

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

гіперпневматозу поперечно-ободової кишки та надмірною масою тіла пацієнтів, що часто поєднувались. Комп'ютерна томографія (КТ) проводилась з метою уточнення об'єму та характеру змін. Зокрема, КТ у 16 хворих II групи з тяжким(10) і критичним(6) ГП, засвідчило діагностичну цінність методу у хворих з критичним ГП у 83,33% пацієнтів, з тяжким - у 90% випадків.

Висновки. Діагностика ГНП вимагає оцінки результатів клінічних, інструментальних методів, а саме на першому етапі – УЗД ПЗ, надалі при тяжкому перебігу - КТ.

ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Білан А.О., Тверезовський А.В, Тетюра Д.В., студенти 4 курсу

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Леонов В.В.

*Сумський державний університет, медичний інститут,
кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом урології*

Актуальність: ураження жовчного міхура і жовчовивідних шляхів із запальними захворюваннями підшлункової залози приводять до виділення особливої клініко-морфологічної форми гострого панкреатиту(ГП) – біліарного.

Мета дослідження: вивчити сучасні методи діагностики і лікування ГБП та їх результати.

Матеріали і методи дослідження: Було проведено ретроспективний аналіз лікування 219 хворих на ГП за період 2015 рокув КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5».

Результати: Чоловіків було 150, жінок 69. Вік коливався від 19 до 72 років. Пацієнтів госпіталізували у невідкладному порядку, обстежили з використанням УЗД, рентгенологічного дослідження, КТ, діагностичної лапароскопії. У 79 (36%) пацієнтів причиною розвитку ГП була жовчнокам'яної хвороба, у 94 (43%) – аліментарний фактор, у 46 (21%) – причина не встановлена.

Консервативне лікування: купірування больового синдрому, паранефральна новокаїнова блокада, антибактеріальна терапія, покращення мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, комплексна детоксикація організму, інфузійна терапія на забезпечення корекції порушень водно-електролітного обміну, кислотно-лужного стану, стимуляцію моторики кишечника за показаннями, блокада секреторної функції підшлункової залози, гістопротекція впродовж 5-7 діб.

Показання до невідкладних та ранніх хірургічних втручань: неефективність консервативної терапії впродовж 2–3 тижнів, ознаки перитоніту, деструктивний холецистит, гнійний холангіт, конкремент в дуоденальному сосочку, поліорганна недостатність.

Ургентна операція здійснена у 5 (2,28%) пацієнтів. Показання до відтермінованих операцій: парапанкреатичні та (або)ретроколярні гнійні осередки, формування обмежених рідинних утворень чепцевої сумки та парапанкреатичної клітковини, флегмон парапанкреатичної клітковини, параколярної, клітковини, панкреатогенного перитоніту, піддіафрагмального абсцесу. Виконувалася лапаротомія з дренованям черевної порожнини, чепцевої сумки, ППК, ПМК. Санацію жовчовивідних шляхів виконували відкритим або лапароскопічним методом.

Висновок. Застосування стандартизованих диференційованих тактичних підходів у хворих на ГБП сприяло зменшенню тривалості перебування хворих у стаціонарі та поліпшенню результатів лікування.