

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

Особливої уваги заслуговують хворі на грижі великих і гігантських розмірів та рецидивні ПВГ так як, після кожного оперативного втручання значно зменшуються можливості надійного закриття грижового дефекту. Перспективним напрямком у лікуванні ПВГ, на наш погляд, є аутодермальна пластика (АДП).

Проаналізовано результати хірургічного лікування 37 хворих на ПВГ віком від 36 до 89 років. Чоловіків було 8 (21,6%), жінок – 29 (78,4%). Більшість (86,4%) склали ПВГ з серединною локалізацією грижового дефекту. У перші 3 місяці (ранні вентральні грижі) після перенесеного оперативного втручання ПВГ виникли у 8 (21,6%) пацієнтів, до 1 року – у 13 (35,1%), до 5 років – у 12(32,4%), пізніше 5 років – у 4 (10,8%) пацієнтів. По найбільшому розміру грижового випинання ПВГ розподілено на малі (до 5 см) – у 4 (10,8%), середні (6-15 см) – у 19 (51,4%), великі (15-25 см) – у 9 (24,3%), гігантські (більше 25 см) – у 5(13,5%). Важливим моментом при виконанні аутодермальної пластики грижового дефекту є підготовка самого шкірного клаптя. Ми використовуємо методику односторонньої термічної обробки трансплантата. Після викройки з ділянки операційного поля необхідного для трансплантації шкірного клаптя разом з підшкірною клітковиною (остання не повинна бути товщиною менше 1 см), обробляємо окропом тільки одну сторону при температурі 95°C з експозицією 5 сек. Після видалення епідермісу, ауто трансплантат зберігаємо у фізіологічному розчині натрію хлориду до моменту виконання пластики. Перед використанням шкірний трансплантат перфорували. Герніопластику виконували за методикою Мешалкіна-Цитовського. Краї грижових воріт зашивали поліспасними швами, попередньо мобілізувавши від підшкірної клітковини на 5-6 см по периметру. Ускладнень не відмічали. Середній ліжко-день склав 10±1,6. Післяопераційної летальності не було.

Таким чином, аутодермальна пластика є надійним і водночас дешевим методом закриття грижових дефектів у хворих на ПВГ середніх, великих та гігантських розмірів.

## **ГОСТРА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШОК БІЛІАРНОГО ГЕНЕЗУ**

*Кащенко Л.Г., Шутка Н.А.*

*Кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології СумДУ*

Гостра непрохідність кишок (ГНК) біліарного генезу є порівняно рідкісним 0,2-7,0% захворюванням. У КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» за період з 2000 по 2014 рік з приводу жовчнокам'яного ілеусу лікувалось 13 жінок віком від 62 до 86 років. До 24 годин від початку захворювання було шпиталізовано 7 пацієнок, через 3 доби – 3, через 4 доби – 2 і через 7 діб – 1. При шпиталізації ГНК встановлена у 6, із них тільки в однієї пацієнтки запідозрено жовчну норицю і біліарний ілеус. До операції ЖКХ виявлена у 8 (61,5%) хворих. Діагноз у інших хворих: гострий апендицит (1), гострий панкреатит (2) дифузний перитоніт (1), гострий тромбоз мезентеріальних судин (1). Отже, жовчнокам'яна ГНК до операції була діагностована лише у однієї пацієнтки, в інших – під час хірургічного втручання. В усіх хворих в анамнезі була жовчнокам'яна хвороба. Хірургічна тактика тотожна тактиці при гострій тонкокишкової обтураційній непрохідності іншого генезу. Аерохолія виявлена тільки в однієї пацієнтки. При УЗД: запальні зміни жовчного міхура, міхурово-кишкова нориця, аэробілія, кишковий стаз і дискоординація перистальтичних рухів. Ентеротомію виконували дистальніше нижнього полюса каменя на незмінній ділянці тонкої кишки. Роз'єднання хронічної, з масивним рубцевим перипроцесом, білідигестивної нориці виконували лише при деструктивному холециститі, перфорації жовчного міхура чи 12- палой кишки. Ускладнень і летальних випадків не було.