

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

Показання для проведення ЧПД були: можливість проведення дренування за даними УЗД та КТ, наявність рідинного компоненту в зоні некрозу. ЧПД проводилось з метою усунення компресії на оточуючі органи та тканини, зменшення інтоксикації, прискорення демаркації зони панкреонекрозу та підготовки до «відкритої», при необхідності лапаротомної дренуючої операції.

Результати: 113 хворих основної групи в 64 хворих (57,0%) після проведеного ЧПД відмічався абортивний перебіг некротичного панкреатиту, пригнічення запального процесу, зниження інтоксикації, гіпертемії, лейкоцитозу та гострофазових білків (прокальцитонін та С пептид), у 17 (26,4%) з них діагностований стерильний пакреонекроз (за даним бактеріологічного дослідження пунктату). Серед найчастіших ускладнень ЧПД відмічали його неефективність через наявність великих секвестрів або густого гною, що слугувало показами для передренування дренажами з більшим діаметром чи проведення оперативного втручання (з мінідоступу чи лапаротомії). Найкращі результати після ЧПД відмічалися при оментобурситах і значно гірші при «бокових» парапанкреатитах (параколіт, паранефрит), і найгірші результати при флегмонах заочеревинного простору. Показами для оперативного втручання були – неефективність ЧПД на протязі 3–5 діб, поява міхурців повітря в рідинних скопиченнях за даними КТ; наявність великих секвестрів та затікання контрастної речовини в заочеревинну клітковину при проведенні фістулографії; флегмона заочеревинного простору. Перевагу віддавали мінідоступам (поперековий право – чи лівобічний люмботомії, оментобурсостомії). Такі операції проведено у 89 (56,0%) хворих, летальність в цій групі 12,3%. 71 (44%) пацієнту були проведені розширені лапаротомні операції, летальність в цій групі складала 27 (37%).

Загальна летальність в першій групі пацієнтів становила 15 (20,25%) чоловік, в другій групі 13 (11,4%).

Висновки: ЧПД під контролем УЗ в хворих на некротичний панкреатит може застосовуватися як самостійний метод лікування, так і як перший етап передопераційної підготовки хворого до відкритої лапаротомної операції. Застосування даної методики знижує загальну летальність до 11,4% з 20,25%.

Тенденції хірургічного лікування хворих на хронічний панкреатит з перспективою створення нового консенсусу

В. М. Клименко, А. В. Клименко, А. О. Стешенко, А. О. Никоненко

Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Дискусійність стосовно конкретики хірургічного та консервативного лікування хронічного панкреатиту (ХП) утруднює збалансованість і послідовність використання кожного з цих методів. Така невизначеність відносно консервативного лікування призводить до тенденцій призначення мегадоз ферментних препаратів з повним спустошенням власного функціонального резерву підшлункової залози (ПЗ), подальшим орієнтуванням на аутотрансплантацію острівцевих клітин ПЗ.

Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих на ХП шляхом більш ранніх оперативних втручань паренхімозберігаючого типу на основі єдиних патогенетичних підходів.

Матеріали та методи. У дослідження включені 139 пацієнтів, яким з приводу ХП з панкреатичною протоковою гіпертензією на противагу резекційним втручанням була

виконана паренхімозберігаюча операція: поздовжня тотальна панкреатівірсунгодуоденопапілотомія з ізольованим (58) та на короткій петлі за Ру (81) поздовжнім панкреатікоєюнодуоденоанастомозом. Жінок було 32, чоловіків — 107. У 108 (77,6%) хворих спостерігався алкогольний генез ХП. Віддалені результати простежені упродовж 5 років.

Результати. В усіх хворих припинився больовий синдром. Функціональні результати повністю залежали від ступеня функціональної (екзокринна та ендокринна) недостатності ПЗ на момент операції. Більш ранні оперативні втручання у 53 (38,1%) хворих на ХП, завдяки моніторингу больового синдрому і контрольованому спостереженню (сумісно з гастроентерологом) за розвитком панкреатичної протокової гіпертензії та екзокринної недостатності, сприяли збереженню доопераційного функціонального резерву ПЗ та відновленню якості життя, що прирівнювалась до здорових людей.

Висновки. Сумісний з гастроентерологом моніторинг больового синдрому і контрольоване спостереження за розвитком панкреатичної протокової гіпертензії у хворих на ХП за умов виконання пропонованої паренхімозберігаючої операції сприяє збереженню функціонального резерву ПЗ з якістю життя здорових людей.

Комплексне лікування гострого поширеного гнійного перитоніту

П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова

Донецький національний медичний університет (Краматорськ)

Вступ. Лікування пацієнтів з гострим поширеним гнійним перитонітом (ГПП), як і раніше, залишається актуальною і не до кінця вирішеною проблемою.

Мета дослідження: удосконалити підходи до лікування пацієнтів з ГПП.

Об'єкт і методи дослідження. Проаналізовано результати лікування 214 пацієнтів, оперованих з приводу ГПП. Чоловіків було 119 (55,6%), жінок – 95 (44,4%). У віці до 60 років було 106 (49,5%) пацієнтів. Супутня патологія, частіше серця, судин, легенів, виявлена у 117 (54,7%) хворих. Давність захворювання менше 3 діб відзначена у 107 (50%) пацієнтів, 4–6 діб – у 51 (23,8%), а більше 6 діб – у 56 (26,2%). 1-й ступінь Мангеймського індексу перитоніту виявлено у 31 (14,5%) пацієнта, 2-я – у 132 (61,7%), 3-тя – у 51 (23,8%). Абдомінальний сепсис виявлено у 182 (85,1%) пацієнтів, а поліорганна недостатність – у 49 (22,9%).

Всі пацієнти були розділені на 2 групи. У 1-у групу включено 105 пацієнтів, у яких хірургічне втручання виконувалося за загальноприйнятою методикою, а черевна порожнина зашивалася наглухо. При розвитку ускладнень виконували релапаротомію «за вимогою». У 2-у групу включено 109 пацієнтів, в лікуванні яких застосовувалася часткова лапаротомія, програмовані санації черевної порожнини, карбапенеми, методика «експозиційної санації» черевної порожнини, пролонгована епідуральна анестезія. Тактика ведення післяопераційного періоду, в т.ч. і терміни зашивання черевної порожнини, залежали від показників внутрішньочеревного тиску (ВЧТ).

Результати та обговорення. У 1-й групі післяопераційні ускладнення розвинулися у 22 (21%) пацієнтів: неспроможність швів – у 8 (7,6%), абсцеси черевної порожнини – 7 (6,7%), евентрація – 3 (2,9%), нагноєння післяопераційної рани – у 2 (1,9%), флегмона заочеревинної клітковини – 1 (0,95%), перфорація гострих виразок тонкої кишки – 1 (0,95%). Померли 53 (50,5%) пацієнта.