



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ  
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ  
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

***5 лютого 2021 року***

**Запоріжжя – 2021**

малої підшкірної вени, передньої додаткової вени стегна (при її прямолінійному ході) та мініфлебектомія за Вараді з надфасціальною перев'язкою неспроможних перфорантних вен під тумісцентною анестезією розчином Кляйна. У післяопераційному періоді для профілактики виникнення венозних тромбоемболічних ускладнень призначалися низькомолекулярні гепарини (Еноксіпарин) у профілактичних дозах, еластична компресія у вигляді панчохи II класу, дозована профілактична ходьба.

При контрольному огляді у терміні 1 місяць, 6 місяців у всіх 29 (100 %) пацієнтів з виконаною РЧА за даними дуплексного ультразвукового сканування реканалізації не спостерігалось. Хворі відмічали регрес клінічної симптоматики, покращення якості життя та об'єктивно визначався гарний косметичний результат.

Висновок. Таким чином, визначення морфофункціональних особливостей системи підшкірних вен нижніх кінцівок дозволяє більш селективно підходити до вибору хірургічної тактики лікування ВХНК, та зменшити травматизм втручання. РЧА в поєднанні з мініфлебектомією є радикальним, ефективним і малотравматичним способом усунення патологічного вено-венозного рефлюксу, що призводить до підвищення якості життя, має гарний косметичний ефект, та може являтися альтернативою відкритих хірургічних втручань.

## **ЕНДОСКОПІЧНА ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЯ У ХВОРИХ ЗІ ЗМІНЕНОЮ АНАТОМІЄЮ КИШЕЧНИКУ**

Лазунько Т.І., І медичний факультет, 6 курс  
(наук. кер. к.мед.н. Стешенко А.О.)

Вступ. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) у пацієнтів після резекції шлунку за методикою Білрота II відповідає 5 рівню складності (максимального) відповідно Градації ступеню складності ЕПСТ Американського товариства шлунково-кишкової ендоскопії (засідання 2011 року).

Мета дослідження: Розглянути клінічний випадок з виконанням ЕПСТ та визначити тактику ендоскопічного ведення таких пацієнтів.

Матеріали та методи. Було розглянуто наступний клінічний випадок. У хірургічне відділення клініки «ВІТАЦЕНТР» була госпіталізована жінка, 78 років, зі скаргами на біль в правій підреберній та епігастральній ділянці, який іррадіює в праву поперекову ділянку, на пожовтіння шкіряних покривів та склер, світлий колір стільця та потемніння сечі, підвищення температури тіла до 38,5°C. З анамнезу виявлено, що зазначені вище симптоми виникли близько 3 днів тому, у зв'язку з чим хвора самостійно пройшла ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), за результатами якого було виявлено ознаки жовчно-кам'яної хвороби (ЖКХ), холедохолітіазу, механічної жовтяниці. Після дослідження самостійно звернулась до приймального відділення та була госпіталізована. При зборі анамнезу життя пацієнтка повідомила, що 20 років від тому оперована з приводу виразкової хвороби шлунку (підтверджуюча медична документація була відсутня). Під час огляду на момент надходження стан хворої середнього ступеню тяжкості, свідомість ясна, контактна, адекватна, положення активне. ІМТ 22,2. Шкірні покриви та склери іктеричні. При глибокій пальпація в епігастральній та правій підреберній ділянці відмічались больові відчуття. Симптоми Ортнера, Кера, Мерфі - негативні. Печінка виступала з підреберного краю на 2 см, край печінки в межах фізіологічної норми. Під час обстеження були виявлені такі супутні патології: необструктивний хронічний бронхіт, стадія ремісії, мітральна недостатність II ст.

У загальному аналізі крові (ЗАК): лейкоцити 16,8 Г/л, гранулоцити 92,1% (сегментоядерні (СЯ) нейтрофіли 60%, паличкоядерні нейтрофіли (ПЯ) 31%). У біохімічному (БХ) аналізі крові (печінкові проби та Альфа-амілаза): Білірубін загальний(БЗ) 171 мкмоль/л, білірубін прямий(БП) 154 мкмоль/л, АЛТ 99 Е/л, АСТ 97 Е/л, Альфа-амілаза( $\alpha$ А) 110 Е/л. Повторно виконана УЗД ОЧП: ознаки ЖКХ (конкременти 16 мм, 15мм, гіперехогенний осад); хронічного калькульозного холециститу; холедохолітазу (в середній третині конкремент 16 мм, в дистальному відділі конкремент до 11 мм); дилатації внутрішньо- та позапечінкових жовчних шляхів; вірсунгоектазії; дифузних змін печінки та підшлункової залози. Виставлено попередній діагноз: ЖКХ. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця. Було прийнято рішення виконати ЕПСТ з метою видалення дистально розташованого конкремента, який міг бути вклинений до великого дуоденального сосочка (ВДС) та спричиняти обструкцію жовчовивідних шляхів.

На початку операції був використаний ендоскоп з боковою оптикою TJF 160 VR, була виявлена кукса шлунка та гастроентероанастомоз за Більрот II, дуоденоскоп у дванадцятипалу кишку (ДПК) не проходив, була виповнена заміна ендоскопу на CF N180, який було уведено через петлю тонкої кишки та Брауновське співустя (БС) ретроградно у просвіт низхідного відділу ДПК. Було візуалізовано ВДС з вклиненим у його просвіті каменем темно-коричневого кольору, голковим папілотомом виконана атипична папілотомія з дистального краю папіли до 6 мм, після чого конкремент видалено, у просвіт ДПК стала поступати ахолічна жовч з домішкою гною. Гемостаз збережений.

Отримані результати. Клінічно (зниження інтенсивності болювого синдрому) та лабораторно спостерігалась позитивна динаміка вже у першу добу після виконання ЕПСТ. ЗАК: зниження лейкоцитозу до 13,6 Г/л; гранулоцитів до 88,5% (СЯ нейтрофілів до 61%, ПЯ нейтрофілів до 24%). БХ аналізі крові: зниження БЗ до 126,7 мкмоль/л, БП до 103,7 мкмоль/л;  $\alpha$ А до 48 Е/л. На 2 добу після ЕПСТ- клінічно: болювий синдром був відсутній, глибока пальпація правої підреберної ділянки помірно болісна, зменшилась іктеричність шкірних покривів та склер. ЗАК: лейкоцитоз 11,7 Г/л; гранулоцити 83,4% (СЯ нейтрофіли 68%, ПЯ нейтрофіли 15%). БХ аналіз крові: БЗ 97,9 мкмоль/л, БП 80,6 мкмоль/л, АЛТ 57 Е/л, АСТ 56 Е/л,  $\alpha$ А 29 Е/л. Через 3 доби після ЕПСТ клінічно: дискомфорт у правій підреберній ділянці при глибокій пальпації, зниження іктеричності. ЗАК: лейкоцитоз 9,2 Г/л; гранулоцити 74,6% (СЯ нейтрофіли 69%, ПЯ нейтрофіли 6%). БХ аналіз крові: БЗ 40,3 мкмоль/л, БП 23,0 мкмоль/л, АЛТ 32 Е/л, АСТ 30 Е/л,  $\alpha$ А 39 Е/л.

Висновки. У зв'язку зі зміненою анатомією кишечника після резекції шлунку за методикою Більрот II доступ ендоскопа до ВДС доводиться виконувати через БС. Ендоскопи, призначені (в нашому випадку TFI 160 VR) для дуоденоскопії, мають недостатню довжину, щоб дістатися ВДС, тому ми рекомендуємо використовувати ендоскопи, призначені для колоноскопії (в нашому випадку CF N180), які мають технічні характеристики, достатні для виконання ЕПСТ в даних умовах.

## **РАННІЙ РАК ШЛУНКА: ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ ВИЖИВАННЯ**

Лисенко В.О. І медичний факультет, 5 курс  
(наук. кер. ас. Кіосов О.М.)

Актуальність роботи. Рання діагностика та лікування раку шлунка це одна з найбільш актуальних проблем сучасної хірургії та онкології. Часто хвороба діагностується вже у IV стадії, коли прогноз найбільш несприятливий. Діагностування ранньої форми раку