

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

толстой кишки у 7 (38,8%) пациентов, перфорация дивертикула – у 6 (33,3%) пациентов, кишечные свищи – у 2 (11,1%) пациентов, кишечное кровотечение как причина госпитализации у 3 (16,6%) больных. Было выполнено 10 экстренных (55%) и 8 плановых (45%) операций по поводу осложненной дивертикулярной болезни толстой кишки с помощью видеоэндоскопической аппаратуры.

Выводы: 1) Оперативное лечение больных с осложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки рекомендуется проводить лапароскопическим методом, об этом свидетельствует меньшая продолжительность операции 68,2 ± 4,3 мин по сравнению с открытыми хирургическими операциями 106,3 ± 8,2 мин. 2) Повторные операции по поводу данной патологии также рекомендуется выполнять преимущественно лапароскопически. Об этом свидетельствует меньшее число осложнений (4,3% по сравнению с операциями открытого типа – 10,2%).

ОБРАБОТКА ЛОЖА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗОМ

Колотвин А.А., Фам Нзюк Фионг Ян

Научный руководитель: к.мед.н, доц. Герасименко О.С.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра общей и военной хирургии

Актуальность. По частоте встречаемости хирургических заболеваний 1-е место занимает острый аппендицит, а 2-е место - желчекаменная болезнь. В то же время отмечается увеличение числа больных с хроническими диффузными заболеваниями печени, преимущественно циррозы, ассоциированные с гепатитами В и С, которые сопровождаются высоким операционным риском и техническими трудностями, наиболее часто обусловленными паренхиматозным кровотечением из ложа желчного пузыря.

Цель. Сравнение способов обработки ложа желчного пузыря для улучшения результатов лечения больных калькулезным холециститом на фоне гепатита и цирроза печени.

Материалы и методы. В хирургических отделениях ВМКЦ ЮР был проведен анализ результатов лечения 149 больных с калькулезным холециститом на фоне гепатитов и цирроза печени. Для остановки кровотечения из ложа желчного пузыря у 38 больных (25,5%) применили аргоно-плазменную коагуляцию, у 22 (14,9%) – ультразвуковую коагуляцию, у 73 (48,9%) – электрокоагуляцию, у 16 (10,6%) использовали гемостатические губки «Тахокомб» и «Surgicel».

Результаты. Использование гемостатических средств позволило избежать релапароскопий и релапаротомий по поводу кровотечения из ложа желчного пузыря в послеоперационном периоде. У 3 пациентов (2,0%) из-за неэффективности вышеуказанных методов установили тампон из гемостатической марли, пропитанной хитазином. Одному пациенту (0,7%) была выполнена релапаротомия и прошивание ложа желчного пузыря. **Выводы.** Использование аргоно-плазменной и ультразвуковой коагуляции, гемостатических губок «Тахокомб» и «Surgicel», гемостатической марли на основе хитозина позволило снизить количество осложнений с 5,9% до 3,7%, послеоперационную летальность с 4,4% до 2,4%, длительность стационарного лечения с 12,2±1,4 до 9,5±1,6 дней.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПОНЕНТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ

Крутько Е. Н.¹, Середенко В. Г.¹, Сазонова Т. М.², Жадан Ю. Г.²

ГУ «ИМП имени С.П. Григорьева НАМН Украины»,

отделение анестезиологии с койками для интенсивной терапии¹

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, медицинский факультет²

Введение. Учитывая многообразие защитных реакций организма на операционную травму, проблемы управляемости тотальной внутривенной анестезией (ТВА), требуют