

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України
Міністерство охорони здоров'я
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
III Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми
Сумський державний університет
2015

Якщо кровотеча виникала після зовнішнього дренивання чепцевої сумки, виконували тугою тампонадою порожнини та оментобурсостомією.

У післяопераційному періоді проводили комплексну протипанкреатичну терапію, гемостатичну терапію, відновлювали крововтрату. Тампони видаляли поетапно, починаючи з 7 доби після досягнення гемостазу.

Померли 3 хворих, з них 2 – після операції. Загальна летальність – 37,5%, післяопераційна летальність – 28,6%.

Таким чином, кровотеча у порожнину післянекротичної кісти підшлункової залози є надзвичайно небезпечним ускладненням і супроводжується високою летальністю. Такі хворі підлягають негайному оперативному лікуванню. Найбільш ефективним способом втручання є тампонада порожнини кісти та її марсупілізація (оментобурсостомія).

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Ситнік О.Л., Креховецький Н.В.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології

Показаннями до виконання відеолапароскопічних втручань вважали прогресуючий панкреатогенний перитоніт (у 4 хворих), формування обмежених рідинних утворень (у 1 пацієнта) або післянекротичної псевдокісти з ознаками абсцедування (у 1 пацієнта).

Перед відеолапароскопічним втручанням пацієнтам виконували ультразвукове обстеження органів черевної порожнини (виявлення вільної рідини у черевній порожнині, чепцевій сумці, топічна діагностика обмежених рідинних утворень) та рентгенографію органів грудної клітини для виключення легеневих ускладнень та плеврального випоту. Двом хворим з рівнем плеврального ексудату до 5 -3 ребер виконано плевральну пункцію в 9 міжребер'ї по лопатковій лінії безпосередньо перед відеолапароскопічним втручанням, що важливо для запобігання ускладнень, пов'язаних з накладанням карбоксиперитонеуму.

Оптичну систему встановлювали по середній лінії над пупком. Інструментальні порти розташовували у підреберних та здухвинних ділянках. Перітонеальний ексудат виявляли в усіх відділах черевної порожнини, видаляли електровідсмоктувачем. Рихлі спайки у верхньому поверсі черевної порожнини розділяли тупим шляхом, розкривали рідинні утворення (правобічна піддіафрагмальна локалізація - 1, лівобічна піддіафрагмальна локалізація -3, підпечінкова локалізація – 1). У всіх хворих в проекції підшлункової залози виявили щільний інфільтрат та підвищену кровоточивість тканин, що не дало змогу розкрити чепцеву сумку.

У 2 пацієнтів діагностовано ферментативні затьoki по лівому заочеревинному простору («скловидний» набряк заочеревинної клітковини, зміщення нисхідної ободової кишки догори та медіально). Заочеревинний простір розкривали окремим широким поперековим розрізом під візуальним контролем, дренивали 2 - 3 гумовими трубками 10 мм у діаметрі та рукавичками.

Операцію завершували промиванням та дрениванням черевної порожнини за Петровим.

Із 30 оперованих відкритим способом хворих померли 8 пацієнтів, післяопераційна летальність – 26,7%. Після відеолапароскопічних втручань летальності та ускладнень не було. Таким чином, перший досвід застосування відеолапароскопічних втручань при некротичних формах гострого панкреатиту довів свою ефективність.