



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПРАНТІВ,
ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**84 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2024»**

23-24 травня 2024 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2024

зниживши госпітальну летальність із 36–52 % до ери VAC-терапії до близько 10 % на сьогодні.

Мета дослідження. Поліпшення безпосередніх і віддалених результатів лікування пацієнтів кардіохірургічного профілю шляхом визначення доцільності застосування терапії ран негативним тиском у складі комплексної тактики післяопераційного ведення хворих з глибокою стернальною рановою інфекцією.

Матеріали та методи. Проведене одноцентрове ретроспективне обсерваційне дослідження клінічних даних 12 пацієнтів, прооперованих на відкритому серці з використанням серединної стернотомії, в яких виникла глибока стернальна ранова інфекція. Середній вік пацієнтів становив $66,2 \pm 2,2$ року. Хворих поділили на дві групи, залежно від типу отриманого лікування: група 1 – 41,67 % (5) осіб із встановленням проточно-промивної системи; група 2 – 58,33 % (7) осіб, що отримували терапію ран негативним тиском.

Отримані результати. Використання вакуум-терапії сприяло зниженню всіх показників, що характеризують перебіг ранового процесу, порівняно з пацієнтами, які отримували лікування традиційними методами. Тривалість госпіталізації у групі 1 становила $36,2 \pm 3,3$ дня, у групі 2 – $42 \pm 4,0$ дня. Рівень госпітальної летальності у досліджуваній групі, що отримувала терапію ран негативним тиском, сягав 14,29 % (1 пацієнт) проти 80 % (4 пацієнти) у групі з проточно-промивним дрениванням.

Висновки. Глибока стернальна ранова інфекція є дуже серйозним післяопераційним ускладненням у пацієнтів кардіохірургічного профілю з високим рівнем госпітальної летальності. Цукровий діабет, ожиріння, імунопатії є основними факторами ризику. Терапія ран негативним тиском при глибокій стернальній рановій інфекції дає змогу адекватно санувати рану за більш короткі терміни при збереженні мобільності пацієнта, а також достовірно скоротити тривалість дренивання рани і, як наслідок, терміни госпіталізації.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Тітов В.С.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Бамбизов Л.М.

Кафедра загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В останні десятиліття спостерігається зростання кількості операцій з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), у тому числі ускладненою непрохідністю термінального відділу холедоха. Це зумовлюється збільшенням числа осіб похилого та старечого віку, у яких ускладнені форми ЖКХ зустрічаються частіше як через хронічний прогресуючий характер самого захворювання, так і внаслідок тривалої відмови пацієнтів від своєчасного хірургічного лікування.

Мета роботи – оцінка та аналіз існуючих методів хірургічного лікування ЖКХ, ускладненої непрохідністю термінального відділу холедоха, з метою зниження частоти післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження та лікування 2737 хворих із ЖКХ за період з 2018 по 2023 рік. У 321 (11,72 %) з них спостерігалась непрохідність термінального відділу холедоха внаслідок холедохолітазу. У 251 (80,87%) хворих визначався синдром механічної жовтяниці (МЖ).

Результати дослідження та їх обговорення. Оперативні втручання були виконані у 301 (93,76%) хворого. У 265 (88%) хворих першим етапом було вдало виконано ендоскопічну корекцію непрохідності термінального відділу холедоха: в 57 (21,5%) пацієнтів виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ), в 208 (78,4%) пацієнтів ЕПСТ доповнювалась ендоскопічною холедохолітоекстракцією. В 68 (22,59%) хворих ендоскопічна корекція була неможливою або здійснена не в повному обсязі, внаслідок наявності конкременту великого розміру (більше 15 мм), множинних конкрементів або

парапапілярного дивертикула дванадцятипалої кишки. В цих випадках виконували лапаротомію, холецистектомію, холедохолітоекстракцію з дренаванням позапечінкових жовчних шляхів.

Висновки. Таким чином, застосування на першому етапі ендоскопічних втручань при ЖКХ, ускладненій непрохідністю термінального відділу холедоха, дозволило уникнути традиційного лапаротомного втручання або застосувати другим етапом лапароскопічний метод лікування, що сприяло зменшенню періоду перебування хворих в стаціонарі, та зниженню вірогідності післяопераційних ускладнень.

«ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ» ДІАГНОСТИЧНОГО ТА ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПЛЕВРИТУ

Торяник С.О., Безшляга І.С.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Колесник В.П.

Кафедра хірургії №2

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: Визначити найбільш оптимальний та результативний метод одночасного обстеження та оперативного втручання при туберкульозному плевриті, що відобразить його переваги та недоліки.

Матеріали та методи: Спостереження клінічного випадку туберкульозного плевриту та опрацювання іноземних літературних джерел за останні роки, а саме електронних ресурсів «PubMed» та «Medscape».

Отримані результати: Високоінформативність, малоінвазивність та специфічність відеоторакоскопії з біопсією плеври та морфологічною верифікацією діагнозу на 1-3 стадії розвитку дають підстави вважати цю методику «золотим стандартом» діагностики та оперативного лікування туберкульозних плевритів. Характеризується низькою вірогідністю інтра- та післяопераційних ускладнень та малими строками реабілітації, зменшенням операційної травми. Найбільшого діагностичного та лікувального значення ВТС набуває у перші місяці ураження легень. Діагностичний підхід рекомендується, коли плевральний випіт присутній без будь-яких рентгенологічних ознак. Щодо оперативної складової, при ВТС можливе проведення закритої резекції невеликих ділянок ураженої легені та розсічення спайкового процесу, але якщо він доволі масивний, то це є протипоказанням та певним недоліком ВТС. Паралельно маємо змогу оцінити поширеність патологічного процесу та контролювати розправлення легень. Відкрите хірургічне втручання пропонується лише у випадках значного залишкового потовщення плеври, коли туберкульозний плеврит виявляється негайно.

Висновок: Відеоторакоскопія з біопсією плеври показала високу діагностичну ефективність у встановленні діагнозу туберкульозного плевриту в ході морфологічного дослідження біоптату, а також надає можливість до виконання закритої резекції полів легень, адгезіолізіса.

ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ОМФАЛОЦЕЛЕ З УРАХУВАННЯМ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ

Степаненко Д.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Лукіянець О.О.

Кафедра дитячої хірургії

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Актуальність: омфалоцеле, або грижа пупкового канатика - евентрація органів ЧП, що вкриті вісцеральною очеревиною, вартоновим желе та амніотичною оболонкою, через дефект передньої черевної стінки, який знаходиться в ділянці пупкового кільця. Хоча це відносно рідка патологія, що зустрічається з частотою 1:5000-1:6000 новонароджених,