

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

**ЗБІРНИК ТЕЗ**

**міжвузівської конференції молодих вчених**

**та студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

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

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

Висновки: Таким чином, перевагами діагностичної лапароскопії є: значно менші післяопераційні болі, більш короткий період госпіталізації хворого і менший час відновлення після операції.

**Гончарова Н.М., Тесленко О.С.**

**ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра хірургії № 2**

**Науковий керівник – д. мед. н., проф. Криворучко І.А.**

З широким впровадженням у практику мінінвазивних втручань, які застосовуються для лікування псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ), ускладнених механічною жовтяницею (МЖ), все більше хірургів віддають перевагу цим способам, збільшуючи вірогідність відкладання необхідного лапаротомного втручання.

Мета дослідження – оптимізація методів хірургічного лікування хворих з ПК ПЗ, ускладненими МЖ, з використанням мінінвазивних методів.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічних втручань 115 хворих на ПК ПЗ, ускладнені МЖ, з них чоловіків – 106 (92,2 %), жінок – 9 (7,8%), віком від 21 до 79 років. Всі хворі розділені на три групи за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.). Всі хворі обстежені за загально прийнятими методиками.

Результати досліджень. При лікуванні ПК ПЗ I типу у всіх хворих виконували пункції під контролем УЗД, які у 75 % були остаточним методом втручання; у 1 – подальше черезшкірне зовнішнє дренажування (ЗД) ПК за типом «pigtail», у 2 – після формування стінок ПК накладено цистопанкреатоєюностомію (ЦПЕС). Пункції ПК II типу під контролем УЗД виконані 3 хворим. Ендосонографічні пункції ПК виконані 3 хворим. Ендоскопічні цистодуоденостомії за типом «double-pigtail» виконані 2 пацієнтам. При ПК II типу 15 хворим виконана повздожжня ЦПЕС за Ру, яка у 7 з них з вірсунголітіазом та стенозом термінального відділу холедоуху доповнена холецистоєюностомією. У 12 пацієнтів виконані цистоеюностомії (ЦЕС). У 4 хворих з інфікованими псевдокістами ПЗ, з МЖ, виконані лапаротомії (ЛТ) з ЗД. При кровотечах у порожнину ПК у якості I етапу 3 хворим виконані рентгенендоваскулярні оклюзії (РЕО) судин. У якості II етапу 2 хворим накладено цистоеюноанастомози (ЦЕА) та 1 пацієнту – ендосонографічну пункцію ПК. У 1 хворого з кровотечею у порожнину ПК, гнійним холангітом, МЖ виконано, після зупинки кровотечі, ЗД ПК та гепатікоєюностомію та 1 пацієнту – повздожжню ЦПЕС. При хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті (ХФДП) з кістозною трансформацією голівки ПЗ, яка стискає шлунок та/або ДПК та МЖ 1 хворому виконано Бернську модифікацію операції Бегера. При локалізації ПК у голівці ПЗ та МЖ 11 пацієнтам виконано операцію за Frey. При ПК ПЗ III типу 27 хворим виконані повздожжні ЦПЕС. У 1 хворого з ХФДП, ПК голівки ПЗ, МЖ, виконано черезшкірну кризьпечінкову холецистостомію (ЧКХ) під контролем УЗД, з наступним накладенням ЦПЕС та холедоходуоденоанастомозу. При наявності інфікованої ПК ПЗ, з МЖ та вторинною портальною гіпертензією (ВПГ), 1 хворому виконано гепатікоєюностомію за Ру та повздожжню ЦПЕС. У 3 хворих з ПК ПЗ III типу, з МЖ та кровотечею, у якості I етапу були виконані РЕО судин, що спричинили кровотечу, з подальшою ЦПЕС. При ХФДП з ПК ПЗ, з кровотечею, вірсунгоррагією, МЖ, стенозом v. portae,

ВПГ та субкомпенсованим стенозом ДПК у 1 хворого у якості I етапу виконано РЕО гастродуоденальної артерії, з подальшою ЛТ та ЗД ПК ПЗ. У 1 пацієнта з ПК ПЗ з кровотечею у порожнину та МЖ, виконано ЛТ, гемостаз та ЗД ПК. При локалізації ПК ПЗ, з МЖ та компресією шлунку та/або ДПК, у голівці ПЗ та наявності вірсунгоектазії 5 пацієнтам виконано операцію за Frey. При локалізації ПК у тілі-хвості ПЗ, з МЖ та компресією ДПК 1 хворому виконано дистальну резекцію ПЗ зі спленектомією. Панкреатодуоденальні резекції (ПДР) виконані 2 хворим за показаннями. Перебіг післяопераційного періоду ускладнився у 2 хворих.

При ПК ПЗ I типу доцільно використовувати пункції під контролем УЗД, які були ефективними у 75 %. При ПК ПЗ II та III типів мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання треба використовувати як взаємодоповнюючі.

**Гончарова Н.Н., Старов К.П., Гончаров А.С.**  
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ**  
**ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ**  
**МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Кафедра хирургии №2,**  
**г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель – д. мед.н., проф. Криворучко И.А.**

При лечении псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ), осложненных кровотечением (ОК), широко внедряется в клиническую практику использование радиологических, эндоскопических и пункционных миниинвазивных методик. Цель исследования – оптимизация хирургического лечения ПК ПЖ, ОК, путем использования миниинвазивных методик.

Материалы и методы. Проанализованы результаты хирургических вмешательств у 61 больного с ПК ПЖ, ОК, из них мужчин – 56 (91,8%), женщин – 5 (8,2 %), возрастом от 21 до 79 лет. Кровотечение в полость ПК с ее разрывом наблюдалось у 5 (8,2 %), кровотечение в полость ПК с ее инфицированием – у 4 (6,6 %), кровотечение с механической желтухой (МЖ) – у 3 (4,9 %), кровотечение с перфорацией ПК – у 1 (1,6 %) больного. Все пациенты были обследованы согласно общепринятым методикам.

Результаты исследований. В качестве I этапа 24 (39,3 %) больным была выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) кровоточащего сосуда. У 1 больного при кровотечении из общей печеночной артерии был установлен стент-граф. При невозможности выполнения РЭО были выполнены лапаротомии. Так, у 5 (8,2%) пациентов выполнена остановка кровотечения с наружным дренированием (НД) ПК, у 1 – тампонада полости ПК по собственной методике (Патент України на корисну модель № 95265 від 10.12.2014.). У 3 (4,9%) больных с кровотечением из селезеночной артерии было выполнено раскрытие ПК с ее НД и прошиванием а. lienalis. У 2 (3,2%) пациентов с аневризмой селезеночной артерии и кровотечением была выполнена лапаротомия, удаление аневризмы, дистальная резекция (ДР) ПЖ со спленэктомией. Пункции ПК под контролем УЗИ выполнены у 8 (13,1%), в том числе, у 5 (8,2%) больных, после стабилизации состояния, с последующей лапаротомией и наложением цистоеюноанастомозов (ЦЕА). У 2 (3,3%) пациентов пункция ПК завершена НД полости с установкой дренажа по типу «pigtail». Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнена 2 пациентам. При кровотечении в