

Двохетапні мініінвазивні оперативні втручання при непрохідності жовчних проток проведено у 70 (50,0%) хворих. На першому етапі було здійснено ендоскопічні транспапілярні втручання, на другому – лапароскопічну холецистектомію. Одноетапні мініінвазивні втручання виконано у 16 (11,4%) пацієнтів. Одноетапні відкриті операції на жовчних протоках проведено у 54 (38,6%) випадках. Для проведення дозованої декомпресії жовчних проток у післяопераційному періоді застосовували зонд–обтуратор позапечінкових жовчних проток (патент України №104826).

Ускладнення після двохетапних мініінвазивних втручань спостерігали у 5 (7,1%) випадках, після одноетапних – у 10 (14,3%) ($p < 0,05$).

Висновки. Двохетапна хірургічна тактика при МЖ у хворих похилого та старечого віку дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень на 7,2%. Одноетапну корекцію доцільно виконувати при гіпербілірубінемії нижче за 100 мкмоль/л, тривалості МЖ не більше 14 днів, наявності компенсованої або субкомпенсованої супутньої патології.

Для попередження постдекомпресійної дисфункції печінки доцільно проводити дозовану декомпресію жовчних проток з комплексною консервативною терапією.

Каніковський О.Є., Коцюра О.А., Осадчий А.В.

ДЕТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕКРОТИЧНОМУ ФАСЦІТІ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м.Вінниця

Актуальність. Гостра гнійна інфекція в структурі хірургічного стаціонару становить 14-28,5%. Клінічний перебіг вирізняється особливою важкістю і супроводжується високою летальністю від 13,9% до 30%. Невчасна діагностика захворювання, недооцінка важкості стану хворого і як наслідок відсутність адекватного комплексного лікування в значній мірі призводить до летальності пацієнта від септичного шоку.

Мета дослідження. Розробка “enhanced recovery protocol” при некротичному фасциїті.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 21 хворих на некротичний фасциїт, які знаходились на лікуванні в хірургічній клініці медичного факультету №2 ВНМУ в період з 2010р. по 2015 рік. з них: чоловіків 12 (57%), 9 жінки (43%). Вік хворих складав від 41 до 74 років (середній вік 57 років). Причинами розвитку захворювання у 16 пацієнтів був гострий гнилісний парапроктит (76%), 3 пацієнти з гнійно-некротичним враженням передньої черевної стінки (14%), 1 пацієнт опік крижової ділянки (5%) у 1 пацієнтки гострий бартолініт (5%).

Результати. Широке розкриття «лампасними» розтинами, та видалення нежиттєздатних тканин в терміни до 4 годин від госпіталізації. Для повного очищення ран використовуємо апарат ультразвуком кавітації «Sonoca400» компанії «Soring». Активне дренажування системою активної аспірації компанії «КСІ» апаратом «ActiVac» скорочує терміни очищення рани(2-3 доба), поява грануляцій (4-6 доба) та активує власні репаративні процеси. В якості знеболення широко впроваджували пердуральну анестезію, відмову від наркотичних анальгетиків та використання комбінації парацетамолу та декскетопрофена.

Антибактеріальна терапія проводилась з введенням антибіотиків широкого спектру дії (цефалоспорино III-IV покоління + метронідазол), при неефективності карбопеніми. Відновлення водно-електролітних порушень супроводжувалась інфузією кристалоїдів в об’ємі 30мл/кг, в співвідношенні з колоїдними розчинами 4-5:1. Для корекція анемії, гіпоальбумінемії переливали еритроцити, свіжезаморожену плазму, 20% альбумін.

В післяопераційному періоді для стимуляції імунної системи та дії антибактеріальних препаратів використовували гіпербаричну оксигенація, плазмофорез «центрифуга РС-6, контейнери для крові TERUMO» тільки після відновлення протеїнемії, та озонотерапію – апарат «ОЗОН УМ-80»

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