 5 (10,2%), анатрофічна нефролітотомія – 9 (18,4%), резекція нижнього полюса нирки та видалення каменя – 1 (2,0%).

**Результати:** Інтраопераційні ускладнення відмічені у 13 (15,5%) хворих: кровотеча із нирки – 6 (7,1%) пацієнтів, ушкодження плеври – 4 (4,8%), пошкодження мисково-сечовідного сегмента – 3 (3,6%). Після хірургічних втручань з приводу КН померло 3 (3,6%) хворих. Причинами смерті були уросепсис та гнійна інтоксикація у 2 хворих, тромбоемболія легеневої артерії – у 1 хворого. Віддалені результати лікування КН вивчали шляхом повторного обстеження хворих в стаціонарних та амбулаторних умовах. Справжній та хибний рецидив каменів нирок виявили у 20 (40,8%) хворих, їм проводили дистанційну літотрипсію, повторне хірургічне втручання, контактну уретеролітотрипсію та літолітичну терапію.

**Висновки:** Хворим із КН показано раннє хірургічне втручання. Ускладнення хірургічного лікування КН свідчать про важкість патологічного процесу в нирках і вимагають високої кваліфікації хірурга. Для видалення коралоподібного каменя нирки необхідне застосування різноманітних втручань: від пієлолітотомії до анатрофічної нефролітотомії. При коралоподібних каменях II стадії та внутрішньонирковій мисці найбільші можливості для видалення конкременту забезпечує анатрофічна нефролітотомія. У разі рецидиву каменя нирки необхідно застосовувати сучасні малоінвазивні методи дезінтеграції конкремента.

К.А. Ковалёва  
**ЛЕЧЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ МАЛОИНВАЗИВНЫМИ  
ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ**

Кафедра хирургии №2  
П.В. Свирепо (к. мед. н., асс.)  
Харьковский национальный медицинский университет  
г. Харьков, Украина

**Актуальность:** С внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) и спиральной компьютерной томографии (СКТ) значительно увеличилось количество выявляемости больных с паразитарными кистами печени. Современные малоинвазивные методы хирургического лечения кист печени во всем мире получают все большее распространение.

**Цель:** Оценить результаты хирургического лечения одиночных эхинококковых кист печени (ЭКП) малоинвазивными методами.

**Материалы и методы:** С 2002 по 2016 года под наблюдением в клинике находилось 32 пациента с солитарными ЭКП. У всех больных был диагностирован первичный эхинококкоз. Размеры эхинококковых кист не превышали 100 мм в диаметре. Возраст больных варьировал от 28 до 72 лет. Среди них мужчин – 11 (34,4%) и женщин – 21 (65,6%). При этом правая доля печени была поражена в 20 (62,5%) случаях наблюдения, а левая – в 12 (37,5%). Сопутствующих поражений других органов эхинококком выявлено не было. Всем пациентам проводился комплекс клинических и инструментальных исследований, включающий общепринятые анализы крови, серологические реакции, рентгенографию грудной клетки, УЗИ и СКТ с болюсным контрастным усилением. Все больные были оперированы после консультации врача-инфекциониста и проведения антипаразитарной терапии.

**Результаты:** Анализ результатов хирургического лечения показал, что 24 (75%) пациентам была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия с удалением фиброзной капсулы. При этом атипичная (клиновидная)

резекция печени выполнена у 9 (37,5%) пациентов с периферическим расположением ЭКП. У 7 (29,2%) пациентов удалось выполнить эхинококкэктомия с фиброзной капсулой без вскрытия просвета. Послеоперационных осложнений не отмечено.

Пункционные методы лечения применены у 8 (25%) пациентов с нагноившимися ЭКП. Из них у 6 (75%) больных диагностировано интрапеченочное расположение ЭКП диаметром до 3 см. Методика заключалась в тонкоигольной пункции кисты с аспирацией содержимого и обработкой полости хитиновой оболочки гипертоническим раствором поваренной соли (20-30%). У 2 (25%) пациентов выполнена чрезкожная пункция и дренирование ЭКП диаметром до 6 см в связи с наличием тяжелой соматической патологии и соответственно высоким операционным риском.

**Выводы:** 1. Лапароскопическая эхинококкэктомия является эффективным методом лечения в случае удаления фиброзной капсулы. 2. Применение пункционных методов лечения возможно у больных с высоким операционным риском, отказом больного от оперативного вмешательства. 3. Выбор способа хирургического лечения неосложненной эхинококковой кисты печени зависит от локализации кисты, степени операционного риска.

О.С. Ковальчук, М.І. Васенко  
**ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРФОРАТИВНИМИ  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ**

Кафедра хірургії № 2

Т.В. Форманчук ( доц., к.мед.н.), О.В.Гончаренко ( доц., к.мед.н.)  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
М. Вінниця, Україна

**Актуальність:** Кількість хворих з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) щороку збільшується. Кожна година затримки з моменту госпіталізації до оперативного лікування зменшує на 2-4% показник виживання хворих з перфоративною гастродуоденальною виразкою (BuckDL, 2013). Відповідно, це вимагає ретельного вивчення питання та пошуку ефективних методів діагностики й лікування хворих із зазначеною патологією.

**Мета:** Проаналізувати результати хірургічного лікування хворих з виразковою хворобою шлунка і ДПК, ускладненою перфорацією.

**Матеріали і методи:** Було проаналізовано результати лікування 253 пацієнтів з перфоративною гастродуоденальною виразкою, які з 2010 по 2016 рік перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії та ендоскопії лікарні швидкої медичної допомоги м. Вінниці. При госпіталізації пацієнтам виконували загально клінічні обстеження: розгорнутий аналіз крові біохімічний аналіз крові. Діагностичний алгоритм включав рентгенографію органів черевної та грудної порожнин, ЕКГ, УЗД органів черевної порожнини, абдоміоцентез, ФГДС, діагностичну лапароскопію. Інтраопераційно виконували забір матеріалу для мікробіологічного дослідження ексудату черевної порожнини. Статистична обробка результатів проводилася за стандартними методами варіаційної статистики з використанням пакетів комп'ютерних програм.

**Результати:** В перші 6 годин від початку ускладнення було госпіталізовано 169 (76%) хворих, 6-12 годин - 36(14%), 12 - 24 годин - 27 (11%), більше 24 годин - 21(8%). Виразки шлунку склали 124 (49%) випадки, дванадцятипалої кишки 129 (51%) випадків відповідно. У 217 (87%) випадках діагноз був поставлений у приймальному відділенні, у 24 (9%) випадках - повторне обстеження, у 15 (6%) - виконано лапароцентез. 167 (66%) хворих оперовані у перші 6 годин, 35 (14%) - від 6 до 12 годин, 23 (9%) - від 12 - 24 годин, 28 (11%) - більше 24 годин.

У 245 (97%) пацієнтів виконували серединну лапаротомію, 8 (3%) - лапароскопічне ушивання. У 154 (61%) хворих виявлений поширений перитоніт, 78 (31%) - місцевий необмежений, 21 (8%) - місцевий обмежений. По характеру оперативних втручань 121 хворому (48%) було виконане ушивання перфоративного отвору, 112 хворим (44%) виконане висічення виразки за Джаду-Хорслі з пілоропластиком по Гейнеке-Мікулічу, 13 хворим (5%) виконана первинна резекція шлунку за Більрот II. У 7 хворих (3%) при високій кардіальній виразці було виконано драбинчасту резекцію шлунку.

Ріст мікрофлори у ексудаті виявлений у 119 (47%) випадках. Аналіз бактеріологічного дослідження ексудату черевної порожнини показав, що до 6 годин ріст патогенної мікрофлори виявлено у 78 (46%) хворих, до 12 годин - у 22 (61%), до 24 годин - у 21 (78%) і більше 24 годин - у 21 (100%). Неспроможність кишкових швів - у 4 (1,5%) хворих. Летальність - 29 (11,5%) випадків.

**Висновки:** Термін від моменту перфорації до початку оперативного втручання не може бути єдиним критерієм у виборі методу оперативного втручання. Обсяг і вид оперативного втручання залежали у кожному конкретному випадку від локалізації виразки і стадії перитоніту. Госпіталізація пацієнтів до стаціонару після 24 годин від початку захворювання призвела до 100% летальності, що було спричинене розвитком розлитого перитоніту і виникненням на його фоні синдрому поліорганної недостатності.