

операцій с летальністю 8,5%, ускладненнями 10%.

У 34 (42,5%) больних використані лапароскопічні методи оперативного лікування. На фоні інтенсивної консервативної терапії в умовах палат інтенсивної терапії тільки дренирування забрюшинного простору і брюшної порожнини виявилось ефективним у 13 (59%) больних. У 7 больних після дренирування в різні терміни сформувались панкреатичні абсцеси, які були дренировані під ультразвуковим контролем. Ще двом больним, внаслідок прогресування захворювання з некрозом залізи і флегмою забрюшинного простору проведено лапаротомію з дистальною панкреатсеквестрнекрэктомією, дренируванням забрюшинного простору, брюшної порожнини, назоінтестинальної інтубацією кишечника.

У 12 (15%) больних з панкреонекрозом проведена лапароскопічна некрэктэктомія і дренируванням забрюшинного простору. З цієї групи у 10 (83,5%) операція виявилась ефективною. Двом больним потрібувалася повторна (планова) лапароскопічна санація для повної ліквідації гнійного процесу, ще двом, внаслідок прогресування некрозу залізи, виконана відкрита лапаротомія з дистальною панкреатсеквестрнекрэктомією. Летальних ісходів в цій групі больних не було, відзначено 2 (16,6%) ускладнення в формі утворення зовнішнього неповного панкреатичного свища, які закрились самостійно в різні терміни післяопераційного періоду.

Безумовно, лапароскопічні методики операцій є невід'ємною частиною в лікуванні больних з панкреонекрозом, однак використання їх в формі прямих втручань на залізі потребує чітких критеріїв об'єктивізації загального стану больного (сепсис), оцінки змін залізи (ступінь життєспроможності), поширеності гнійного процесу в забрюшинному просторі і брюшній порожнині.

УДК: 616.381–072.1:616–083.98–089

Ярешко Н.О., Рілов А.І., Данилюк М.Б., Кубрак М.А., Глазков А.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

КУ “Міська клінічна лікарня екстреної та невідкладної хірургічної допомоги
м. Запоріжжя”

Запорізький державний медичний університет,
кафедра хірургії та анестезіології ФПО

Ціль роботи: шляхом аналізу використання відеолапароскопічних оперативних втручань покращити результати лікування пацієнтів з ургентною

хірургічною патологією.

Матеріали та методи дослідження. В КУ “Міська клінічна лікарня екстреної та невідкладної медичної допомоги м. Запоріжжя” у першому хірургічному відділенні, на базі кафедри Хірургії та анестезіології ФПО, Запорізького державного медичного університету виконано 791 відеолапароскопічну операцію за період з 2013 по 2015 роки. Із них у 7% виконувалась діагностична відеолапароскопія.

Результати та їх обговорення. Найбільшу кількість відеолапароскопічних операцій виконано при гострому апендициті – 359 (45,4%), за час аналізу проведена одна конверсія (0,28%), причиною якої виявлена пухлина сліпої кишки під час операції. Лапароскопічна холецистектомія проведена у 157 хворих (19,85%). У 17 пацієнтів (10,8%) під час оперативного лікування проведено конверсію, причиною цього стали периміхуровий інфільтрат 10 випадків (55,8%), синдром Мірізі 3 випадки (17,7%), кровотеча із міхурової артерії (5,9%), деструктивний холецистит ускладнений міліарною гіпертензією 2 випадки (11,8%) та холедохолітиаз виявлений інтраопераційної –1 випадок (5,9%) . При гострій кишковій непрохідності проведено 8 відеолапароскопічних операцій (1,01%). Перехід до лапаротомії здійснено у 2 пацієнтів (25%). В одному випадку (12,5%) пошкоджена петля тонкої кишки, виконана лапаротомія, ушивання та інкубація тонкого кишечника. У одному випадку (12,5%) через виражений злуковий процес відеолапароскопічне оперативне втручання продовжувати було неможливо, виконана лапаротомія, вісцероліз, усунення причини кишкової непрохідності. Відеолапароскопічне дронування черевної порожнини при гострому панкреатиті проведено у 26 хворих (3,12%). При чому у 20 хворих (76,9%) цього було достатньо, процес загальмувався. У 6 хворих (23,1 %) розвинувся інфікований панкреонекроз, що привело до повторних оперативних втручань. 162 (20,5%) відеолапароскопічних оперативних втручання проведено при ургентній гінекологічній патології (позаматкова вагітність, розрив кісти, піосальпінкс), виконувалась енуклеація кіст, тубектомія, санація та дронування черевної порожнини.

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі з гострим апендицитом – $6,4 \pm 0,2$ дня, з гострим холециститом складала $8,1 \pm 0,3$ дня, при злуковій кишковій непрохідності – $10,8 \pm 0,7$ дня, а при гострому панкреатиті, лише лапароскопічно дренованому – $13,7 \pm 0,9$ дня. Ускладнень у ранньому післяопераційному періоді не було. Тоді як при відкритих оперативних втручаннях: апендектомія – $8,3 \pm 0,5$ дня, холецистектомія – $10,2 \pm 0,7$ дня, при гострому панкреатиті – $18,2 \pm 1,2$ дня та при злуковій хворобі черевної порожнини $13,1 \pm 1,1$ дня.

Висновки. Аналізуючи отримані дані можна зробити висновок, що відеолапароскопічні оперативні втручання все ширше використовуються в ургентній хірургії, дозволяють виконати більш якісну діагностику і значно знижують ризик післяопераційних ускладнень. Мінімальна операційна травматизація дозволяє активізувати хворих у ранньому післяопераційному періоді, знижує терміни перебування пацієнтів у стаціонарі та покращує якість життя. Поки що, протипоказанням до ургентного відеолапароскопічного оперативного втручання, за нашими даними, є розлитий гнійний перитоніт, виражена злукова хвороба черевної порожнини (3 та більше перенесених лапаротомій), а також, хворі з анестезіологічним ризиком 3б – 4 ст. по Гологорському В.А.. У всіх решті випадках відеолапароскопія показана та бажана.