

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК

Кобилецький С.М.

Сумська обласна клінічна лікарня

В теперішній час можна спостерігати значний зріст захворюваності гострим панкреатитом. Ця патологія займає третє місце в структурі ургентної хірургічної патології після гострого апендициту та гострого холециститу. За останні 30 років кількість випадків гострого панкреатиту в світі виросла вдвічі. Частота цього захворювання в індустріально розвинутих країнах сягає 10-20 випадків на 100 000 населення за рік. Хворі на гострий панкреатит складають 5-10% від загального числа пацієнтів хірургічного профілю. Біля 20% випадків розвитку гострого панкреатиту носить деструктивний характер. Робити прогноз при гострому панкреатиті, а особливо при розвитку поліорганної недостатності або гнійно-некротичних ускладнень дуже складно. В роботі наводяться результати обстеження і лікування 36 хворих, що були прооперовані з використанням мініінвазивних методик в період з 2004р. по 2009р. з приводу гострого панкреатиту. Дослідження проводилось на клінічних базах кафедри торако-абдомінальної хірургії Харківської медичної академії післядипломної освіти, якими є 4-та Харківська міська клінічна лікарня та хірургічне відділення Сумської обласної клінічної лікарня. Після встановлення лапароскопу та портів виконували ретельну візуальну ревізію органів черевної порожнини. Огляд проводили в наступній послідовності: перш за все оцінювали стан органів, розташованих безпосередньо під місцем встановлення порту, потім – кишечник, печінку, жовчний міхур, органи малого тазу. Під час ревізії в черевній порожнині виявлялось від 250 до 1300 мл вільної серозно-геморагічної рідини, яка була евакуйована. У всіх хворих спостерігалась серозно-геморагічна інфільтрація малого чепця, шлунково-ободової зв'язки, параколітичної клітковини. У 4 випадках, коли під час ревізії органів черевної порожнини інших патологічних змін виявляли, проводили лаваж, дренажування черевної порожнини та чепцевої сумки. Після евакуації ексудату з черевної порожнини, проводили його лабораторне дослідження, яке виявляло підвищення рівня активності α -амілази (>16 мг/мл·ч), наявність еритроцитів на всьому полі зору, кількість макрофагів – від 8 до 26 в полі зору, рівень білка – від 2,43 до 5,2 г/л. Проводили дренажування черевної порожнини та чепцевої сумки. Розкриття чепцевої сумки проводили в безсудинних ділянках малого чепця за допомогою дисектору. Через порти в правій підреберній області встановлювали поліхлорвінілові дренажні трубки в for. Vinslovii, просуваючи її на глибину 2-3см, в порожнину чепцевої сумки через окремі віконця в малому чепці. Другий дренаж в чепцеву сумку встановлювався через порт в підреберній області зліва. Дренажні трубки, що встановлювали через порти в підреберних ділянках, викладали по бічним каналам і спрямовували до порожнини малого тазу.

Наведена методика оперативного втручання з приводу гострого панкреатиту надає можливість провести лаваж та дренажування черевної порожнини без проведення лапаротомії. Вказане втручання може бути проведено під внутрішньовенним наркозом. Стан хворих в післяопераційному періоді покращувався значно швидше, ніж після операцій, виконаних за традиційною методикою.