

ДОСВІД КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кобилецький С.М.

Сумська обласна клінічна лікарня

У 40-70% хворих з важкими формами гострого панкреатиту відбувається інфікування вогнищ некрозу. Саме у цих хворих найскладніше провести діагностику, визначити лікувальну тактику. Частка інфекційних ускладнень серед причин смерті у хворих з гострим деструктивним панкреатитом сягає 80%. Значна летальність пов'язана з складною і часто пізньою діагностикою та відповідно несвоєчасним дрениванням вогнищ деструкції заочеревного простору. В останній час спостерігається два основних напрямки в хірургічному лікуванні ДП: традиційні оперативні втручання та новітні мініінвазійні технології. Не дивлячись на поширення сучасного медичного обладнання та розповсюдження лапароскопічних технологій, зв'язок цих напрямків та можливість їхнього взаємного доповнення не розроблений на належному рівні і потребують подальшого вивчення та удосконалення.

Лікування досліджуваної групи хворих проводилось на клінічних базах кафедри торако-абдомінальної хірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, якими є 4-та Харківська міська клінічна лікарня та Сумська обласна клінічна лікарня. Нами проведено обстеження і лікування 194 хворих, що були прооперовані в період з 2000р. по 2009р. з приводу деструктивних форм гострого панкреатиту. Хворим були виконані хірургічні втручання як за традиційними методиками, так і з використанням розроблених на кафедрі мініінвазійних методик дренивання заочеревного та парапанкреатичного просторів.

Аналіз показує, що серед пролікованих хворих кількість чоловіків склала 139 (73,5%), жінок – 50 (26,5%). Середній вік хворих становив $47,3 \pm 5,7$ роки. Найчастіше деструктивний панкреатит спостерігається у хворих від 40 до 60 років. Це вказує на найбільше поширення даного захворювання серед працездатних верств населення.

Дренивання жовчєвовивідних протоків було проведено у 107 пацієнтів. З них методика зовнішнього дренивання за Піковським була використана в 43 випадках, за Холстедом – у 3, холецистостомія – у 53. Внутрішнє дренивання – холедоходуоденостомія – виконувалась тоді, коли основне вогнище деструкції локалізувалось переважно в хвості ПЗ і було проведено у 8 хворих, холедохоєюностомія з анастомозом за Брауном виконана в 7 випадках.

Лапароскопічне розкриття та дренивання абсцесу чепцевої сумки було виконано в 5 випадках. Лапароскопічний лаваж і дренивання чепцевої сумки та черевної порожнини нами проведено у 9 хворих. У 5 хворих використана люмбоскопічна некректомія, секвестректомія – у 2. Люмбоскопічне дренивання заочеревної та парапанкреатичної клітковини виконано 36 хворим.

На основі порівняння основної та контрольної групи можна зробити висновок, що у хворих, яким було проведено мініінвазійне втручання, перебіг післяопераційного періоду був більш сприятливий. Мініінвазійна методика дає можливість провести ефективне видалення некротизованих тканин, виконати санацію та адекватне дренивання заочеревинного простору під візуальним контролем.