

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



ЗБІРНИК ТЕЗ

**міжвузівської конференції молодих вчених та
студентів**

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків – 16-17 січня 2017 р.)

Харків - 2017

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)
Харків, 2017. – 600 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

Затверджено Вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

более раннему восстановлению перистальтики, восстановлению функции ЖКТ и уменьшению продолжительности пребывания в стационаре с $9\pm 0,5$ до $7,5\pm 0,5$ сут. 2. Лечение ОСНК с интраоперационным с применением раствора «Дефенсаль» формирует адекватный иммунный ответ пациента в послеоперационном периоде и может уменьшить риск развития спаечной болезни в будущем.

Дроздова А.Г., Гончаров А.С., Рассолова О.С.
ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ІЗ ТРАВМОЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Харківський національний медичний університет,
кафедра хірургії № 2

Науковий керівник: проф. Тесленко С.М.

За даними ВООЗ частота травми підшлункової залози (ТПЗ) складає 1-3% при закритих та 6-8% при відкритих травмах черевної порожнини. Слід відмітити, що ТПЗ мають тенденцію до зростання у воєнний час, так як при мінно-розривних та вогнепальних пораненнях ризик ТПЗ, як і інших органів черевної порожнини (ОЧП) та заочеревинного простору (ЗП), значно зростає. Так, відмічається підвищення частоти ТПЗ в Україні протягом останніх двох років. За даними сучасних авторів, ТПЗ супроводжуються важкими ускладненнями у 36,8-75,5% випадків, що стимулюють медіатори запалення та призводять до наслідків – гострого посттравматичного панкреатиту (ГПП) та синдрому поліорганної дисфункції (СПД), що розвиваються у 15,5-29,0 % постраждалих.

Проаналізовані результати оперативного лікування 226 постраждалих із ТПЗ з 1986 по 2016 рр., з яких чоловіків було 162 (71,55%), жінок – 64 (28,45%). Аналіз клінічного матеріалу проводили відповідно до вдосконаленої класифікації Pancreas Injury Scale, запропонованою Moore E.E. et al. у 1990 році.

Постраждалих із ТПЗ I ст. було 126 (55,8%), II ст. – 38 (16,8%), III ст. – 34 (15,1%), IV ст. – 28 (12,3%). Травми локалізувались: у тілі ПЗ – у 101 хворого (44,7%), хвості – у 41 (18,1%), голівці – у 33 (14,4%), перешийку – у 11 (4,9%). Поліфокальне ушкодження ПЗ мало місце у 40 (17,7%) постраждалих. Усі пацієнти були обстежені.

Закриті та проникаючі ТПЗ виявляли при ревізії черевної порожнини із обов'язковим розкриттям чепцевої сумки (ЧС) та ревізією органа і ЗП. При I ступені тяжкості травми та стабільному стані хворого операція доповнювалась різноманітними варіантами гемостазу та дрениванням ЧС, а при виконанні у більш віддалений термін – дрениванням парапанкреатичної клітковини (129). У частини постраждалих використовувалась тактика «Damage Control Surgery» («DCS») (5). Питання про вибір способу хірургічного лікування постраждалих із II ступенем тяжкості ТПЗ вирішувалось у кожному конкретному випадку індивідуально та залежало від характеру травми та важкості стану хворого на момент операції, використовувались дрениуючі (17) та резекційні (14) оперативні втручання із

проточним дренаванням ЧС та дренаванням черевної порожнини. При III ступені тяжкості постраждалим із закритою та проникаючою (лише група порівняння) ТПЗ були виконані лапаротомія, ушивання голівки ПЗ, тампонада та крізне дренавання ЧС із формуванням оментобурсостоми (ОБС) (15), панкреатодуоденальна резекція – лише у 1 постраждалого. В основній групі постраждалих із проникаючою ТПЗ ці операції не виконувались, проте хворим були виконані лапаротомія, гемостаз, тампонада та крізне дренавання ЧС із ОБС за власною методикою (патент України № 43919) (6). Лапаротомія, ушивання ДПК, холецистостомія, крізне дренавання ЧС виконувались постраждалим із IV ступенем тяжкості при закритих (9) та проникаючих (13) ТПЗ у сполученні із значними ушкодженнями як голівки ПЗ, так і суміжних структур. Тактика «DCS» була використана у 5 хворих із IV ступенем тяжкості при проникаючих ТПЗ.

У оперованих хворих виникли такі ускладнення: інфікований панкреонекроз, панкреатичний абсцес, інфікована псевдокіста ПЗ, внутрішньочеревний абсцес, спайкова непрохідність кишківника, розповсюджений післяопераційний перитоніт, арозивна кровотеча.

Таким чином, ПТП розвивається при будь-якій ТПЗ, причому розповсюдженість і важкість панкреонекрозу не мають прямої залежності від травмуючого фактору. Застосування розробленого алгоритму діагностичної та лікувальної тактики при ТПЗ дозволило мінімізувати післяопераційні ускладнення, підвищити ефективність хірургічної корекції та знизити летальність.

Євтушенко Д.В., Євтушенко О.В., Білоусова М.С
СИНДРОМ МІРІЗІ: ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА
КОРЕКЦІЯ.

Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної хірургії №2, г. Харків, Україна
Науковий керівник: професор Сипливий В.О.

Актуальність теми: Синдром Мірізі, вперше описаний у 1948 році аргентинським хірургом Пабло Мірізі у роботі «Syndrome del conducto hepatico». Патолофізіологічні зміни, що ведуть до розвитку синдрому, можна пояснити як формування виразки з-за тиску фіксованого у кармані Хартмана чи у міхуровій протоці конкременту. Такі зміни ведуть до запального процесу і, у початкових стадіях, обструкції загального холедоху ззовні, а згодом до формування міхурово-холедохіальної фістули.

Матеріали та методи: проведений ретроспективний аналіз хірургічного лікування 34 хворих з синдромом Мірізі. Для класифікації була використана шкала Beltran and Csendes et al. 2008, що включає в себе п'ять основних типів синдрому. Для аналізу та класифікації ускладнень використовувалася шкала Clavien-Dindo

Результати: Лабораторні показники (лейкоцитоз, рівень загального білірубину) відбивали вираженість запальної реакції і жовтяниці, але не наявність синдрому Мірізі та його тип. УЗД проведено у всіх хворих, КТ - у