

|  |    |
|--|----|
| <i>В.Н. Лутальцов, А.Н. Ясюк</i><br>ГЕМОРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ<br>ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....   | 32 |
| <i>Н.С. Морозова, С.В. Рідний, С.І. Лис, Г.С. Голован, І.В. Коробкова, А.А. Попов</i><br>ПРОФИЛАКТИКА КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВО-<br>ТОКУ .....  | 35 |
| <i>В.В. Пензушенко, Д.І. Гребенюк, Н.В. Апасова</i><br>ВПЛИВ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ НА ЗАГОСННЯ<br>ДИАБЕТИЧНИХ ВИРАЗОК .....   | 37 |
| <i>І.Ю. Поповський, В.П. Ставиц, В.В. Андрієць, В.І. Москвичок, В.В. Яцик,<br/>Ю.Д. Лук'ячук</i><br>ЛІКУВАННЯ ПІДДАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ УЗ-КОНТРОЛЬО-<br>ВАНИМИ ПУНКЦІЄЮ ТА ДРЕНУВАННЯМ .....  | 39 |
| <i>С.І. Сидяков, В. Лисенко, М.Ю. Крестинюк, Д.С. Завертлюк,<br/>В.Г. Сіриченко, В.І. Зубата, О.С. Багрий</i><br>СУЧАСНА ХІРУРГІЯ ПАХВИННИХ ГРИБІВ .....   | 40 |
| <i>С.І. Сенченко</i><br>ЦЕРЕБРОПРОТЕКТОРНІ ДОЗИ АДЕМОЛУВ УМОВАХ ЧМТ У ЦІУРІВ<br><i>А.В. Скум, О.М. Гуляк, В.О. Кузьменко, А.А. Скум, С.М. Чайковська</i><br>ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ ПРОГРАМИ ПРИСКОРЕНОГО ОДУЖАННЯ ПРИ<br>ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ..... | 41 |
| <i>В.В. Тарасевич, В.В. Максим'юк</i><br>УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНА ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТОГЕННИХ<br>АБСЦЕСІВ .....  | 43 |
| <i>О.М. Терещаків, Б.Ф. Ліщук, М.М. Буфан, В.І. Колотийцев</i><br>АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ ПРОМЕНЕВИМИ МЕТОДАМИ<br>ХОЛЕДОХОЛІТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ<br>ХОЛЕЦИСТИТОМ .....  | 45 |
| <i>І.Р. Трушко, В.М. Трушковалтер</i><br>СИНДРОМ МОРЕЛЯ-ДАВАЛЬС – УСКЛАДНЕННЯ ВИСОКОЕНЕР-<br>ГЕТИЧНОЇ ТАНГЕНЦІЙНОЇ ТРАВМИ .....  | 47 |
| <i>Sergiu Ungureanu, Natalia Sipița, Vladimir Vidvorschi, Dolna Fana</i><br>ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT OF THE GASTROESO-<br>PHAGAL DISEASE .....   | 48 |
| <i>Д.А. Фоса, С.Н. Угурину, Н.Н. Шипилов, В. Истрица</i><br>ОПТИМІЗАЦІЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНОГО ХІРУРГІЧЕСКОГО<br>ЛІЧЕННЯ ПРИ ЦИЛІНДРИЧЕСЬКОЇ ЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ МЕТА-<br>ПЛАЗМИ СЛІЗИСТОЇ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА .....   | 49 |
| <i>О.Ю. Мельник, О.С. Ткаченко, І.Ю. Войнич</i><br>ДЕЯКІ ТЕХНІЧНІ АСПЕКТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ ОВО-<br>ДОВОЇ ТА ПРЯМОЇ КИШОК .....   | 51 |
|  | 53 |

Міністерство охорони здоров'я України  
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації  
ГО «Асоціація хірургів Чернівецької області»

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої  
75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

## «П БУКОВИНСЬКИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ФОРУМ»

3-4 жовтня 2019 року

Чернівці – 2019

«холедохолітазу», а за показаннями – комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна холангіопанкреатографія, ендоскопічна ультрасонографія.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Чутливість трансабдомінальної ультрасонографії в діагностиці великих (16-20 мм) конкрементів – 83,3%, дрібних (3-6 мм) – 52,3%, а загальна діагностична точність – 83,5%. Діагностичні можливості комп'ютерної томографії не є вищими, ніж трансабдомінальної ультрасонографії. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія є недостатньо чутливою (79,2%) при конкрементах розмірами 3-6 мм. Ендоскопічна ультрасонографія характеризується високою інформативністю (чутливість при дрібних (3-6 мм) конкрементах – 95,2%, загальна чутливість – 96,0%, загальна діагностична точність – 99,1%), і не поступається інформативності ендоскопічній ретроградній холангіографії.

**Висновки.** Трансабдомінальна ультрасонографія та комп'ютерна томографія не мають високих якісних показників у діагностиці холедохолітазу. Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія має високу чутливість, специфічність і діагностичну точність. Ендоскопічна ультрасонографія рекомендована до виконання після використання всіх можливостей неінвазивних діагностичних методів для підтвердження холедохолітазу у пацієнтів з клінічними і лабораторними ознаками захворювання.

*І.Р. Труняк, В.М. Труняк-альтер*

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

КНП «8-а МКЛ Львова», Львів

#### **СИНДРОМ МОРЕЛЯ-ЛАВАЛЬЄ – УСКЛАДНЕННЯ ВИСОКОЕНЕРГЕТИЧНОЇ ТАНГЕНЦІЙНОЇ ТРАВМИ**

**Вступ.** Травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин як самостійна патологічна одиниця чи окремої вид травми вперше був описаний французьким хірургом Morel-Lavallee в 1848 році. Незважаючи на грізні гнійно-септичні ускладнення, які виникають при несвочасній діагностиці цього ушкодження,

висвітлення його в літературних джерелах є вкрай недостатнім.

**Матеріали і методи.** В клініці травматології та ортопедії і клініці хірургії поєданої травми КНП «8-а МКЛ Львова» за останні п'ять років з'являлось 246 пацієнтів з політравмою з них у 6 травмованих було масивне травматичне відшарування шкіри і підшкірної клітковини на латеральній поверхні стегна і тулуба з потертістю покривів в результаті дії абразивної сили. Це були чоловіки працездатного віку, які отримали травму тіла внаслідок дорожньо-транспортної пригоди і поступили в стаціонар травматичного шоку. Окрім цього, у 2 – була політравма з переломом стегна і тазу, у 2 – з переломом великого вертлюга і у 2 – терті рани латеральної поверхні стегна і тулуба.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Масивне травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин виникає під дотичною дією сили механізму, що рухається, під час дорожньо-транспортних пригод чи при падіння з висоти. При цьому над фасцією утворюється порожнина, яка заповнена кров'ю. Найчастішою локалізацією є сідниці, спина і задня поверхня стегон. У пацієнтів з політравмою основна увага клініцистів звернена на лікування домінуючого ушкодження, а неокраєні прояви ушкодження Мореля-Лавальє призводить до несвочасної діагностики і гнійного процесу, який в таких травмованих супроводжується сепсисом, що було в одного із наших пацієнтів.

Основою діагностики ушкодження Мореля-Лавальє є клінічна симптоматика і ультрасонографічне дослідження. Клінічно – набряк і потертість покривів, деформація сегмента, зміна консистенції м'яких тканин, флюктуція, збільшена рухомість шкіри відносно підлягаючих тканин. Для верифікації локалізації і поширення рідкошкірних скучень і відшарування пошкоджених м'яких тканин доброю інформативністю володіє ультрасонографія. Цей метод дозволяє визначити прицільну нункаю і досліджувати зміст, а також визначити оптимальний доступ для хірургічного втручання.

Способи лікування хворих з масивним травматичним відшаруванням шкіри та м'яких тканин можна розділити на консервативні і хірургічні. До перших відноситься компресійні биндажі, черезшкірні аспірації, введення в порожнину

склерозуючих речовин, застосування нестероїдних протизапальних препаратів, антибіотиків і фізіотерапії. Цей метод має високий ризик виникнення гнійно-септичних ускладнень, особливо у пацієнтів з поєднаною травмою, тому в наших пацієнтів не застосовувалася. Обсяг операційного втручання, залежить від типу, площі і глибини відшарування тканин, а також від інфікування порожнини і супутніх переломів кісток. Насамперед фіксували кінцівку апаратом зовнішньої фіксації, виконували хірургічну обробку з розкриттям і ревізією всієї порожнини та її кишень і широко дренивали. Медикаментне лікування включало інфузійну і антибактерійну терапію. Суміжно жодтеддаті ділянки шкіри не висікали. Хірургічну корекцію їх виконували за необхідністю. На утворену рану накладали систему для терапії негативним тиском, яка швидко купувала інфекційний процес в рані і підготувала її до закриття вторинними швами (2 пацієнти) або комбінованою пластикою (4 пацієнти).

**Висновок.** Травматичне відшарування шкіри та м'яких тканин – синдром Мереля-Лавалле виникає при дії високоенергетичної травми по дотичній до тіла. Для попередження ускладнень цього ушкодження необхідна застороженість хірургів і своєчасна діагностика. Основним компонентом лікування синдрому Мереля-Лавалле є хірургічне втручання і терапія негативним тиском.

*Sergiu Ungureanu<sup>1</sup>, Natalia Sîpîco<sup>2</sup>, Vladimir Vidiborschi<sup>2</sup>, Doina Fosa<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Department of Surgery no 4, Laboratory for Minimally Invasive Surgery, Republican Hospital, State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova, <sup>2</sup>Labromed Laborator SRL Company, Chisinau

#### **ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT OF THE GASTROESOPHAGEAL DISEASE**

**Background.** Worldwide, the incidence of the gastroesophageal reflux disease (>12%), determined an active implementation of surgical antireflux treatment. Its inefficiency, or the recurrence of the reflux, favors the appearance of alternative treatment methods such as STRETA, Linx, electrical stimulation of inferior esophageal sphincter. The electrical stimulation doesn't have a relevant study for the determination of the optimal parameters for physiological stimulation. This piece of work represents