

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».

«холедохолітіаз», а за показаннями – комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна холангіопанкреатографія, ендоскопічна ультрасонографія.

Результати дослідження та їх обговорення. Чутливість трансабдомінальної ультрасонографії в діагностиці великих (16-20 мм) конкрементів – 83,3%, дрібних (3-6 мм) – 52,3%, а загальна діагностична точність – 83,5%. Діагностичні можливості комп'ютерної томографії не є вищими, ніж трансабдомінальної ультрасонографії. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія є недостатньо чутливою (79,2%) при конкрементах розмірами 3-6 мм. Ендоскопічна ультрасонографія характеризується високою інформативністю (чутливість при дрібних (3-6 мм) конкрементах – 95,2%, загальна чутливість – 96,0%, загальна діагностична точність – 99,1%), і не поступається інформативності ендоскопічній ретроградній холангіографії.

Висновки. Трансабдомінальна ультрасонографія та комп'ютерна томографія не мають високих якісних показників у діагностиці холедохолітіазу. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія має високу чутливість, специфічність і діагностичну точність. Ендоскопічна ультрасонографія рекомендована до виконання після використання всіх можливостей неінвазивних діагностичних методів для підтвердження холедохолітіазу у пацієнтів з клінічними і лабораторними ознаками захворювання.

І.Р. Трутяк, В.М. Трунквальтер

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

КНП «8-а МКЛ Львова», Львів

СИНДРОМ МОРЕЛЯ-ЛАВАЛЬЄ – УСКЛАДНЕННЯ ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНОЇ ТАНГЕНЦІЙНОЇ ТРАВМИ

Вступ. Травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин як самостійна нозологічна одиниця чи окремий вид травми вперше був описаний французьким хірургом Morel-Lavallee в 1848 році. Незважаючи на грізні гнійно-септичні ускладнення, які виникають при несвоєчасній діагностиці цього ушкодження,

висвітлення його в літературних джерелах є вкрай недостатнім.

Матеріали і методи. В клініці травматології та ортопедії і клініці хірургії поєднаної травми КНП «8-а МКЛ Львова» за останні п'ять років знаходилося 246 пацієнтів з політравмою з них у 6 травмованих було масивне травматичне відшарування шкіри і підшкірної клітковини на латеральній поверхні стегна і тулуба з потертістю покривів в результаті дії абразивної сили. Це були чоловіки працездатного віку, які отримали травму тіла внаслідок дорожньо-транспортної пригоди і поступили в стані травматичного шоку. Окрім цього, у 2 – була політравма з переломом стегна і тазу, у 2 – з переломом великого вертлюга і у 2 – терті рани латеральної поверхні стегна і тулуба.

Результати дослідження та їх обговорення. Масивне травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин виникає під дотичною дією сили механізмів, що рухаються, під час дорожньо–транспортних пригод чи при падіння з висоти. При цьому над фасцією утворюється порожнина, яка заповнена кров'ю. Найчастішою локалізацією є сідниці, спина і задня поверхня стегон. У пацієнтів з політравмою основна увага клініцистів звернена на лікування домінуючого ушкодження, а неяскові прояви ушкодження Мореля-Лавельє призводять до несвоечасної діагностики і гнійного процесу, який в таких травмованих супроводжується сепсисом, що було в одного із наших пацієнтів.

Основою діагностики ушкодження Мореля-Лавельє є клінічна симптоматика і ультрасонографічне дослідження. Клінічно – набряк і потертість покривів, деформація сегмента, зміна консистенції м'яких тканин, флюктуація, збільшена рухомість шкіри відносно підлягаючих тканин. Для верифікації локалізації і поширення рідинних скупчень і відшарування пошкоджених м'яких тканин доброю інформаційністю володіє ультрасонографія. Цей метод дозволяє виконувати прицільну пункцію і досліджувати вміст, а також визначити оптимальний доступ для хірургічного втручання.

Способи лікування хворих з масивним травматичним відшаруванням шкіри та м'яких тканин можна розділити на консервативні і хірургічні. До перших відносять компресійні бандажі, черезшкірні аспірації, введення в порожнини

склерозуючих речовин, застосування нестероїдних протизапальних препаратів, антибіотиків і фізіотерапії. Цей метод має високий ризик виникнення гнійно-септичних ускладнень, особливо у пацієнтів з поєднаною травмою, тому в наших пацієнтів не застосовувався. Обсяг операційного втручання, залежить від типу, площі і глибини відшарування тканин, а також від інфікування порожнини і супутніх переломів кісток. Насамперед фіксували кінцівку апаратом зовнішньої фіксації, виконували хірургічну обробку з розкриттям і ревізією всієї порожнини та її кишень і широко дренивали. Медикаментне лікування включало інфузійну і антибактерійну терапію. Сумнівно життєздатні ділянки шкіри не висікали. Хірургічну корекцію їх виконували за необхідністю. На утворену рану накладали систему для терапії негативним тиском, яка швидко купувала інфекційний процес в рані і підготовлювала її до закриття вторинними швами (2 пацієнти) або комбінованою пластикою (4 пацієнти).

Висновки. Травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин – синдром Мореля-Лавалле виникає при дії високоенергетичної травми по дотичній до тіла. Для попередження ускладнень цього ушкодження необхідна настороженість хірургів і своєчасна діагностика. Основним компонентом лікування синдрому Мореля-Лавалле є хірургічне втручання і терапія негативним тиском.

Sergiu Ungureanu¹, Natalia Sipitco¹, Vladimir Vidiborschi², Doina Fosa¹

¹Department of Surgery no 4, Laboratory for Minimally Invasive Surgery, Republican Hospital, State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova, ²Labromed Laborator SRL Company, Chisinau

ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT OF THE GASTROESOPHAGEAL DISEASE

Background. Worldwide, the incidence of the gastroesophageal reflux disease (>12%), determined an active implementation of surgical antireflux treatment. Its inefficiency, or the recurrence of the reflux, favors the appearance of alternative treatment methods such as STRETA, Linx, electrical stimulation of inferior esophageal sphincter. The electrical stimulation doesn't have a relevant study for the determination of the optimal parameters for physiological stimulation. This piece of work represents