

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНО – АСИСТОВАНИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Алабайд Бассам., студ.

науковий керівник – к.мед.н., доцент Ситнік О.Л.

СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією та курсом онкології

Сучасні принципи хірургічного лікування гострого панкреатиту широко включають малоінвазивні операції та маніпуляції, зокрема відеолапароскопічні або крізь мінідоступ. Нами впроваджені в клінічну практику методики лапароскопічно асистованої підвісної мікроеюностомії та лапароскопічно асистованої марсупілізації гострої постнекротичної псевдокісти підшлункової залози.

Методика лапароскопічно асистованої підвісної мікроеюностомії. Після встановлення діагнозу гострого некротичного панкреатиту з перитонеальним ексудатом виконують лапароскопію. Встановлюють порти у обох підребер'ях та обох здухвинних ділянках. Видаляють ексудат, черевну порожнину дренують за Петровим. Під відеолапароскопічним контролем обирають петлю тонкої кишки на відстані 300-400 мм від зв'язки Трейца, фіксують її м'яким затискачем та визначають оптимальну проекцію на передню черевну стінку. В місті проекції виконують мікролапаротомію 40-50 мм довжиною, виводять обрану петлю у рану. У просвіт кишки через канал передньої стінки петлі, сформований за Вітцелем, та єюнотомічний отвір ізоперистальтично вводять зонд, петлю тонкої кишки пристінково фіксують окремими швами до вісцеральної очеревини «без натягу». Мікролапаротомну рану зашивають, зонд додатково фіксують швом до шкіри.

Протягом 12 - 24 післяопераційних годин хворим через зонд крапельно (швидкість 40 крапель за 1 хвилину) вводять 800 мл розчину Рінгера - Локка. З других операційних доби налагоджують ентеральне харчування в обсязі 2000 - 2500 мл на добу. Тривалість ентерального зондового харчування становить до 10 діб.

Методика лапароскопічно асистованої марсупілізації гострої постнекротичної псевдокісти підшлункової залози. Встановлюють порт для оптичної системи по середній лінії вище чи нижче пупка (в залежності від локалізації та розмірів рідинного утворення). Визначають найбільш зручну проекцію для мінідоступу. Виконують пошаровий розріз передньої черевної стінки довжиною 40 – 50 мм. Стінку псевдокісти за потреби фіксують затискачем, обмежують операційне поле серветками, виконують пункцію рідинного утворення та евакуацію вмісту. Передню стінку псевдокісти розсікають відповідно до розмірів рани передньої черевної стінки, краї ран зшивають. Додатково встановлюють 2 – 3 гумові трубки у лапаростомний отвір для наскрізної санації порожнини псевдокісти.

В хірургічному відділенні КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» лапароскопічно – асистовані операції застосовані у 7 хворих на гострий панкреатит: лапароскопічно асистована підвісна мікроеюностомія – у 6, лапароскопічно асистована марсупілізація гострої постнекротичної псевдокісти підшлункової залози – у 1. Інтра- та післяопераційних ускладнень вищеописаних втручань ми не спостерігали.