

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРІ ПІСЛЯНЕКРОТИЧНІ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНО – АКТИВНОЇ ТАКТИКИ

Богачов Д.В., студ.

науковий керівник – к.м.н., доц. Ситнік О.Л.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Проаналізовано результати хірургічного лікування 19 хворих на гострі післянекротичні псевдокісти підшлункової залози в хірургічному відділенні КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5». Хворих розподілили на 2 групи. Перша група – за період 2008-2009 рр., коли ми застосовували вичікувальну тактику при гострих післянекротичних кістах підшлункової залози. Друга група – за 2010 – 2012 рр., коли було впроваджено індивідуально – активну тактику при гострих післянекротичних кістах підшлункової залози та розпочато застосування відеолапароскопічних операцій при гострому панкреатиті. Першу групу склали 5 хворих, другу – 14.

У I групі хворих застосовували вичікувальну тактику, яка включала проведення заходів комплексної консервативної терапії гострого панкреатиту та виконання операції за «абсолютними» показаннями: кровотеча у порожнину псевдокісти (2), перфорація псевдокісти у вільну черевну порожнину (2), абсцедування (1).

Оперативні втручання у I групі хворих виконували на 17 – 22 добу після початку захворювання. Операцією вибору вважали лапаротомію, некр- та секвестрэктомію, оментобурсостомію. При кровотечі у порожнину псевдокісти останню туго тампонували. У хворих з перфорацією псевдокісти черевну порожнину дренивали за Петровим.

У I групі померли 2 хворих з профузною кровотечею у порожнину псевдокісти, летальність – 40,0%. Тривалість лікування склала 36,4 ліжкодня.

Індивідуально – активна тактика у пацієнтів II групи враховувала оперативне лікування «на запобігання» виникненню ускладнень, базуючись на виявленні «загрозливих» симптомів. Такими симптомами були: посилення болю у животі, прогресуюче збільшення розмірів псевдокісти, гіпертермія до 38 – 38,5°C, прогресуючі запальні зміни показників лейкоцитарної формули, ЛШ та СРП.

Показаннями до оперативного лікування були: загроза перфорації псевдокісти (9), інфікування та загроза абсцедування (2), кровотеча у порожнину псевдокісти (3). Оперативні втручання у II групі хворих виконували на 12 – 16 добу після початку захворювання.

Одному хворому із II групи проведено лапароскопічний розтин та зовнішнє дренивання гострої післянекротичної порожнини у ділянці хвоста підшлункової залози. Цей пацієнт був повторно оперований з приводу формування абсцесу хвоста підшлункової залози. Тому, на наш погляд, більш доцільною виглядає лапароскопічно-асистована марсупілізація гострих післянекротичних обмежених рідинних утворень підшлункової залози, яку застосували ще у 1 хворого.

У II групі помер 1 хворих з профузною кровотечею у порожнину псевдокісти, летальність – 7,1%. Тривалість лікування склала 29,5 ліжкодня. Таким чином, застосування індивідуально – активної тактики довело свою ефективність.