

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

**Матеріали
підсумкової LXI науково-практичної конференції**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**

(7 червня 2018 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига» 2018

Матеріали підсумкової LXI науково-практичної конференції
«Здобутки клінічної та експериментальної медицини» – Тернопіль:
Укрмедкнига, 2018. – 348 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть
автори тез.

НАШ СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТОСТОМІЇ

Запорізький державний медичний університет

У хірургії гострого холециститу (ГХ) найбільш небезпечною є група ризику, яка не в змозі перенести невідкладну холецистектомію. Лапароскопічна холецистостомія (ЛХС) покращує результати лікування. Її недоліками є: нерідко малий діаметр дренажної трубки, поганий відтік жовчі, підтікання жовчі та відходження дренажу, достатньо висока ціна заводських конструкцій.

Мета дослідження: розробити простий, надійний, дешевий спосіб ЛХС, який виключить вказані недоліки способів, що нині використовуються.

Матеріал та методи дослідження. Розроблена нами методика ЛХС через дно жовчного міхура (ЖМ) за допомогою троакара заключається у наступному. Через гільзу проводять гнучку дренажну трубку з внутрішнім діаметром не менш як 3-4 мм та насічками на дистальній частині, при цьому трубку фіксують до ЖМ, згинаючи дистальну частину у вигляді трикутника, потягуючи за жилку, зафіксовану на дистальній частині трубки (Патент 50577 А „Спосіб лікування гострого холециститу”).

Розроблену методику використали у 14 хворих ГХ з важкою супутньою патологією. Чоловіків було 2 (14,3 %), жінок – 12 (85,7 %) Вік склав 65–78. Катаральна форма ГХ була у 6 (42,9 %) пацієнтів та флегмонозна форма – у 8 (57,1 %). Больовий синдром купіювали під час ЛХС, t° тіла – на 2 добу, лейкоцитоз – на 3–4 добу. Контрольне УЗД на 2–3 добу підтвердило різке зменшення розмірів ЖМ. Патологічний процес прийняв абортивний розвиток.

Висновки: 1. Розроблений спосіб ЛХС доступний, простий, надійний, дешевий.

2. ЛХС ліквідує високий тиск всередині ЖМ, що спонукає регресу катаральної та флегмонозної форм ГХ.

Перспективами подальших досліджень ми вбачаємо накопичення клінічного матеріалу та його аналіз.

Венгер І.К., Костів С.Я., Вайда А.Р., Гусак М.О. СИНДРОМ РЕПЕРFUЗІЇ ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ В УМОВАХ ХРОНІЧНОЇ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК	109
Галайчук І.Й., Дереш Н.В., Загурська Н.О., Фінашина Т.В., Бельма Л.Т. РОЛЬ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПРИ ПЛАНУВАННІ РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ	112
Гарматіна О.Ю., Робак О.П., Мороз В.В., Красільников Р.Г. МОЖЛИВОСТІ АНГІОГРАФІЇ ТА МСКТ-ПЕРFUЗІЇ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СУДИННОЇ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ	113
Гнатів В.В., Доброродній А.В., Чепіль І.В., Костів О.І., Сорока Ю.В., Сікіринська Д.О. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КИСНЕВОГО ДИСБАЛАНСУ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС- СИНДРОМУ	114
Гогія М.О., Грищенко А.В., Гільов Б.В., Матвєєнко М.С., Белозеров І.В. ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЄДНАНОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ	115
Гощинський В.Б., Мігенько Б.О., Домбровський О.А., Зима І.Я. ДО ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШЕЧНИХ АНАСТОМОЗІВ ТА ЇХ ПОПЕРЕДЖЕННЯ	117
Дзюбановський І.Я., Продан А.М. СИНДРОМ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК ...	119
Дзюбановський О.І. ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛІТАЗ УСКЛАДНЕНИЙ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ	121
Желіба М.Д., Богачук М.Г. РЕЗУЛЬТАТИ ЦИТОГІСТОХІМІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ У ХВОРИХ З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	123
Журба О.О. ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ПРЯМОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДА	126
Капшитар О.В. МІНІ-ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ З НАВКОЛОМІХУРОВОГО АБСЦЕСУ	128
Капшитар О.В. НАШ СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТОСТОМІЇ	129