

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».

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

хірургічних втручаннях. Етіологічними чинниками вторинного медіастиніту були ускладнені флегмонами шиї одонтогенні та ЛОР-інфекції. Усі хворі були оперовані в обсягах, які залежали від локалізації і розповсюдження гнійного процесу. Летальність при первинному медіастиніті склала 7,4%, при вторинному – 50%. Основним летальним фактором являвся розвиток сепсису, а його причиною – затримка своєчасного хірургічного лікування. Для покращення результатів лікування впроваджено удосконалений діагностично-лікувальний алгоритм з використанням сучасних променевиx методів діагностики, що сприяло зниженню летальності та інвалідизуючих ускладнень.

Висновки. Головними чинниками високої летальності у хворих на гнійний медіастиніт є пізня діагностика та неадекватне лікування до госпіталізації до спеціалізованого відділення. Головним фактором покращення результатів лікування гнійного медіастиніту є своєчасна діагностика і адекватне хірургічне лікування з використанням сучасних технологій в умовах спеціалізованого торакального відділення.

І.В. Дундюк

КНП «Центральна міська лікарня» Рівненської міської ради, Рівне

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ДІАФРАГМАЛЬНИХ ГРИЖ

Вступ. Діафрагмальна грижа – це дефект в діафрагмі, через який органи черевної порожнини проникають в грудну клітину. Поширеність захворювання становить 2% від всіх видів гриж та зустрічається в 10% випадків у хворих зі скаргами на болі в грудній клітині. При ускладненому перебігу діафрагмальної грижі можливий розвиток езофагіту та кровотечі і з грижового мішка. Станом, небезпечним для життя, є защемлення шлунку або кишечника, яке може призвести до смертельного наслідку.

Матеріали і методи. За три роки нами прооперовано 197 пацієнтів: 114 чоловіків та 83 жінки. Для діагностики застосовували класичний метод виявлення хвороби – контрасна рентгенографія в положенні Транделенбурга та додатковий метод – ФГДС для уточнення важкості перебігу захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення. Вибір лікувальної тактики