

Померло 3 хворих (14%). В результаті комплексного проведення лікування хворих на НФ середній ліжко день склав 24 дні, летальність 3 хворих (14%).

Висновки.

1. Максимальне скорочення термінів передопераційної підготовки.
2. Адекватний об'єм розкриття, некректомія, фасціотомії та активне дренивання порожнин.
3. Детоксикаційна комплексна терапія проводилась в реанімаційному відділенні для корекції сепсису.

Каніковський О.Є., Павлик І.В., Томашевський А.В.

КОРЕКЦІЯ ГОМЕОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця

Вступ. Підходи до лікування хронічного панкреатиту еволюціонували протягом останніх десятиліть в сторону локальних резекцій підшлункової залози. Однак, хворі на хронічний панкреатит відносяться до категорії вкрай важких а хірургія підшлункової залози до «state of the art surgery». Тому проблема перед-, пери- та післяопераційної корекції гомеостазу у таких хворих залишається актуальною.

Мета роботи. Покращити результати хірургічного лікування хворих на ускладнений хронічний панкреатит впровадження enhanced recovery protocol after surgery периопераційного забезпечення.

Матеріали, об'єкт та методи. В хірургічній клініці медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова протягом 2000 – 2017 рр. проведено хірургічне лікування 181 хворих на хронічний панкреатит (ХП), ускладнений синдромом панкреатичної гіпертензії. Згідно класифікації TIGAR-O 162 (90%) пацієнтів ХП виник після перенесеного ГП, 172 (95%) – відмічався токсичний вплив алкоголю, причому

18 пацієнтів не відмічали в анамнезі перенесеного ГП, а у 2 хворих ХП виник після проведеної хіміотерапії. Згідно класифікації Büchler (2009) «В» стадія хронічного панкреатиту відмічалася у 22,65% (41 хворий), «С» стадія – 77,35% (140), серед них панкреатогенний цукровий діабет відмічався у 38 хворих. Відповідно до Марсельсько-Римської класифікації ХП (1989) кальцифікуючу форму діагностовано у 21 хворих, обструктивну - 34, запальну - 2, фіброз підшлункової залози у 12, ретенційні і псевдокісти у 112. Супутні захворювання діагностовано у 152 (83,9%) хворих.

Результати та обговорення. В оперативній корекції синдрому панкреатичної гіпертензії є важливим не тільки ліквідація внутрішньопротокового тиску, але і максимальне розкриття протоків 2 і 3 порядків і видалення пейс-мейкуру ХП (запального інфільтрату) шляхом висічення паренхіми ПЗ. У всіх хворих з кальцифікуючою формою ХП(14) та зобструктивною (8) розширенням протоки по типу низки озер виконана локальну резекцію ПЗ за Fray – Izbicky. У 4 хворих при ретропанкреатичній локалізації кісти підшлункової залози було виконано локальну резекцію ПЗ за Fray – Izbicky з цистопанкреатоєюностомією за Кадощуком Т.А. При розширеній панкреатичній протоці у 6 хворих виконали локальну резекцію ПЗ за Fray. Панкреатодуоденальна резекція виконана у 5 хворих з псевдотуморозною формою хронічного панкреатиту ускладненого панкреатичною гіпертензією. Післяопераційна летальність склала 1,1%.

Висновки. Enhanced recovery protocol after surgery у хворих на хронічний панкреатит включав: епідуральну аналгезію + відмову від широкого вжитку наркотичних аналгетиків взамін призначення з ціллю знеболення в/в парацетамолу та декскетопрофену, призначення антиеметиків, антимікробну профілактику, постановку уретрального катетру, назогастральної інтубації та дренивання черевної порожнини під час операції, ранню активізацію хворих, , респіраторні вправи на 1-шу добу післяопераційного періоду, раннє харчування

хворих. Даний підхід дозволяє скоротити термін перебування таких хворих з стандартних 10-14 до 7-10 діб.

Каретна А.О., Чайка Г.В., Яремчук Л.В.

ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЯ У ЖІНОК РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

м.Вінниця

Обговорення проблеми. Актуальність проблеми гіперпластичних процесів ендометрія у хворих репродуктивного віку не втрачає свого значення як з позицій відновлення і збереження репродуктивної функції, так і профілактики онкопатології. Це особливо важливо в даний час з урахуванням зміни екологічної ситуації і пов'язаного з цим зростання патології ендометрія. За літературними даними, в структурі гінекологічної захворюваності питома вага гіперпластичних процесів ендометрія становить від 12 до 20%. Гіперпластичні процеси ендометрія також одна з найчастіших причин виконання гістеректомій і пов'язаної з втратою репродуктивного органу інвалідизації і зниження якості життя жінок. У всьому світі гіперпластичні процеси ендометрія розглядаються як основа для формування раку ендометрія, який займає друге місце в структурі онкологічної захворюваності у жінок після раку молочних залоз. Разом з тим, наявні на сьогоднішній день методи лікування гіперпластичних процесів ендометрія недостатньо ефективні, про що свідчить високий відсоток рецидивів.

Виходячи з викладеного, в сучасних умовах при веденні пацієнток з гіперпластичними процесами ендометрія особливого значення набувають розробки та впровадження новітніх високоефективних медичних технологій, методів прогнозування, профілактики і лікування, які можуть впливати на різноманітні ланки патологічного гіперпластичного процесу ендометрія, сприяти нормалізації процесів регуляції гормонального гомеостазу, покращенню