

основної групи, оперованих по методиці ІРОМ. Хворі основної групи не потребували призначення наркотичних анальгетиків з метою знеболення в ранньому післяопераційному періоді. Чотири пацієнти контрольної групи (8%) у зв'язку з вираженим больовим синдромом отримували наркотичні анальгетики. У 6(12%) пацієнтів контрольної групи, оперованих за методикою sublay, під час проведення ультразвукового дослідження було відмічено появу сером, що потребували пункції та аспірації. Середній післяопераційний ліжко–день у пацієнтів основної групи, яким була проведена герніопластика по методиці ІРОМ становив  $2,13 \pm 1,2$  ліжко–дня, для пацієнтів контрольної групи, оперованих по методиці sublay –  $7,2 \pm 2,15$  ліжко–дня.

#### **Висновки:**

1. Інтраабдомінальне встановлення сітчастих імплантів у хворих з пупковою грижею та діастазом прямих м'язів живота достовірно зменшує інтраопераційну травму, в порівнянні з преперитонеальним розміщенням імпланту у пацієнтів даної категорії.
2. При виконанні герніопластики за методикою ІРОМ у групі хворих з пупковою грижею та діастазом прямих м'язів живота спостерігається достовірне зменшення рівня показників медіаторів болю в периферичній крові на другу добу після виконання оперативного втручання, в порівнянні з герніопластиком за методикою sublay, що корелює з суб'єктивною оцінкою визначення інтенсивності больового синдрому за допомогою ВАШ в ранньому післяопераційному періоді.

УДК: 616.36–089.5–072.1:615.21–792]:616.37–002.42–089

*Кашиштарь А.В.*

### **БЛОКАДА КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ С ТИОТРИАЗОЛИНОМ ПОД КОНТРОЛЕМ МИНИЛАПАРОСКОПА В ЛЕЧЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Запорожский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

**Цель исследования** – улучшить лечение стерильного панкреонекроза, внедрив блокаду круглой связки печени под контролем минилапароскопа.

**Материал и методы.** С 2012 по 2015 годы у 45 пациентов с подозрением на неотложную абдоминальную патологию в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы №2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, выполнена лапароскопия набором инструментов диаметром 5 мм – минилапароскопия (МЛС), используя сконструированный польый

манипулятор. Исследования проведены по методике О.С. Кочнева (1988) с инфузией 1–1,5 л кислорода под местной анестезией.

Из 45 больных у 12 (26,7%) пациентов во время МЛС диагностировали стерильный панкреонекроз (СП). Мужчин было 3 (25%), женщин – 9 (75%). Возраст 43 – 66 лет. Все больные страдали сопутствующими заболеваниями. Ранее, в сроки от 4 до 28 лет, оперированы 6 (50%) пациентов (аппендэктомия, экстирпация матки с придатками, сальпингэктомия). СМП доставила больных в различные сроки от начала заболевания: в течение 12–24 часов – 6 (50%) пациентов, 1–2 суток – 4 (33,3%) и 3 суток – 2 (16,7%). Больным выполнено клиническое обследование, лабораторно–биохимическое, рентгенологическое, УЗИ, ФЭГДС, ЭКГ. Консервативная терапия проведена у 8 (66,7%) пациентов.

**Результаты.** Показанием к МЛС у 8 (66,7%) больных был панкреонекроз, перитонит, у 3 (25%) – острый панкреатит, прободная язва двенадцатиперстной кишки? и у 1 (8,3%) – острый панкреатит, холецистит. В течение 2 часов после госпитализации МЛС выполнили у 3 (25%) пациентов, 1–2 суток – у 8 (66,7%) и 3 суток – у 1 (8,3%). МЛС семиотика СП слагалась из достоверных и вероятных признаков. Основополагающими являлись достоверные признаки (геморрагический экссудат в брюшной полости, геморрагическая инфильтрация большого сальника, мезоколон и забрюшинной клетчатки, стеатонекроз на большом сальнике, брюшине). Вероятные признаки были вспомогательными (воспаление брюшины, отёк и гиперемия круглой связки печени, малого сальника, печёчно–двенадцатиперстной связки, области отверстия Винслоу, желудочно–ободочной связки, инфильтрат поджелудочной железы, симптом “Курвуазье”, парез тонкого кишечника, желудка, поперечной ободочной кишки). МЛС данные позволили определить СП и выполнить малотравматичную лечебную МЛС. Аспирация высокотоксичного перитонеального выпота с помощью полого манипулятора (амилаза достигала 512 г–ч/л). Блокада круглой связки печени под контролем МЛС осуществлена болюсным введением в клетчатку круглой связки печени 400 мл 0,25% раствора новокаина, 2 мл 2,5% раствора тиотриазолина. 5 мл фторурацила, 2 мл но–шпы, 20 000 ед. контрикала, 2 г. канамицина (Патент України № 28854 А). Направленное дренирование брюшной полости.

В палате интенсивной терапии проведена консервативная терапия. СП принял abortивное развитие, подтверждённое клиническим течением, данными лабораторно–биохимических исследований, УЗИ. Гладкое послеоперационное течение. Дренажи из брюшной полости удалены на 3 – 4 сутки. Швы сняты на 5 – 6 сутки. Осложнений и летальных исходов не было.

#### **Выводы:**

1. Минилапароскопическая семиотика стерильного панкреонекроза состоит из достоверных и вероятных признаков.

2. Разработанная блокада круглой связки печени с тиотиазолином показала эффективность в лечении стерильного панкреонекроза.
3. Комплексная терапия стерильного панкреонекроза позволила придать процессу abortивное развитие.

УДК: 617.55–039.74–089.819–072.1

*Капиштарь А.В.*

## **МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ ДИАМЕТРОМ 5 ММ**

Запорожский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургии и анестезиологии ФПО

**Цель исследования** – уменьшить травматичность и оценить результаты лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии путём внедрения инструментов и оптики диаметром 5 мм.

**Материал и методы исследования.** В хирургическое отделение КП “Городской клинической больницы №2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2012 по 2015 годы лапароскопия набором инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30° производства фирмы “ЭлеПС” г. Казань (Россия) и троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ “КРЫЛО” г. Воронеж (Россия) – минилапароскопия (МЛС), выполнена у 45 больных пометодике О.С. Кочнева (1988) манипулятором собственной конструкции. Мужчин было 28 (62,2%), женщин – 17 (37,8%). Возраст 19–93 года. Сопутствующая патология была у 35 (92,1%) пациентов. Ранее оперированы 11 (29%) больных.

После клинического обследования выполнены лабораторно–биохимические исследования, рентгенологические, УЗИ, ФЭГДС, они неинформативны. При поступлении МЛС осуществили у 19 (50%) пациентов и в течение 5 часов–14 суток – у 19 (50%). Показанием к ней у 29 (64,4%) больных была невозможность дифференциальной диагностики между острыми хирургическими заболеваниями, у 9 (20%) – установлен острый панкреатит, перитонит и у 7 (15,6%) – повреждения абдоминальных органов?

**Основные результаты исследований.** Пациентов разделили на 3 группы. Группу А составили 32 (71,1%) больных с острыми хирургическими абдоминальными заболеваниями (асептический панкреонекроз – 12, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки – 7, деструктивный аппендицит – 4,