

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

компонентів є антибактеріальна терапія. Призначення антибіотиків необхідно робити з урахуванням активності проти спектру збудників панкреатичної інфекції: грамнегативні, грампозитивні, анаеробні мікроорганізми.

ПЕРИТОНИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Запара И.А.

Научный руководитель Антонова М.С.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2

Актуальность. В структуре осложненной интраабдоминальной инфекции одно из первых мест занимает перитонит. В Украине приблизительно 42 % летальных случаев после операции обусловлено гнойно-септическими осложнениями. Тяжесть перитонита зависит от распространенности процесса и характера экссудата. В послеоперационном периоде наибольший риск возникновения осложнений в течении первых 3-4 дней после операции.

Цель. Изучить структуру интраабдоминальной инфекции у больных хирургического отделения повлекшую развитие перитонита.

Материалы и методы. Мы изучили результаты хирургического лечения 31 больного в возрасте от 18 до 70 лет, которые перенесли оперативное вмешательство по поводу возникновения перитонита. Все больные находились на лечении в Харьковской областной клинической больнице с января 2016 по январь 2017. В ходе исследования было установлено, что перитонит вследствие деструкции органа и/или его перфорации наблюдали у 15 больных (48,3%); послеоперационный перитонит (формирование и прорыв гнойника в свободную брюшную полость у 2 человек (40%) больных, а также несостоятельность зоны ранее наложенных швов анастомозов – у 3 больных (60%)) – 5 человек (16,1%); перитонит вследствие запущенной острой непроходимости кишечника – у 3 (9,6%) и при ущемленной вентральной грыже – у 2 больных (6,4%); перитонит вследствие инфицирования некрозов поджелудочной железы – 6 больных (19,3%), в частности, при развитии забрюшинной септической флегмоны 4 (66,6%).

Таким образом, наибольшее количество осложнений интраабдоминальной инфекции в виде перитонита наблюдается при деструкции органа и/или его перфорации. А ведущим послеоперационным осложнением, которое привело к летальности у больных с перитонитом, было развитие послеоперационной полиорганной недостаточности (6 (19,4%)).

ЛАПАРОСКОПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А.В. Кислов, М.А Семенюк, С.С. Китченко

Научный руководитель: член-корр. НАМН Украины, д.мед.н., проф. В.И. Лупальцов

Харьковский Национальный Медицинский Университет, Кафедра Хирургии №3

Актуальность: По официальным данным, за последние 10 лет наблюдается возрастание на 45% заболеваемости на дивертикулярную болезнь в странах Восточной Европы, где развита индустриальная промышленность. Данный факт повышает актуальность данной патологии, её осложнений и тактики лечения.

Цель: Улучшить качество оказания хирургического лечения больным с осложненной дивертикулярной болезнью толстой кишки.

Материалы и методы исследования: За период 2014-2016 годов было прооперировано 26 пациентов по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки на базе Харьковской городской клинической больницы №31. Осложненные формы данной патологии были выявлены у 18 больных (69,2%) больных.

Результаты: В результате диагностических методов исследования были обнаружены следующие осложнения: острый дивертикулит с воспалительными изменениями в стенке

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 видеондоскопической 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