



О.Л. Ситнік, В.В. Леонов,
Г.В. Хачапурідзе, В.А. Чанцев

Сумський державний
університет

Медичний інститут, кафедра
хірургії з дитячою хірургією з
курсом онкології

© Колектив авторів

ЗАСТОСУВАННЯ ПІДВІСНОЇ МІКРОЄЮНОСТОМІЇ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

Резюме. Для корекції синдрому ентеральної недостатності у 59 хворих з гострим панкреатитом виконана підвісна мікроєюностомія. Авторами запропонована оригінальна методика лапароскопічно асистованої підвісної мікроєюностомії, яка застосована у 8 пацієнтів без ускладнень.

Ключові слова: *гострий панкреатит, хірургічне лікування, мікроєюностомія.*

Вступ

За останні 20 років кількість хворих на гострий панкреатит зростає та займає 3–4 місце у структурі нозологічних форм невідкладної абдомінальної хірургії [2, 4, 6]. Незважаючи на впровадження нових методик діагностики та лікування, летальність при тяжкому перебігу гострого панкреатиту становить 15 – 25 % [7], а післяопераційна летальність сягає 70 % [8].

Незадовільні результати лікування хворих на гострий панкреатит у значній мірі зумовлені інфікуванням панкреонекрозу та гнійно-септичними ускладненнями. Сучасні комплексні методи запобігання інфікуванню вогнищ панкреатичного некрозу включають зондове ентеральне харчування, яке нормалізує моторну функцію кишечника, активізує місцевий імунітет слизової оболонки, допомагає корекції порушень гомеостазу та відновленню енергетичних витрат [1, 5].

Відомо, що виконання єюностомії за ургентними показаннями супроводжується високим ризиком післяопераційних ускладнень [3]. Проте можливість застосування підвісної мікроєюностомії у хворих на гострий панкреатит для проведення ентерального харчування ще до кінця не з'ясована.

Мета дослідження

Аналіз результатів застосування підвісної мікроєюностомії для ентерального харчування у хірургічному лікуванні хворих на гострий деструктивний панкреатит. Об'єкт дослідження – хворі на гострий панкреатит.

Матеріали і методи дослідження

За період 2008–2011 рр. у хірургічних відділеннях КУ «Сумська міська клінічна лікарня № 5» проліковано 1160 хворих на гострий панкреатит. Чоловіків було 976, жінок – 184, віком від 22 до 81 років.

Хворим проводилося загальноклінічне та лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія органів черевної по-

рожнини та грудної клітини, фіброгастроуденоскопія (ФГДС).

УЗД виконували на сканері *HONDA-EXECPONIX HS-2000*. Дослідження проводили: під час первинного огляду, на 3, 7 та 14 добу після госпіталізації, а також за клінічними показаннями. Вивчали розміри, структуру підшлункової залози, наявність ділянок некрозу і обмежених рідинних утворень в підшлунковій залозі та заочеревинній жировій клітковині, виявляли вільну рідину у чепцевій сумці та черевній порожнині, з'ясовували стан протокової системи підшлункової залози та біліарного тракту.

Із 1160 хворих оперовані 61 (5,3 %). Оперованих хворих розподілили на 2 групи: I – за період 2008–2009 рр., до впровадження відеолапароскопічним втручанням, II – за 2010–2011 рр., коли в клініці розпочато застосування відеолапароскопічних операцій при гострому панкреатиті. I групу склали 36 хворих, II – 25, із них 8 пацієнтів оперовані відеолапароскопічно. Відеолапароскопічні операції виконували на обладнанні та інструментарієм фірми «Ендомедіум».

Результати досліджень та їх обговорення

Встановлено етіологію гострого панкреатиту в оперованих хворих: алкогольний – у 40 (65,6 %), аліментарний – у 17 (27,9 %), біліарний (жовчнокам'яна хвороба) – у 4 (6,5 %).

Показаннями до оперативних втручання вважали:

- панкреатогенний перитоніт;
- прогресуюча поліорганна недостатність на фоні адекватної медикаментозної терапії;
- обмежені рідинні утворення підшлункової залози або заочеревинного простору із загрозою абсцедування чи перфорації;
- неефективність консервативної терапії у хворих на гострий біліарний панкреатит протягом 24–48 годин.

Структуру операцій подано у таблиці.

Оперативні втручання при панкреатогенному перитоніті виконували переважно на 5–7

добу після початку захворювання. У I групі хворих основним етапом було дренування черевної порожнини (8 втручань). Пацієнтам II групи виконували лапароскопічну санацію та дренування черевної порожнини за Петровим (5 спостережень).

Таблиця

Структура оперативних втручань при гострому панкреатиті

Операція	I група	II група	Всього
	кількість операцій	кількість операцій	кількість операцій
лапаротомія, дренування черевної порожнини, підвісна мікроеюностомія	10	–	10
лапаротомія, дренування заочеревинного простору та черевної порожнини, підвісна мікроеюностомія	21	5	26
лапаротомія, некр- та секвестректомія, оментобурсостомія, дренування заочеревинного простору та черевної порожнини, підвісна мікроеюностомія	5	12	17
лапароскопічне дренування заочеревинного простору та черевної порожнини, лапароскопічно асистована підвісна мікроеюностомія	–	6	6
лапароскопічний розтин та дренування гострої післянекротичної порожнини, лапароскопічно асистована підвісна мікроеюностомія	–	1	1
лапароскопічно асистована марсупілізація гострої післянекротичної порожнини, лапароскопічно асистована підвісна мікроеюностомія	–	1	1
лапаротомія, холецистектомія, зовнішнє дренування позапечінкових жовчних шляхів	2	2	4

Операції з приводу прогресуючої поліорганної недостатності також виконувалися протягом першого тижня захворювання. Основною задачею вважали адекватне дренування черевної порожнини та заочеревинного простору в залежності від поширеності процесу. У I групі 21 відкрите втручання, у другій – 5. Одному хворому II групи виконано дренування параколичного простору зліва крізь люмботомічний доступ під відеолапароскопічним контролем. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежувалося високим ризиком ускладнень, що пов'язані з підвищенням внутрішньочеревного тиску.

З приводу обмежених рідинних утворень оперовані 5 хворих з I групи, та 14 пацієнтів із II групи на 10–21 добу захворювання. Відкрите втручання включало верхньосерединну лапаротомію, некр- та секвестректомію, оментобурсостомію, дренування заочеревинного простору та черевної порожнини (5 хворих із I групи, 12 – із II групи). Одному хворому із II групи проведено лапароскопічний розтин та зовнішнє дренування гострої післянекротичної порожнини у ділянці хвоста підшлункової залози. Цей пацієнт був повторно оперований з приводу резидуального абсцесу.

Тому, на наш погляд, більш доцільною виглядає лапароскопічно-асистована марсупілізація гострих післянекротичних обмежених рідинних утворень.

Нами запропоновано та впроваджено методику лапароскопічно асистованої підвісної мікроеюностомії (позитивний висновок про видачу деклараційного патенту на корисну модель № 23763/ЗУ11 від 18.11.2011 р.).

Методика втручання. Після встановлення діагнозу гострого некротичного панкреатиту з перитонеальним ексудатом виконують лапароскопію. Встановлюють порти у обох підребір'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, що 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 післяопераційної години хворим крізь зонд крапельно (швидкість 40 крапель за 1 хвилину) вводили 800 мл розчину Рінгера-Локка. З другої операційної доби налагоджено ентеральне харчування в обсязі 2000–2500 мл щодоби. Тривалість ентерального зондового харчування склала у середньому 10 діб.

При біліарному панкреатиті виконували верхньосерединну лапаротомію, холецистектомію, зовнішнє дренування позапечінкових жовчних шляхів (переважно за Еббе-Піковським). У хворих на біліарний панкреатит підвісну мікроеюностомію не застосовували.

Із 61 оперованого хворого померли 15 (24,5 %). У I групі – із 36 пацієнтів 10 (27,7 %), у II групі – із 25 хворих 5 (20,0 %). Причини смерті: прогресуюча поліорганна недостатність – 10, арозивна кровотеча – 4; профузна шлунково-кишкова кровотеча із пенетруючої вирази дванадцятипалої кишки – 1. Ускладнень, що пов'язані з накладанням підвісної мікроеюностомії не спостерігали.

Висновки

1. Відеолапароскопічно асистована методика підвісної мікроеюностомії дала можливість не виконувати травматичне лапаротомне втручання у стадії панкреатогенного шоку та недостатності паренхіматозних органів.



2. Відеолапароскопічно асистована методика підвсної мікроєюностомії безпечна для хворих та може застосовуватися у комплексі

хірургічних заходів при гострому деструктивному панкреатиті.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бобров О.Е.* Некоторые мифы и реальности острого панкреатита / О.Е. Бобров, А.И. Мендель — Донецк: Издатель Заславский А.Ю. — 2010. — 160 с.

2. *Кобилецький С.М.* Особливості дренування парапанкреатичного та заочеревинного просторів при деструктивних формах панкреатиту з використанням мініінвазивних методик: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 / С. М. Кобилецький, 2010. — 19 с.

3. *Матвійчук Б.О.* Порушення білкового обміну у пацієнтів із ентросромами в ургентній абдомінальній хірургії / Б.О.Матвійчук, В.Т.Бочар, О.С.Антонюк // Харківська хірургічна школа. — 2010. — № 2 (40). — С. 72–74.

4. *Острый панкреатит.* Патофизиология и лечение / В.В. Бойко, И.А.Криворучко, Р.С. Шевченко [и др.] — Харьков, Торнадо. — 2002. — 288 с.

5. *Раннее энтеральное питание в комплексном лечении острого панкреатита* / И.Е. Верхулецкий, Ю.Г. Луценко, А.Ф.Медведенко [и др.] // Український журнал хірургії. — 2011. — №2 (11). — С. 248 — 251.

6. *Роль местной гипотермии и новокаиновых блокад в комплексном лечении острого панкреатита* / Д.Н. Желиба, И.Н. Ошовский, А.И. Ошовский, Н.И. Пирогова // Харківська хірургічна школа. Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання невідкладної хірургії». — 2009. — №2.1. — С. 96 — 98.

7. *Levy P.* Autoimmune pancreatitis / P.Levy, P.Hammel, P.Ruszniewski // Presse Med. — 2007. — Vol. 36, № 12. — P. 1925–1934.

8. *Swaroop V.S.* Severe acute pancreatitis / V.S. Swaroop // J.A.M.A. — 2004. — Vol. 291. — P.2865 — 2868.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОДВЕСНОЙ МИКРОЕЮНОСТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*А.Л. Ситник, В.В. Леонов,
Г.В. Хачапуридзе, В.А. Чанцев*

Резюме. Для коррекции синдрома энтеральной недостаточности у 59 больных с острым панкреатитом выполнена подвешная микроєюностомия. Авторами предложена оригинальная методика лапароскопически ассистированная подвешная микроєюностомия, которая использована у 8 пациентов без осложнений.

Ключевые слова: *острый панкреатит, хирургическое лечение, микроєюностомия*

SUSPENSITIVE MICROJEJUNOSTOME IS USED FOR SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

*O.L. Sytnik, V.V. Leonov,
G.V. Khatchapuridze,
V.A. Chantsev*

Summary. Suspensive microjejunosotome is made for the correction of enteral insufficiency syndrome in 59 patients with acute pancreatitis. Authors propose an original technique of laparoscopically assisted suspensive microjejunosotomy, which is used in 8 patients with no complications.

Key words: *acute pancreatitis, surgical treatment, microjejunosotomy.*