

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

жинних стриктур, конкрементів в паренхімі ПЗ, підвищення ТТС 200 та ↑ мм.рт.ст у всіх відділах ПЗ та ↑ протоковим тиском – висічення паренхіми ПЗ на всьому протязі в зв'язку з оклюзією протоків другого та третього порядків.

Висновки. Пейсмейкером ХП слід вважати зону максимального фіброзу, яка не завжди локалізується в головці ПЗ. Хірургічна корекція повинна бути направлена не тільки на виконання локальної резекції та зниження внутрішньопотокового тиску ПЗ але на широке висічення стриктури з розкриттям протоків другого та третього порядків. Резекція повинна виконуватися в місці максимального ТТС (>200 мм.рт.ст), в інших зонах (100 мм.рт.ст та >) достатньо простої дренуючої процедури.

Лечебные лапароскопические вмешательства у пострадавших с травматическим панкреонекрозом

А. В. Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

Травматические повреждения поджелудочной железы составляют от 2,7 до 5,3% от всех абдоминальных повреждений при закрытой травме живота. Одним из частых и грозных осложнений травмы поджелудочной железы является панкреонекроз, составляющий 36,6–64,9% случаев.

Цель исследования: определить роль лечебных лапароскопических вмешательств у пострадавших с травматическим панкреатитом.

Объект и методы исследования. Из 40 пациентов с закрытой травмой живота и подозрением на абдоминальные повреждения, после диагностических лапароскопических вмешательств (ДЛСВ), у 25 (60,5%) пострадавших определили стерильный травматический панкреонекроз и выполнили лечебные лапароскопические вмешательства (ЛЛСВ). Мужчин было 20 (80%), женщин – 5 (20%) в возрасте от 15 до 85 лет. Криминальная травма была у 13 (52%) пациентов, бытовая – у 6 (24%), ДТП – у 3 (12%), кататравма – у 1 (4%), факт травмы скрыт – у 2 (8%). В остром алкогольном отравлении находились 5 (20%) лиц, шоке – 4 (16%), их сочетании – 3 (12%). В течение 1 часа после травмы СМП транспортирован 1 (4%) пациент, 2–6 часов – 5 (20%), 6–12 часов – 4 (16%), 12–24 часа – 4 (16%) и 1–10 суток – 11 (44%). Изолированная травма имела место у 13 (52%) пострадавших, множественная – у 2 (8%) и сочетанная – у 10 (40%). Ранее оперировали 7 (28%) пациентов. Все обследованы.

Результаты и их обсуждение. ДЛСВ и ЛЛСВ осуществлены аппаратом фирмы Karl Storz (Germany) по усовершенствованной методике Kelling, используя манипулятор собственной конструкции. Они выполнены в течение 1 часа после госпитализации у 12 (48%) пострадавших, 1–2 часов – у 4 (16%), 3–5 часов – у 1 (4%), 6–12 часов – у 5 (20%), 12–24 часа – у 2 (8%), на 7 суток – у 1 (4%). Диагностировали стерильный травматический панкреонекроз (геморрагический–14, жировой–11). Перитонит был у 18 (72%) пациентов.

ЛЛСВ носили разносторонний характер. Перитонеальный экссудат аспирировали у 18 (72%) пострадавших. Блокада круглой связки печени (Патент Украины 28854 А) осуществлена у 15 (60%) пациентов (канюлирована круглая связка печени–4) и блокада круглой связки печени (Патент Украины 32236 А) – у 3 (12%), блокада мезоколон – у 4 (16%), блокада круглой связки печени и мезоколон – у 3 (12%), холецистостомия – у 1 (4%). Брюшная полость и малый таз дренировали. Продолжена многокомпонентная

интенсивная консервативная терапия согласно клиническим протоколам оказания медицинской помощи (Киев, 2013 год).

В послеоперационном периоде у 23 (92%) пострадавших патологический процесс принял абортивное развитие. Оперировали 2 (8%) пациентов. Показанием у 1 (50%) пострадавшего было поступление крови по дренажу из брюшной полости через 1,5 часа после ЛЛСВ и у 1 (50%) – не контролируемая динамической кишечной непроходимости в течение 12 часов. Ушит разрыв брыжейки илеоцекальной зоны, вскрыта гематома мезоколон (1), осуществлена назо–интестинальная интубация тонкого кишечника, канюлирование правой желудочно–сальниковой артерии, блокада брыжейки кишечника (1). Течение гладкое. Все пациенты выписаны.

Выводы:

1. Из всех пострадавших с закрытой травмой поджелудочной железы после лапароскопии у 60,5% пациентов стерильным травматическим панкреонекрозом выполнены ЛЛСВ.
2. Компонентами ЛЛСВ были разнообразные парапанкреатические блокады, аспирация перитонеального экссудата, холецистостомия, направленное дренирование брюшной полости и малого таза.
3. Консервативная терапия придала патологическому процессу абортивное течение у 92% пациентов, оперировали 8% пострадавших без летальных исходов.

Малоінвазивні хірургічні втручання – етап в лікуванні важких форм некротичного панкреатиту

А. Б. Кебкало, З. З. Парацій, Б. Г. Бондарчук, В. В. Тисельський

**Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупіка, Київ,
Київська обласна клінічна лікарня (**

Актуальність теми: актуальність досліджень, присвячених проблемі діагностики та лікування важких форм некротичного панкреатиту (НП) обумовлена великою частотою захворюваності та високими відсотками летальності.

Мета: оцінити роль черезшкірного пункційного дренивання (ЧПД) під контролем УЗ в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит.

Матеріали та методи: Проаналізовані результати лікування 187 пацієнтів з важкими формами НП з 2012 по 2017рр. Вік пацієнтів становив від 22 років до 76 років, чоловіків 124 (66,8%), жінок 63 (33,2%). Середній вік пацієнтів становив 46 років. За етіологічними чинниками, що призвели до розвитку некротичного панкреатиту був наступний розподіл: аліментарний НП (алкогольний) – 143 (76,0%), біліарний НП – 21 (11,4%), ідіопатичний 16 (8%,0), після проведення ендоскопічної паліосфінктеромії (ЕПСТ) – 7 (3,7%). Важкість перебігу НП оцінювали за шкалою APACHE II – в середньому 11 балів (від 8 до 15 балів). Середня важкість перебігу НП була 87 пацієнтів (45,7%), тоді як важка форма перебігу НП була відмічена в 101 пацієнта (54,3%).

Всі пацієнти були розділені на 2 групи: до першої групи (контрольної) було включено 74 пацієнта (37%) прооперованих без проведення попередніх малоінвазивних втручань; до другої групи (основної) було включено 113 пацієнтів (63,0%) яким на першому (передопераційному) етапі було проведено малоінвазивні дренируючі втручання (1–3 маніпуляції). По важкості перебігу НП, розповсюдженості парапанкреатичних ускладнень обидві групи є репрезентативними.