

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ШЛУНКУ АБО ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Головка К.

Науковий керівник: доцент М. Кравців, асистент Є. Зезекало

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Ускладнення гастродуоденальних виразок – одна з актуальних проблем в ургентній хірургії. Порушення харчування, вживання неякісних продуктів, інфекції *H. Pylori*, шкідливі звички, обтяжена спадковість, вільний доступ та неконтрольований прийом ульцерогенних препаратів зумовили зростання частоти виникнення виразкової хвороби і, відповідно, її ускладнень, одним з яких є перфорації виразки. Переважно, перфорація виразки виникає у хворих із тривалим виразковим анамнезом і, як правило, в період загострення виразкової хвороби (приблизно 80% хворих). Близько у 20% людей виразкова хвороба може протікати повністю безсимптомно – так звані «німі виразки». Частота захворюваності перфоративною виразкою в Україні становить 16 на 100 000 населення в залежності від регіону проживання.

Метою роботи. Покращення якості лікування хворих із перфоративною виразкою шлунку або дванадцятипалої кишки шляхом впровадження лапароскопічного лікування.

Матеріали та методи. На базі КП «2-а міська клінічна лікарня ПМР» було оцінено результати лікування 18 хворих з перфоративною виразкою передньої стінки шлунку та ДПК у період з 2022 р. по 31.03.2023 р. Середній вік пацієнтів склав 40,2 роки. Чоловіків – 12 (66,6%), жінок – 6 (33,4%). Хворі були розподілені на 2 групи: в основну групу увійшло 5 пацієнтів, яким було проведене лапароскопічне усунення перфорації, у контрольну – 13, де було виконано класичний варіант оперативного втручання. Серед усіх випадків перфорацій передньої стінки шлунку – 7, де малоінвазивно прооперовано 2 пацієнти, перфорацій ДПК – 11, з яких в основну групу увійшло 3 пацієнти. Критерії дослідження: час з моменту перфорації (до 6 годин), локалізація перфорації, анамнез оперативних втручань у минулому.

Результати. Післяопераційних ускладнень у жодного з пацієнтів обох груп не визначалося. У контрольній групі ліжко день склав у середньому 8-9 днів у порівнянні з основою групою – 5 днів; функціонування кишечника (відходження газів) в основній групі – не

пізніше 2-ої доби після операції; ступінь виразності больового синдрому за шкалою «ВАШ» в основній групі 2-3, у порівнянні з контрольною – 5-7.

Висновок. Результати лікування показали перевагу малоінвазивного методу лікування над класичним варіантом у хворих з перфораціями виразок шлунку/ДПК, при умові ретельного підбору пацієнтів.

ОЦІНКА КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ТЯЖКОГО ПАНКРЕАТИТУ

Голуб Л.

Наукові керівники: асистент Прихідько Р.А., асистент Зезекало Є.О.

Кафедра хірургії №4

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Гострий панкреатит – одне з найбільш розповсюджених хірургічних захворювань органів черевної порожнини, що виникає внаслідок аутолізу тканин підшлункової залози (ПШЗ) спричиненого передчасною активацією ферментів, що продукує сама залоза. Розповсюдженість гострого панкреатиту складає близько 5 чоловік на 100 000 населення. Етіологічними чинниками, що спричинюють тяжке захворювання є: захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів (біліарний панкреатит), алкоголь – більше 75%; ідіопатичний панкреатит – близько 10%; панкреатит внаслідок виконання ендоскопічної холангіопанкреатографії – <3%; травми ПШЗ; аутоімунні захворювання, тощо. За класифікацією розрізняють 2 форми панкреатиту – набрякова та некротична. За клінічним перебігом – гострий панкреатит, больовий синдром якого не купірувався протягом 1 доби лікування у стаціонарі, має тяжкий перебіг. Основним, скринінговим, методом діагностики гострого панкреатиту є ультразвукова діагностика органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), за допомогою якого можна встановити набряк самої залози, збільшення її у розмірах, рідину та її скупчення у сальниковій сумці і у черевній порожнині. Однак, ультразвукова діагностика не зможе показати ступінь ураження паренхіми панкреасу, і не кожен УЗ діагност зможе оцінити розповсюдженість процесу у заочеревинному просторі, що може бути наслідок неправильного вибору методу лікування і призвести до погіршення стану пацієнта, аж до летальних наслідків. Вчасна магнітно-резонансна комп'ютерна томографія (МСКТ) із внутрішньовенним контрастуванням зможе показати повну оцінку гострого