

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

**Гонтарь Є.В.**  
**ПЕРЕВАГИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЛАПОРОСКОПІЇ У ЛІКУВАННІ**  
**ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**  
**Харківський національний медичний університет**  
**Кафедра хірургії №2**

**Науковий керівник: к.мед.н.Антонова М.С.**

Мета роботи: Визначити переваги діагностичної лапароскопії в лікуванні гострого панкреатиту.

Матеріали і методи: Протягом 4 років (за період з 2011 по жовтень 2015) в 1 хірургічному відділенні лікувались 183 пацієнта з гострим панкреатитом. З них 73 чоловіки і 110 жінок у віці від 23 до 77 років. Раніше 24 годин від початку захворювання поступили в лікарню 44 пацієнта (24%), а 139 (76%) - пізніше 24 годин. Жовчнокам'яна хвороба є причиною панкреатиту в 53% випадків, в 45% - захворюванню передувало прийом алкоголю і його сурогатів, 2% - інші причини (алергічні, лікарські). Виявлено, що основною причиною панкреатиту у чоловіків є прийом алкоголю і його сурогатів, а у жінок - ЖКБ. При надходженні всім хворим була призначена інтенсивна консервативна терапія, яка у 20 (10,9%) пацієнтів привела до їх одужання. Показання для проведення діагностичної лапароскопії були виявлені у 163 (89%) хворих. За результатами проведеної діагностичної лапароскопії була побудована тактика подальшого оперативного лікування. При виявленні ознак гострого геморагічного панкреатиту - до 500 мл серозно-геморагічного випоту, набряклість малого сальника, шлунково-ободової зв'язки, симптом "золотого піску" - виконується лапароскопічна санація черевної порожнини, абдомінізація підшлункової залози, дренивання сальникової сумки, дренивання черевної порожнини. При виявленні біліарної причини гострого панкреатиту (гострий деструктивний, обтураційний холецистит, ознаки гіпертензії позапечінкових жовчних шляхів) виконується лапароскопічна холецистектомія, дренивання холедоха + ІОХГ, дренивання черевної порожнини. При виявленні ознак гострого панкреонекрозу: значна кількість (більше 500,0 мл) геморагічного випоту, виражений склоподібний набряк малого сальника і шлунково-ободової зв'язки, наявність бляшок "стеаринової некрозу" - виконують лапаротомію. При виявленні другої гострої хірургічної патології: гострого апендициту, гострого мезентеріального тромбозу, спайкової хвороби черевної порожнини і т.д. - виконуються відповідні втручання.

Результати: В результаті проведеної діагностичної відеолапароскопії було встановлено, що у 6 (3,2%) пацієнтів відсутня патологія черевної порожнини; у 30 (16,4%) проведена лапароскопічна санація черевної порожнини, абдомінізація підшлункової залози, дренивання сальникової сумки і дренивання черевної порожнини; в 33 (18%) випадках виконували ЛХЕ, дренивання холедоха + ІОХГ і дренивання черевної порожнини; у 114 (62,3%) хворих виявлені показання до виконання лапаротомії. У перебігу післяопераційного періоду пацієнти отримували інтенсивну інфузійну, антибактеріальну, антиферментну терапію та ін. Хворі на третю добу після операції стали більш активні. Видалення дренажної трубки з сальникової сумки проводили на 5-6 добу післяопераційного періоду. У 15 (8,2%) пацієнтів при лапароскопічному втручанні виникли післяопераційні ускладнення у вигляді ранньої спайкової тонкокишкової непрохідності. Термін перебування хворих у стаціонарі після діагностичної лапароскопії - від 12 до 14 днів, в той час як після відкритої операції - від 30 до 95 днів.

Висновки: Таким чином, перевагами діагностичної лапароскопії є: значно менші післяопераційні болі, більш короткий період госпіталізації хворого і менший час відновлення після операції.

**Гончарова Н.М., Тесленко О.С.**

**ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ**

**Харківський національний медичний університет,**

**Кафедра хірургії № 2**

**Науковий керівник – д. мед. н., проф. Криворучко І.А.**

З широким впровадженням у практику мінінвазивних втручань, які застосовуються для лікування псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ), ускладнених механічною жовтяницею (МЖ), все більше хірургів віддають перевагу цим способам, збільшуючи вірогідність відкладання необхідного лапаротомного втручання.

Мета дослідження – оптимізація методів хірургічного лікування хворих з ПК ПЗ, ускладненими МЖ, з використанням мінінвазивних методів.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічних втручань 115 хворих на ПК ПЗ, ускладнені МЖ, з них чоловіків – 106 (92,2 %), жінок – 9 (7,8%), віком від 21 до 79 років. Всі хворі розділені на три групи за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.). Всі хворі обстежені за загально прийнятими методиками.

Результати досліджень. При лікуванні ПК ПЗ I типу у всіх хворих виконували пункції під контролем УЗД, які у 75 % були остаточним методом втручання; у 1 – подальше черезшкірне зовнішнє дренажування (ЗД) ПК за типом «pigtail», у 2 – після формування стінок ПК накладено цистопанкреатоєюностомію (ЦПЕС). Пункції ПК II типу під контролем УЗД виконані 3 хворим. Ендосонографічні пункції ПК виконані 3 хворим. Ендоскопічні цистодуоденостомії за типом «double-pigtail» виконані 2 пацієнтам. При ПК II типу 15 хворим виконана повздожжня ЦПЕС за Ру, яка у 7 з них з вірсунголітіазом та стенозом термінального відділу холедоуху доповнена холецистоєюностомією. У 12 пацієнтів виконані цистоеюностомії (ЦЕС). У 4 хворих з інфікованими псевдокістами ПЗ, з МЖ, виконані лапаротомії (ЛТ) з ЗД. При кровотечах у порожнину ПК у якості I етапу 3 хворим виконані рентгенендоваскулярні оклюзії (РЕО) судин. У якості II етапу 2 хворим накладено цистоеюноанастомози (ЦЕА) та 1 пацієнту – ендосонографічну пункцію ПК. У 1 хворого з кровотечею у порожнину ПК, гнійним холангітом, МЖ виконано, після зупинки кровотечі, ЗД ПК та гепатікоєюностомію та 1 пацієнту – повздожжню ЦПЕС. При хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті (ХФДП) з кістозною трансформацією голівки ПЗ, яка стискає шлунок та/або ДПК та МЖ 1 хворому виконано Бернську модифікацію операції Бегера. При локалізації ПК у голівці ПЗ та МЖ 11 пацієнтам виконано операцію за Frey. При ПК ПЗ III типу 27 хворим виконані повздожжні ЦПЕС. У 1 хворого з ХФДП, ПК голівки ПЗ, МЖ, виконано черезшкірну кризьпечінкову холецистостомію (ЧКХ) під контролем УЗД, з наступним накладенням ЦПЕС та холедоходуоденоанастомозу. При наявності інфікованої ПК ПЗ, з МЖ та вторинною портальною гіпертензією (ВПГ), 1 хворому виконано гепатікоєюностомію за Ру та повздожжню ЦПЕС. У 3 хворих з ПК ПЗ III типу, з МЖ та кровотечею, у якості I етапу були виконані РЕО судин, що спричинили кровотечу, з подальшою ЦПЕС. При ХФДП з ПК ПЗ, з кровотечею, вірсунгоррагією, МЖ, стенозом v. portae,