



Паляниця А.С.
ВИКОРИСТАННЯ ЛАПАРОСКОПІЇ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ
ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Гострий панкреатит є однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії. В останні роки відмічається невинне зростання кількості хворих на гострий панкреатит в структурі хірургічної патології органів черевної порожнини. Не дивлячись на розширення арсеналу методів та засобів інтенсивної терапії, летальність, за даними різних авторів, коливається від 1,5 до 86 %, досягаючи 98 – 100 % при миттєвій формі.

Упродовж 6 років оперативне лікування було проведено у 58 хворих на гострий панкреатит. Вік хворих складав від 28 до 71 року. Причиною виникнення гострого деструктивного панкреатиту у 56,9% було захворювання біліарної системи, у 41,4% порушення в дієті (надмірне вживання алкоголю, гострої та жирної їжі та інше), у 1,7% травма підшлункової залози.

В першу добу, після поступлення до стаціонару, крім лабораторно-біохімічних досліджень, всім пацієнтам проводилось ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та езофагогастроуденофіброскопія. 17-и (29,3%) хворим у невідкладному порядку в терміни до 24 годин після госпіталізації була виконана лапароскопія, тому, що незважаючи на використання вище перерахованих методів дослідження, діагноз був невиясненим, відмічалися ознаки перитоніту, неможливо було виключити наявність іншого гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини.

На другу-третю доби лапароскопія виконана у 12-и (20,7%) хворих. Показами до виконання лапароскопії була неефективність консервативної терапії гострого панкреатиту та підозра на наявність деструктивного панкреатиту, для уточнення його форми, стану жовчного міхура, наявності та розповсюдженості перитоніту. У 9-и хворих був виявлений геморагічний панкреонекроз, ознаками якого була наявність геморагічного ексудату, геморагічна імбібіція кореня брижі попереково-обідкової кишки, клітковини заочеревинного простору, великого чіпця, запалення парієтальної очеревини, застійний жовчевий міхур, набряк та гіперемія круглої зв'язки печінки та малого чіпця, парез тонкої та обідкової кишки.

Ділянки жирового некрозу на великому та малому чіпці, шлунково-обідкової зв'язки, мезоколон, наявність серозного прозорого або жовтуватого ексудату, запалення парієтальної очеревини, застійний жовчевий міхур, набряк та гіперемія круглої зв'язки печінки та малого чіпця, парез різних відділів кишечника та шлунку, що свідчило про жировий панкреонекроз, було виявлено у 14-и пацієнтів, що потребувало невідкладної допомоги. У 6-и хворих на лапароскопії спостерігалися ознаки змішаного панкреонекрозу: жирового стеатонекрозу та геморагічного випоту, геморагічної інфільтрації великого чіпця та клітковини заочеревинного простору.

Отже, необхідність хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит виникала за наявності деструктивних змін у підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині, а також при прогресуванні патологічного процесу та нарощуванні проявів поліорганних порушень на протязі двох-трьох діб від поступлення в стаціонар та початку інтенсивної терапії.

Петрюк Б.В.
ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ТЕРМІЧНИХ ОПІКІВ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Тактика місцевого лікування термічних опіків визначається глибиною пошкодження та фазою ранового процесу. Його основу становлять заходи, спрямовані на антибактерійний захист опікової рани та відновлення мікроциркуляції. Всі опіки, незалежно від глибини ураження, є первинно інфікованими. Саме ранова інфекція сприяє поглибленню опікового