



Карлійчук О.О.
**МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

*Кафедра загальної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема хірургічного лікування гострого панкреатиту постійно перебуває у центрі уваги науковців та практичних хірургів. Це зумовлено незадовільними результатами лікування та високою післяопераційною летальністю хворих, пов'язаною із збільшенням частоти ускладнених форм гострого панкреатиту.

Нами був проаналізований досвід лікування в клініці хворих з різними клініко – морфологічними формами гострого панкреатиту, відповідно до класифікації прийнятої на Міжнародному симпозиумі в Атланті (1992), для оцінки тяжкості стану хворих застосовували шкалу RANSON. Вибір лікувальної тактики визначався згідно з загально прийнятими принципами лікування гострого панкреатиту та відповідно до стадії захворювання.

У значній частини пацієнтів використовували вживані при хірургічному лікуванні хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту оперативні методики, такі як санація, лаваж і дренування черевної порожнини і сальникової сумки, абдомінізацію підшлункової залози, оментопанкреатопексію або марсупілізацію сальникової сумки. Широкі лапаротомії, які показані при даних методиках лікування, характеризуються високим рівнем хірургічної агресії, що призводить до кумуляції явищ панкреатогенного шоку, ускладнює стан хворих, а також сприяє частому виникненню гнійно-септичних ускладнень з боку операційної рани, внаслідок чого рана заживає вторинним натягом, а хворі потребують довготривалого лікування. В свою чергу при такій же клінічній картині ми досягали хороших результатів не вдаючись до широких лапаротомій.

В групі із 21 пацієнта з гострим деструктивним панкреатитом був застосований метод, що полягав у проведенні дренування черевної порожнини через малоінвазивні доступи та комплексного консервативного лікування із введенням інгібіторів секретії та антибактеріальної терапії. Суть малоінвазивного методу полягає в підведенні дренажів до чепцевої сумки, малого мисника та бічних каналів за допомогою лапароскопа («Olimpus»). Удосконалення нами даного методу полягає в застосуванні власних розроблених дренажів – фасетного та двохпросвітнього та їх розташування в місцях обґрунтованих в експерименті. Дані дренажі завдяки своїй будові мають низку незаперечних переваг у застосуванні перед звичайними рукавичко-трубчастими дренажами.

Лапароскопія проводилась за стандартною методикою через точки Калька. Під контролем лапароскопа виконувалося встановлення чотирьох додаткових портів на передній черевній стінці. Один фасеточний дренаж вводився через Вінслов отвір у чепцеву сумку до головки підшлункової залози. Інший фасеточний дренаж підводився з лівого боку і розміщувався вздовж тіла підшлункової залози. Окрім того встановлювалися два двохпросвітні дренажі: один по лівому фланку, а інший опускали в малий мисник. Дренажі в правому і лівому підребер'ях використовувалися для локального дренування сальникової сумки охолодженим антисептичним розчином. Лаваж проводився від 3-х до 7 діб і після досягнення позитивної динаміки перебігу процесу дренажі видалялися. Крім того хворим проводилася стандартна консервативна терапія.

Аналізуючи результати лікування хворих слід зазначити зменшення на 32% частоту виникнення ускладнень основної патології та на 47% необхідності проведення повторного оперативного втручання широким доступом, зменшення в середньому на 3,5 днів терміну перебування на ліжку, а також на 64% число нагноєнь та на 96% евентерацій післяопераційних ран. Подальша розробка малоінвазивних операцій та комплексного консервативного лікування хворих на гострий панкреатит є перспективним напрямком і дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів.

Коваль О.А., Васюк В.Л.
**ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗА КІСТОК ГОМІЛКИ ТА
ДІЛЯНКИ ГОМІЛКОВО-СТОПНОГО СУГЛОБА**

*Кафедра травматології та ортопедії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У періоді пренатального розвитку людини відбувається хрящовий остеогенез, в якому кровоносні судини відіграють вирішальну морфофункціональну роль. На етапі енхондрального окостеніння кісток гомілки відбувається проростання судин кісткової манжетки всередину діафіза хрящової моделі кістки і виходу за їх межі остеогенних клітин. За рахунок діяльності остеокластів у хрящі виникають порожнини резорбції, які, зливаючись, утворюють кістковомозкову порожнину. На останньому етапі формування кістки (третій триместр пренатального розвитку) кровоносні судини врастають в епіфізарну частину хрящової моделі, утворюється епіфізарний центр окостеніння. Між епіфізарним та діафізарним центрами окостеніння формується метафізарна пластинка росту, яка має складну морфологічну будову та розвинуті внутрішньокісткові анастомози між діафізарними та метафізарними кровоносними судинами. Характерною особливістю топографії судин в ділянці метафізу є позакісткові анастомози – артеріальні гілочки, які є над- та підметафізарними відгалуженнями живильних кровоносних судин. Останні в свою чергу є низхідними гілками магістральних артерій гомілки.