

Тарасевіч У.П., Лаўнік Л.А.

КРЫТЭРЫІ ДЫЯГНОСТЫКІ ДЛЯ ВЫБАРУ АПЕРАТЫЎНАГА ЛЕКАВАННЯ ПАНКРЭАНЕКРОЗУ

Навуковы кіраўнік: канд. мед. навук, дац. Безвадзіцкая А.А.

Кафедра агульнай хірургіі

Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, г. Мінск

Актуальнасць. У структуры вострых хірургічных захворванняў органаў брушной пустоціны, па дадзеных афіцыйнай статыстыкі, у апошнія гады востры панкрэатыт займае 1-2 месца. Асноўнай хірургічнай праблемай застаецца панкрэанекроз, які, у залежнасці ад распаўсюджанасці парапанкрэатыту і цяжару арганай дысфункцыі, прыводзіць да смяротнасці ад 35 да 90%.

Па дадзеных СААЗ, распаўсюджанасць вострага панкрэатыту вырасла ў некалькі разоў. Асноўныя фактары, якія ўплываюць на з'яўленне панкрэатыту – парушэнне рацыёну харчавання, злоўжыванне алкаголем, захворванні гепатадуодэнальнай зоны, лекі, захворванні органаў жыватовай паражніны.

Мэта: вызначыць крытэрыі для актыўнай хірургічнай тактыкі пры лекаванні гнойна-некратычных ускладненняў панкрэанекрозу.

Матэрыялы і метады. Па статыстычных дадзеных колькасць пацыентаў з вострым панкрэатытам (ВП), якія знаходзіліся на лекаванні ў 1-ым хірургічным аддзяленні УАЗ "5-ая ГКБ г. Мінска", значна павялічылася: з 290 (2002), 530 (2008), 526 (2009), 602 (2023) да 547 у 2024 годзе.

У 2023 у 602 пацыентаў з дыягназам ВП было выяўлена: 565 (94%) – лёгкае цяжэнне ВП, лекаванне кансерватыўнае, 37 (6%) – цяжкі панкрэатыт, панкрэанекроз, патрабаваўся перавод у рэанімацыю з пачаткам масіўнай кансерватыўнай тэрапіі.

Акрамя шкалы ацэнкі цяжару ВП, актыўна выкарыстоўваецца клініка-марфалагічная класіфікацыя (Атланта, 1992).

Рэтраспектыўна разгледжаны клінічны выпадак кансерватыўнага і аператыўнага лекавання панкрэанекрозу ў спалечніка Д.

Паводле сучасных падыходаў, лекаванне панкрэатыту ажыццяўляецца кансерватыўна, і крытэрыі дыягностыкі для выбару аператыўнага лекавання панкрэанекрозу даволі цяжка вызначыць. Для вызначэння ступені цяжкасці панкрэанекрозу выкарыстоўваюць шкалу ацэнкі цяжару вострага панкрэатыту.

З пытання выбару крытэрыяў аператыўнага ўмяшання паўстае пытанне пра час здзяйснення хірургічнага лекавання.

Рэзультаты і іх абмеркаванне. Спалечнік Д. патрапіў 08.11.2023 года ў хірургічнае аддзяленне "5-ая ГКБ г. Мінска" з клінікаю ВП (цяжкае цяжэнне, выяўлены болевы сіндром, з вечара 07.11 пачаў турбаваць несучышны моцны "кінжальны боль" у эпігастры). Перакладзены ў АІТАР з 09.11, дзе была прызначана масіўная кансерватыўная тэрапія (інфляцыя звільгатнелым кіслародам струменем 5 л/хв, у/в: мерапенэм 1,0 кожныя 8 гадзінаў; лінесалід 300 мл кожныя 12 гадзінаў, парацэтамол, інфузійна-дэтаксікацыйная тэрапія, пантапразол, метаклапрамід, лактулоза, актрэатыд). Праведзены аператыўныя ўмяшанні: 10.11 – дыягнастычная лапараскапія, 24.11 – лапараскапічнае дрэнажаванне, 06.12 – лапаратамія, наступныя аперацыі (14.12, 28.12) былі скіраваны на санацыю гнойна-некратычных агменяў. 01.01 канстатавана смерць.

Вынікі.

1. Гнойна-некратычныя ўскладненні панкрэанекрозу з'яўляюцца сведчаннямі для аператыўнага лекавання.

2. Малаінвазіўныя ўмяшанні прыярытэтныя, аднак, не заўсёды дазваляюць радыкальна ўхіліць гнойныя агмені.

3. Для вызначэння сведчанняў да лапараскапічнага ці традыцыйнага выкрыцця гнойна-некратычных агменяў патрабуецца ўсебаковая ацэнка клінічных, лабараторных, інструментальных дадзеных, але прыярытэт застаецца за клінічнымі праявамі.