

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ім. М.І. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ
АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ УКРАЇНИ
ПОДІЛЬСЬКА АСОЦІАЦІЯ МАЛОІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

**III НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

“СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ”,

присвяченої 90-річчю до дня народження проф. І.І. Мітюка



Іван Ілліч Мітюк (1928–2012)

**30 листопада 2018 року
м. Вінниця**

III науково–практична конференція з міжнародною участю “Сучасні досягнення ендоскопічної хірургії”

УДК: (616.43+616–098.8):37.014.24:005.745(06)

ББК: 51.1(4УКР):(54.15+54.5)

С: 127

ISBN 978-617-7710-66-9

Головний редактор – д.мед.н., професор Петрушенко В.В.

Відповідальні секретарі:

Гребенюк Д.І.

Радьога Я.В.

Ляховченко Н.А.

Члени редакційної колегії:

Гребенюк Д.І.

Радьога Я.В.

Ляховченко Н.А.

Матеріали III Науково-практичної конференції “СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ” – Вінниця: ТОВ «Твори», 2018. – 108 с.

У збірнику розміщено матеріали III науково–практичної конференції з міжнародною участю “Сучасні досягнення ендоскопічної хірургії”.

За зміст опублікованих матеріалів відповідальність несуть автори.

ISBN 978-617-7710-66-9

УДК: (616.43+616–098.8):37.014.24:005.745(06)

ББК: 51.1(4УКР):(54.15+54.5)

чого пацієнт помер на 15 день лікування. Друга хвора, з тривалим багаторічним анамнезом стравохідно-шлункових кровотеч, поступила у вкрай тяжкому стані після кількох рецидивів кровотеч, без видимого джерела за даними ендоскопії. Ангіографічно діагностовано множинні аневризми лівої шлункової, селезінкової і шлунково-сальникової артерії. Проведено емболізацію ЛША і СА в 2 етапи; рецидиву кровотечі не було впродовж 17 місяців спостереження. У третьої пацієнтки АСА розміром 2х3см виявлено випадково при УСГ. Для профілактики розриву проведено емболізацію судини спіралями до і після шийки аневризми.

Висновки:

1. Аневризми вісцеральних артерій належать до рідкісних захворювань, які ускладнюються тяжкими кровотечами в просвіт шлунково-кишкового тракту чи вільну черевну порожнину.
2. Ангіографія дає можливість не тільки встановити діагноз, але і зупинити кровотечу, чи запобігти їй.

Мищенко В.В., Грубник В.В.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Одесский национальный медицинский университет
Кафедра хирургии №1

Целью исследования была оптимизация диагностической и лечебной тактики при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков.

Проанализированы результаты лечения 15 пациентов с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков.

Типичными проявлениями ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков были желтуха, холангит, желчный перитонит, наружный желчный свищ, подпеченочный абсцесс.

Основным видом оперативного вмешательства, ставшего причиной ятрогенной травмы внепеченочных желчных протоков была холецистэктомия.

На операционном столе проводилось визуальное, мануальное и рентгенологическое исследование гепатохоледоха, холангиоскопия.

Ведущая роль в диагностике характера патологии отводится УЗИ, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ), фистулохолангиографии или чрескожной чреспеченочной холангиографии.

Высокое повреждение желчных протоков выявлено у 53,3% больных, низкое - у 46,7%.

Чрескожное транспеченочное дренирование протоковой системы под контролем УЗИ выполнено у 66,7 % больных.

При желчном перитоните с явлениями механической желтухи, холангита, производилась экстренная лапаротомия, санация брюшной полости и наружное дренирование желчных протоков.

Восстановительные операции произведены 60,0 % больных, реконструктивные вмешательства через 6-8 недель после первого этапа - 40,0%.

Результаты восстановительных операций были успешными у 66,7% пациентов, у 33,3% - возникли осложнения в виде биломы. Через 4-6 месяцев у 33,3% больных сформировалась рубцовая стриктура в зоне ятрогенного повреждения желчных протоков. 1 больному произведена реканализация зоны стриктуры с баллоном дилатацией через сменный транспеченочный дренаж, у 2 пациентов баллонная дилатация выполнена ретроградно через большой дуоденальный сосочек. Летальных исходов в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Таким образом, при интраоперационной диагностике ятрогенного повреждения желчных протоков операционная бригада должна быть усилена опытным хирургом.

При отсутствии опытного специалиста операцию следует завершить наружным дренированием желчного протока и брюшной полости.

Восстановительные операции показаны только при боковом ранении протоков.

После стабилизации состояния больного необходимо направить в специализированное учреждение для радикального хирургического лечения.

При перитоните в результате незамеченного во время операции повреждения внепеченочных желчных протоков требуется двухэтапный метод лечения: на первом этапе - лечение перитонита, на втором - реконструктивная операция.

Основным видом оперативного вмешательства при ятрогенном повреждении внепеченочных желчных протоков должна быть реконструктивная операция в объеме гепатикоюностомии.

Перцов В.І., Телушко Я.В., Савченко С.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕСПЕЦИФІЧНУ ЕМПІЕМУ ПЛЕВРИ

Запорізький державний медичний університет

Кафедра медицини катастроф, військової медицини, анестезіології та інтенсивної терапії

Мета роботи: покращити результати лікування хворих на гостру неспецифічну емпіему плеври (ЕП) шляхом розширення показань до відеоторакокопічних (ВТС) втручань.

Матеріали та методи. Досліджено результати лікування 124 хворих на гостру неспецифічну ЕП у період з 2013 по 2017 роки на базі відділення торакальної хірургії Комунальної установи «Міської клінічної лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя». До основної групи віднесено 67 пацієнтів яким виконані ВТС втручання з приводу ЕП. До групи порівняння (контрольна)