

Міністерство охорони здоров'я України
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
ГО «Асоціація хірургів Чернівецької області»

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої
75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

«ІІ БУКОВИНСЬКИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ФОРУМ»

3-4 жовтня 2019 року

Чернівці – 2019

УДК: 617(063)

Б 90

Матеріали науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 3-4 жовтня 2019 року). – Чернівці: Видавництво БДМУ, 2019. – 72 с.

У збірнику представлені тези наукових робіт і доповідей учасників науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

дефектів в стадії 2 площею 3–6 см² протягом 6 тижнів.

*І.Ю. Полянський, В.П. Сливка, В.В. Андрієць, В.І. Москалюк, В.В. Яцків,
Ю.Д. Лук'янчук*

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

ЛІКУВАННЯ ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ УЗ- КОНТРОЛЬОВАНИМИ ПУНКЦІЄЮ ТА ДРЕНУВАННЯМ

Вступ. Піддіафрагмальні абсцеси – одне з найчастіших післяопераційних ускладнень в абдомінальній хірургії. Складність ранньої діагностики, відсутність єдиної тактики в лікуванні таких пацієнтів зумовлюють актуальність цієї проблеми, продовження термінів стаціонарного лікування. Проблема полягає в дренованні та санації порожнини абсцесу з виключенням небезпеки інфікування очеревинної порожнини, що спостерігається при лапаротомних втручаннях, яку, через тяжкість пацієнта, виконати не завжди можливо.

Матеріали і методи. У клініці розроблена і впроваджена лікувальна тактика, що полягає у ранній діагностиці наявності абсцесу та топографічній його локалізації за допомогою УЗД та КТ. Як свідчить наш досвід, чітко локалізувати абсцес можливо тільки шляхом багатопозиційного УЗ дослідження з визначенням найоптимальнішого місця для пункції та дреновання для уникнення пошкоджень паренхіматозних, порожнистих органів та великих судин.

Результати дослідження та їх обговорення. Пункція абсцесу проводиться під контролем УЗД у визначеній точці. При невеликих розмірах абсцесу санувати його вдається пункційно – після евакуації вмісту з порожнини вона санується антисептиком, а при необхідності у неї вводиться мікроіригатор. При великих і гігантських абсцесах пункційно санувати абсцес не представляється можливи. Після пункції, яка дає змогу локалізувати місцезнаходження абсцесу, проводиться його дреновання. Двопросвітний дренаж дозволяє не тільки евакуювати вміст абсцесу, а й налагодити проточну його санацію з використанням різних вакуумних систем.

Висновки. Із 12 випадків за останні 5 років вдалось санувати піддіафрагмальні абсцеси вказаними методами без будь-який суттєвих

ускладнень. Це дозволило значно покращити результати лікування хворих, скоротити термін їх стаціонарного лікування.

*С.І. Саволюк, В. Лисенко, М.Ю. Крестянов, Д.С. Завертиленко,
В.Г. Сіряченко, В.І. Зубаль, О.С. Багрій.*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

СУЧАСНА ХІРУРГІЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Вступ. Мінінвазивні оперативні техніки при грижах, зокрема ендо- та лапароскопічні, не тільки зменшують загальну стресову відповідь організму на хірургічне пошкодження тканин, але і сприяють зниженню ризику ускладнень, відсотку післяопераційного гострого та хронічного больового синдрому та скороченню терміну відновлення. У зв'язку з цим мизадались метою покращити безпосередні (гострий пахвинний біль) та віддалені (хронічний пахвинний біль) результати лікування хворих на пахвинні грижі шляхом застосування модифікованої техніки TAPP-герніопластики та технологій хірургії швидкого відновлення (протокол FastTrackSurgery).

Матеріали і методи. У ретроспективне клінічне дослідження були включені 224 хворих віком від 18 до 88 р. (середній вік склав $46 \pm 2,1$ років) з первинними унілатеральними пахвинними грижами, які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛ № 8 Київ). Період спостереження складав 1 рік. У 178 хворих була виконана модифікована TAPP (спінальна анестезія, троакальний блок, термінальна анестезія очеревини та діафрагми, преперитонеальна дисекція в умовах місцевої анестезії, безфіксаційна пластика шляхом встановлення анатомічного імпланту, безшовне відновлення очеревинного дефекту шляхом електрозварювання) та 46 хворим проведена пластика за методом Lichtenstein. Усім пацієнтам виконувалась пахвинна герніопластика імплантом Bard 3D Max Mesh. Дефект очеревини в основній групі після встановлення імпланту реконструювався методом електрозварювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Спостерігалось скорочення терміну перебування пацієнта в стаціонарі в 4,2 рази та періоду до відновлення