

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».

Висновки. 1. У хірургічних хворих з важкою супутньою серцево-легеновою патологією лапароскопічні технології дозволяють встановити правильний діагноз і є запорукою успішного лікування. 2. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

І.М. Дейкало, Д.В. Осадчук, О.І. Карел, В.В. Букача

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль

НЕСТАНДАРТНІ СИТУАЦІЇ В ХІРУРГІЇ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Вступ. Жовчевокам'яна хвороба – одне з найбільш поширених захворювань цивілізованих країн. Зростання захворюваності на ЖКХ призводить до збільшення частоти її небезпечних ускладнень, зокрема таких, як внутрішні білідигестивні нориці і жовчнокам'яна непрохідність або біліарний ілеус.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості перебігу та лікування кишкової непрохідності, яка викликана обтурацією тонкої кишки жовчним каменем, визначити критерії доопераційної діагностики.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 40 хворих на внутрішні жовчеві нориці за період із 1975 до 2019 року. Із них 12 пацієнтів оперовані ургентно з приводу гострої кишкової непрохідності та 2 хворих з приводу синдрому Бувере.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі хворі оперовані. Кишкова непрохідність ліквідована шляхом ентеротомії, тільки в одному випадку ентеротомія доповнена холецистолітотомією та холецистостомією.

Водному випадку наступив рецидив кишкової непрохідності на 6 день, причиною рецидиву був ще один конкремент який поступив із жовчного міхура.

У 6 (50%) випадків діагноз біліарного ілеуса був виставлений до операції завдяки УЗД та КТ ОЧП.

Синдром Бувере діагностований під час фіброгастроуденоскопії та

ліквідовано шляхом поєднання ендоскопічної та відкритої хірургічної технології.

Висновки. 1. Біліарний ілеус виникає у 2,4 % хворих із внутрішніми білідигестивними норицями. 2. При жовчнокам'яній хворобі, яка ускладнена білідигестивною норицею, за наявності декількох конкрементів у жовчному міхурі можливий рецидив біліарного ілеусу. 3. При наявності крупного конкремента в жовчному міхурі та неможливості виконати холецистектомію і ліквідацію нориці, що є надзвичайно небезпечним, крім ліквідації біліарного ілеусу, показана холецистолітотомія із холецистостомією з метою профілактики рецидиву непрохідності. 4. У випадку біліарного ілеусу обов'язковою є ревізія тонкої кишки на предмет наявності додаткових жовчних каменів. 5. Найбільш інформативним методом доопераційної діагностики біліарного ілеусу є комп'ютерна томографія. 6. У випадку синдрому Бувере раціональним є поєднання хірургічних та ендоскопічних технологій.

В.І. Десятерик, С.П. Міхно, В.М. Мірошніченко, М.О. Єжеменський

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Кривий Ріг

ГНІЙНИЙ МЕДІАСТИТИТ

Вступ. Медіастиніт – поліетіологічне захворювання з клінічними проявами важкої гнійної інфекції, при лікуванні якого виникають значні труднощі, в своєчасній діагностиці, так і лікувальній програмі. Прогресивний характер захворювання з розвитком сепсису зумовлює високу летальність (14-76%). Покращення результатів лікування медіастиніту є важливим завданням торакальної хірургії.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний аналіз хірургічного лікування 43 пацієнтів віком від 28 до 76 років. У всіх мав місце гнійний медіастиніт серед яких у 27 пацієнтів – первинний та у 16 – вторинний. Проведена статистична комп'ютерна обробка та математичне обґрунтування бальної оцінки ведучих діагностичних критеріїв захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Основними причинами розвитку первинного медіастиніту були гнійно-запальні ускладнення ушкоджень органів середостіння та неспроможність стравохідних анастомозів при