



В.П. Андрищенко, Л.М. Когут,
Д.В. Андрищенко

Львівський національний
медичний університет імені
Данила Галицького

© В.П. Андрищенко, Л.М. Когут,
Д.В. Андрищенко

ПРИНЦИП ЕТАПНОСТІ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МІНІІНВАЗІЙНИХ ТА ТРАДИЦІЙНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Резюме. На підставі аналізу результатів хірургічного лікування 125 хворих на ГП та його ускладнення сформульовано принцип етапної тактики з використанням мініінвазивних, традиційних операційних технологій та їх поєднання. Відокремлено одномоментно-остаточні (57 %), етапні (25 %) та стабілізуючий стан хворого (18 %) втручання. Опрацьована тактика сприяла зменшенню показників післяопераційної летальності з 23,6 до 9,3 %.

Ключові слова: *гострий панкреатит, етапність хірургічного лікування, мініінвазивні методи.*

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) являє собою одну з найбільш актуальних та складних проблем невідкладної абдомінальної хірургії [4, 8, 10]. На сьогодні відсутні однозначні погляди на діагностично-лікувальну і, зокрема, хірургічну тактику при даному захворюванні [1, 2, 7]. З появою нових мініінвазивних операційних технологій істотно розширилися можливості достеменної діагностики та адекватного лікування даного виду патології, а також корекції його місцевих ускладнень. Можливість та доцільність використання зазначених методик, визначення їх місця та співвідношення з традиційними хірургічними втручаннями при ГП продовжують залишатися остаточно не вирішеними [1, 3, 8, 9].

Мета роботи

Опрацювати тактику хірургічного лікування ГП на основі принципу етапного застосування мініінвазивних і традиційних операційних технологій та їх поєднання.

Матеріали та методи досліджень

Проаналізовано результати хірургічного лікування вибіркової групи хворих на ГП у кількості 125 осіб, що знаходились на лікуванні у клініці загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького і до яких реалізовано диференційовані діагностично-лікувальні підходи з використанням мініінвазивних (інтервенційно-ультрасонографічних і відеолапароскопічних) та традиційних операційних технологій, в тому числі з їх поєднанням.

Всім пацієнтам проведено комплексне загальноклінічне та лабораторно-біохімічне обстеження. Використано додаткові променеві (рентгенографія, ультрасонографія, КТ) та інструментальні (ФГДС, відеолапароскопія) ме-

тодики, що надало можливості встановлювати діагноз ГП, а також виявляти його місцеві ускладнення.

Із спеціальних методів використовувались бактеріологічні дослідження тканинного та рідинного матеріалу із застосуванням способів аеробного і анаеробного культивування, цитологічні дослідження вмісту рідинних скупчень з метою оцінки важкості перебігу ГП за опрацьованим способом [9], а також його рН-метрія з розрахунком оригінального коефіцієнта інфікування [10].

Малоінвазивні ультрасонографічні втручання у вигляді пункцій здійснювались за допомогою голок типу Chiba калібру від 25 до 20 G. При необхідності тривалого дренивання використовувались спеціальні одноступеневі трансдермальні дренажні системи фірми «Valton» розмірами 9 та 12 Fr за шкалою Шар'єра (3,06–4,08 мм), прямі («Straight») або типу «Pig-tail». Маніпуляцію проводили під ультрасонографічним наведенням за допомогою апарату Pie Medical Scanner 150S з електронними лінійними, секторним та конвексними датчиками частотою 3,5 та 5 МГц.

Відеолапароскопічні втручання виконувались з використанням лапароскопічної стійки фірми «Wisar» (Німеччина) із застосуванням лапароскопу з прямою та скошеною на 30° оптикою та набору лапароскопічних інструментів. Для дренивання ділянок черевної порожнини використовувались поліхлорвінілові дренажні трубки діаметром 3-5 мм, які, за показами, встановлювались в бокові канали, підпечінковий, піддіафрагмальні простори, а також в порожнину малого тазу.

Результати досліджень та їх обговорення

На діагностичному етапі, з урахуванням результатів мініінвазивних методик, було констатовано, що в клінічному перебігу ГП вини-



кали місцеві ускладнення захворювання у вигляді панкреатогенних рідинних скупчень, які формувалися в різних топографо-анатомічних зонах, зокрема у вільній черевній порожнині у 46 пацієнтів (36,8 %), у порожнині сальникової сумки – в 16 випадках (12,8 %), заочеревинному парапанкреатичному – у 6 (4,8 %) та параколярних просторах – у 7 хворих (5,6 %). Панкреатогенні рідинні утвори у декількох анатомічних ділянках одночасно були виявлені у 50 пацієнтів (40 %).

При виникненні ускладнень ГП у вигляді обмежених гострих рідинних скупчень в сальниковій сумці, парапанкреатичній клітковині, пара-/ретроколярних просторах, виконувалися мініінвазійні ехоконтрольовані інтервенційно-сонографічні втручання.

При формуванні рідинних скупчень у вільній черевній порожнині, в тому числі і при ферментативному перитоніті, використовувалися відеолапароскопічні технології з детальним оглядом внутрішніх органів, виявленням прямих та непрямих ознак ГП, визначенням кількості та характеру рідинного вмісту та забором його на дослідження.

Доцільність одномоментної евакуації чи тривалого видалення вмісту шляхом встановлення дренажних систем в заочеревинний простір або черевну порожнину з додатковою інстиляцією і санацією, визначалась індивідуально в кожному конкретному клінічному випадку.

Всього виконано 168 мініінвазійних інтервенційно-ультрасонографічних та відеолапароскопічних операційних втручань. У 71 спостереженні (57 %), зазначені технології, в поєднанні з комплексним інфузійно-медикаментозним лікуванням сприяли одужанню хворих і не вимагали проведення додаткових хірургічних операцій. Отже, вони виявились остаточним методом операційного лікування.

У 31 хворого (25 %), після виконання мініінвазійних втручань, впродовж наступного періоду консервативного лікування відбувався процес зменшення панкреатогенного інфільтрату, локалізація його в окремій топографо-анатомічній ділянці з демаркацією осередку гнійно-некротичного вогнища, що надавало можливість хірургічної санації та дренивання традиційною операційною методикою з «малого доступу». Подібні операційні втручання розглядались як етапні.

У 23 пацієнтів (18 %) з вкрай важким перебігом гострого інфікованого панкреонекрозу із гнійно-некротичним парапанкреатитом/параколітом та маніфестативними ознаками поліорганної недостатності, застосовані мініінвазійні технології, які, поряд з інтенсивною інфузійно-медикаментозною терапією, дозволяли впродовж 24-72 годин стабілізувати за-

гальний стан хворого, частково нівелювати прояви ПОН, і у зв'язку з цим виконати традиційне операційне втручання в значно кращих умовах. В подальшому, в даній групі пацієнтів, з огляду на наявність поширеного гнійно-некротичного ураження підшлункової залози та парапанкреатичних просторів (верифікованих субопераційно), проводилися етапні санації шляхом програмованих релапаротомій.

Реалізований тактичний підхід, який ґрунтується на принципах етапності хірургічного лікування ГП з використанням мініінвазійних, традиційних операційних технологій, а також з їх поєднанням, призвів до зменшення показників післяопераційних ускладнень з 18,6 до 11,1 %, числа вимушених релапаротомій з $2,3 \pm 0,4$ до $1,5 \pm 0,5$, та показників післяопераційної летальності з 23,6 до 9,3 %.

Аналіз представлених результатів хірургічного лікування хворих на ГП та його ускладнення надав можливість окреслити принцип етапності хірургічної практики та систематизувати міні інвазійні операційні втручання. Так, за технологією зазначені операції доцільно розділяти на інтервенційно-сонографічні, відеолапароскопічні та поєднані, а за лікувальним ефектом – на одномоментно-остаточні, етапні та стабілізуючі стан хворого.

Одномоментно-остаточні мініінвазійні втручання призводили до стійкого позитивного ефекту без необхідності застосування інших методів хірургічної корекції, зокрема традиційного оперативного втручання.

Етапні мініінвазійні операції, які виконувались в якості першого етапу хірургічного лікування, сприяли локалізації осередку гнійно-некротичного запалення з наступною санацією його значно меншим за об'ємом і травматичністю, прицільним традиційним оперативним втручанням, а також зменшували кількість програмованих релапаротомій.

Стабілізуючі стан хворого, мініінвазійні втручання призводили до відносної стабілізації стану хворого впродовж 24-72 годин, і створювали кращі умови для виконання традиційних (лапаротомних) операційних втручань.

Висновки

1. В хірургії ГП та його ускладнень доцільна реалізація етапного принципу лікування із застосуванням мініінвазійних, традиційних операційних технологій, а також з їх поєднанням.

2. Систематизація мініінвазійних хірургічних методик з розподілом їх за технологією – на інтервенційно-сонографічні, відеолапароскопічні, а за лікувальним ефектом – на одномоментно-остаточні, етапні та стабілізуючі стан хворого, закладає підґрунтя до диференційованого застосування зазначених втручань в лікуванні ГП.



3. Реалізація принципу етапної хірургічної тактики сприяє покращенню результатів лікування даного контингенту хворих та знижен-

ню показників післяопераційної летальності з 23,6 до 9,3 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Выбор хирургической тактики при лечении осложненных форм острого панкреатита / Т. И. Тамм, С. Г. Белов, И. Н. Мамонтов [и др.] // Медицинские перспективы. – 2012. – Т. XVII, – № 1, – Ч. 1. – С. 61-64.

2. Ганжий В. В. Диагностика некротической формы острого панкреатита в первые 3 суток после госпитализации пациентов / В.В. Ганжий, И.П. Колесник, И.С. Матюшкина // Клиническая хирургия. – 2012. – № 10. – С. 19-22.

3. Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение абсцессов поджелудочной железы и сальниковой сумки / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, И.В. Ширшов // Укр. журн. хирургії. – 2011. – № 5 (14). – С. 144-149.

4. Костирной О. В. Зміни лікувальної програми гострого панкреатиту / О. В. Костирной // Клиническая хирургия. – 2012. – № 10. – С. 26-28.

5. Пат. 18983 Україна, МПК А 61 В 10/00. Спосіб оцінки тяжкості гострого некротичного панкреатиту / Андрущенко В. П., Когут Л. М., Андрушевська О. Ю.; заявник і патентовласник Львів. націон. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – № 07433/06; заявл. 04.07.06; опубл. 15.11.06, Бюл. № 11.

6. Пат. 45797 Україна, МПК А 61 В 10/00, G 01 N 33/487. Спосіб виявлення інфікованості гострого панкреатиту та парапанкреатиту / Когут Л. М., Андрущенко Д. В., Андрущенко В. П.; заявник і патентовласник Львів. націон. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – № 06199/09; заявл. 15.06.09; опубл. 25.11.09, Бюл. № 22.

7. Русин В.І. Дренувальні оперативні втручання з приводу невідмежаного інфікованого ретроперитонеонеокрозу / В. І. Русин, С. С. Філіп // Клиническая хирургия. – 2012. – № 10. – С. 8-13.

8. Хірургічне лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В. О. Сипливий, В. І. Робак, Г. Д. Петренко [та ін.] // Український журнал хирургії. – 2012. – № 2 (11). – С. 89-93.

9. Beger H. G. Diseases of the Pancreas / H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron / – Berlin; Heidelberg: Springer – Verlag. – 2008. – 949 p.

10. Keim V. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis / V. Keim // J. Gastroenterol. – 2005. – № 5. – P. 461-466.

ПРИНЦИП ЕТАПНОСТІ
В ХІРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА И ЕГО
ОСЛОЖНЕНИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МИНИИНВАЗИВНЫХ
И ТРАДИЦИОННЫХ
ОПЕРАЦИОННЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ

*В.П. Андрущенко,
Л.М. Когут., Д.В. Андрущенко*

STAGE'S PRINCIPLE IN
SURGICAL TREATMENT
OF ACUTE PANCREATITIS
AND IT'S COMPLICATIONS
USING MINI INVASIVE AND
TRADITIONAL OPERATION
TECHNIQUES

*V.P. Andruschenko,
L.M. Kodut,
D.V. Andruschenko*

Резюме. На основанні аналізу результатів хірургічного лічення 125 больних с ОП и его осложнениями сформулировано принцип етапної тактики с использованием миниинвазивных, традиционных операционных технологий и их сочетание. Выделено одномоментно-окончательные (57 %), этапные (25 %), и стабилизирующие состояние больного (18 %) вмешательства. Разработанная тактика содействовала снижению показателей послеоперационной летальности с 23,6 до 9,3 %.

Ключевые слова: острый панкреатит, этапность хирургического лечения, миниинвазивные методики.

Summary. On base of analysis of results of 125 patients surgical treatment with acute pancreatitis and complication of disease established the principle stages tactics using mini invasive, traditional operation techniques and their combination. Separated one-step-concluding (57 %), stage's (25 %) and stabilized a patients condition (18 %) operations. Elaborated tactics promoted a decreasing of postoperation mortality from 23,6 to 9,3 %.

Key words: acute pancreatitis, step - surgical treatment, mini invasive techniques.