

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

апаратів у СОКОД. Розповсюдженість цього захворювання в Сумській області має неоднорідну структуру і потребує подальшого поглибленого вивчення.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Білан А., Тверезовський А., Тетюра Д. – студенти.

Науковий керівник - к.м.н., доц. П'ятикоп Г. І.

СумДУ, Медичний інститут,

кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізйотрії

Хірургічне лікування ускладнених форм гострого інфікованого некротичного панкреатиту (ГІНП) до теперішнього часу залишається одним з найбільш складних і до кінця невирішених питань ургентної абдомінальної хірургії.

Незважаючи на активне впровадження малоінвазивних технологій у лікуванні ГІНП, відкриті лапаротомні та люмботомічні оперативні втручання є операціями вибору за неефективності попередніх.

Метою роботи було вивчення результатів лікування хворих з гострим інфікованим некротичним панкреатитом, ускладненим розвитком гнійних, постнекротичних парапанкреатичних та параколярних ускладнень, розробка тактичних підходів до лікування згідно з клінічним протоколом надання медичної допомоги при даній патології.

Опрацьовано результати лікування 143 хворих на ГДП, перебіг якого ускладнився розвитком дистрофічних і гнійних ускладнень у вигляді запального інфільтрату, а у подальшому - формуванням псевдокіст ПШЗ, абсцесів ПШЗ, флегмон парапанкреатичної (ППК) та параколярної (ПКК) клітковини, заочеревинної клітковини (ЗК), гнійного перитоніту.

Чоловіків було 105 (73,4%), жінок - 38 (26,6%). Середній вік пацієнтів склав $42,9 \pm 0,9$ років. Пацієнтів госпіталізували в різні терміни від початку захворювання. Запальний інфільтрат у проекції підшлункової залози виявляли на 5-10 добу від виникнення ознак ГП. Інфікування зон некрозу в ПШЗ, ППК, ПКК, ЗК діагностовано на $13 \pm 2,5$ добу захворювання.

Показанням до оперативного втручання були неефективність консервативної терапії впродовж 2-3 тижнів. Клініко-лабораторні та інструментальні ознаки гнійного ускладнення гострого панкреатиту - це ознаки перитоніту, поява і наростання синдрому поліорганної недостатності, наявність гнійних заплівів у параколярній, парапанкреатичній, заочеревинній клітковині, підтвердженої УЗД, КТ.

Оперативних втручань може бути декілька. При осередкових скупченнях рідини в ділянці ПШЗ і навколишніх тканинах з ознаками інфікування, наявністю детриту проводилось лапароскопічне втручання та дренування. За наявності сформованих гнійників у ПКК та ЗК з наявністю гнійних секвестрів розкриття останніх виконувались з локальних доступів (середньо-серединний, люмбальний, позаочеревинний) з адекватною некрсеквестректомією та дренуванням. При середньо-серединній лапаротомії обґрунтованим є формування серединної оментопанкреатостоми. При первинних лапаротомних операціях проводили санацію черевної порожнини, некрсеквестректомію ПШЗ, розкриття заочеревинного простору по правому, лівому фланку та парапанкреатичного простору. Окрім стандартного дренування черевної порожнини застосовувалось поздовжнє дренування ложа ПШЗ по верхньому та нижньому контуру, правого та лівого фланків з виведенням дренажних трубок через праву та ліву попереково-бокову стінку черевної порожнини.

З метою профілактики і лікування гнійно-септичних ускладнень проводили антибактеріальну терапію.

У структурі летальності чоловіки становлять 35 (72,9%), жінки - 13 (27,1%). Основними причинами летальності були поліорганна недостатність як результат гострого інфікованого некротичного панкреатиту на фоні розлитого перитоніту, арозія крупної судини з масивною кровотечею.