

**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.

МІНІ-ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ З НАВКОЛОМІХУРОВОГО АБСЦЕСУ

Запорізький державний медичний університет

Грізним ускладненням гострого холециститу (ГХ) є навколومیхуровий абсцес (НА) у 5,4–7,5 % хворих при міні-холецистектомії (МХЕ). Вона технічно важка та у низки хворих завершується вимушеною конверсією.

Мета дослідження: вивчити особливості МХЕ з НА у пацієнтів на ГХ.

Методи дослідження. З 2001 по 2017 роки нами у 571 хворого виконана МХЕ. Гангренозна форма ГХ виявлена у 165 (28,9 %) пацієнтів, з яких у 11 (6,7 %) хворих мав місце НА. Чоловіків було 4 (36,4 %), жінок – 7 (63,7 %). Вік 54–81 рік.

Результати дослідження. Гангренозна форма ГХ у 10 (90,9 %) пацієнтів ускладнилась перфорацією жовчного міхура та у 1 (9,1 %) – місцевим перитонітом. Значні технічні труднощі в процесі операції були пов'язані з хрящовою стінкою НА та шийки жовчного міхура, підвищеною кровоточивістю тканин та вірогідністю ятрогенних пошкоджень органів черевної порожнини у зоні операції.

МХЕ нами виконана у 8 (72,7 %) хворих (дренування холедоха за Холстедом-1). Конверсія з трансформацією міні-доступу в доступ Мігітті була вимушеною у 3 (27,3 %) пацієнтів за неможливості диференціювання трикутника Kallot (2) та холецисто-кольної нориці (1). Після операції у 2 (18,2 %) хворих спостерігали довготривале витікання жовчі (7–9 діб). Видужали 10 (90,9 %) пацієнтів. Помер 1 (9,1 %) хворий від гострого інфаркту міокарда.

Висновки: 1. НА виявлений нами у 6,7 % пацієнтів гангренозним холециститом.

2. Значні технічні труднощі та ризик ятрогенних пошкоджень спонукає до необхідності виконання МХЕ з НА висококваліфікованим хірургом.

Перспективами подальших досліджень є накопичення клінічного матеріалу, його аналіз та формування кінцевих висновків.

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