

Балака С.М., Повеличенко М.С., Гоні С.Т.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Кафедра хирургии №2

(научный руководитель - д.мед.н. Красносельский М.В.)

Введение. Существует мировая тенденция использования малоинвазивных методов в абдоминальной хирургии. У пациентов с острым панкреатитом эти операции позволяют устранить жидкостные скопления в брюшной полости с минимальным риском для больного.

Материалы и методы. Миниинвазивные операции под ультразвуковым контролем были проведены у 74 больных с острым деструктивным панкреатитом. Исследования проводились с использованием ультразвуковых сканеров Philips HD-11 XE, Радмир Ultima Pro-30 и Simens Sonoline SI-50 (выпуклые датчик 2,5 МГц). Были использованы иглы 16–20 G, дренажные установки 6–16 F.

Результаты. Пункционное лечение у пациентов с жидкостными образованиями сроком болезни до 4 недель были проведены у 40 больных, в течение 4 недель – 34 (признаки инфекции были выявлены у 30 из них). Вмешательство всегда выполнялись с использованием техники «свободные руки». Это позволило добиться достижения образованиями по криволинейной траектории. Пункции производились в случае малых и средних размеров жидкостного образования (24 больных), содержимое эвакуировали а полость промывали раствором антисептика. В случае больших размеров жидкостного образования

(более 500 мл полости) и наличие инфицирования предпочтение отдавалось чрескожному дренированию. Полости с большим скоплением некротических масс промывались до 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде было проверено исследование количества продуцируемой образований жидкости, бактериологические и цитологические анализы, УЗИ мониторинг полости. Продолжительность дренирования определяется строго индивидуально и зависит от количества жидкости, темпов очистки полости и объема остаточной полости.

Такой подход позволил устранить полости у 66 больных в период от 3 до 9 недель. В послеоперационном периоде у 5 (6,8%) пациентов произошла транслокация дренажа, потребовавшая редренирования жидкостного скопления. Открытое оперативное лечение было выполнено у 8 (7,9%) пациентов. Случаев летальности не было.

Заключение. Миниинвазивные оперативные вмешательства у больных с острым панкреатитом позволяют устранить негативные последствия «больших» операций, удаление негативных эффектов жидкостных образований брюшной полости и привести к ликвидации кавернозных структур в 89,2% случаев.

Банадига А.І.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Тернопільський державний медичний університет, Тернопіль, Україна

Кафедра хірургії №1

(науковий керівник - д.мед.н. Дзюбановський І.Я.)

Актуальність. Проблеми морбідного ожиріння (МО) пов'язана з загрозою інвалідизації пацієнтів та зниженням тривалості життя, з розвитком супутніх захворювань. За прогнозами ВОЗ у 2015р. у світі 2,3 млрд. дорослих матимуть надлишкову масу тіла, 700 млн-МО. МО є надзвичайно актуальним і для України: надмірну МТ мають 29,7% жінок та 14,8% чоловіків. Крайні форми МО не можуть бути подолані дієтою чи медикаментами. На даний час відомі 50 методик хірургічного лікування МО. Показами до хірургічного лікування є: індекс МТ>40кг/м² впродовж 5 років; за наявності тяжкої супутньої патології (цукрового діабету II типу, неконтрольованої артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності) – індекс МТ–35кг/м². Мета. вивчити стан проблеми хірургічних методів лікування МО.

Матеріали і методи. Питання вибору методу бариатричної операції при МО залишається предметом для дискусій. Через технічну простоту та низьку частоту ранніх ускладнень, бандажування шлунка (БШ)– є найбільш розповсюдженим. Однак, у віддаленому періоді у 7% –40% хворих виникають ускладнення, що можуть приводити до повторних операцій, а в 15–20% – вона

недостатньо ефективна. Найбільш широко вживана (65%) в США– операція шунтування шлунка (ШШ). Порівнюючи результати та ризик БШ, ШШ і біліопанкреатичного шунтування (БПШ), з'ясували: ранні ускладнення спостерігались в 9% хворих після БШ, в 23% після ШШ, в 25% після БПШ. У зв'язку з цим, застосування комбінованих операцій у хворих з високим операційним ризиком є проблематичним.

Нашу увагу привернув метод поздовжньої (вертикальної) резекції шлунка («Sleeve gastrectomy»). На даний час ми на етапі експерименту. Не має загальноприйнятої назви і тому її називають: повздовжня, лонгітудіальна, вертикальна, рукавна резекція шлунка або вертикальна повздовжня ексцізіона гастропластика. Операція передбачає повздовжнє вертикальне степлерне прошивання і пересічення стінки шлунка від антрального відділу (5 см проксимальніше ворота по великій кривині) до кута Гіса та резекцію лівої частини шлунка (приблизно 70%), до якої входить частини антрального відділу, тіла та дна з боку великої кривини). Формується максимально звужена вздовж малої кривини шлункова трубка або «рукав», при цьому бандажування кукси шлунка не виконується.