



О. Л. Ситнік,
В. В. Леонов,
Н. А. Маюра,
В. М. Чумаков

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІДКРИТИХ ТА ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Сумський державний
університет

© Колектив авторів

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 61 хворого на гострий некротичний панкреатит. Відкритим способом прооперовані 53 пацієнта, відеолапароскопічно – 8. Відеолапароскопічні методики дали можливість не виконувати травматичне лапаротомне втручання для дренивання черевної порожнини у стадіях панкреатогенного шоку та недостатності паренхіматозних органів. Відеолапароскопічно асистовані операції у стадію дегенеративних та гнійно-септичних ускладнень дозволяють адекватно роздренувати гострі післянекротичні обмежені рідинні утворення. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежувалося високим ризиком ускладнень, що пов'язані з підвищенням внутрішньочеревного тиску.

Ключові слова: гострий панкреатит, хірургічне лікування, малоінвазивні втручання.

Вступ

Проблема хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит (ГП) лишається актуальною в невідкладній абдомінальній хірургії. Гострий панкреатит складає 8–12 % у структурі нозологічних форм екстренної абдомінальної хірургії, поступаючись гострому апендициту та гострому холециститу [2, 3]. Летальність лишається високою: 7–15 % – загальна, 30–40 % – при деструктивних формах, а післяопераційна летальність сягає 70 % [4].

Сучасні принципи хірургічного лікування гострого панкреатиту широко включають малоінвазивні операції та маніпуляції, зокрема відеолапароскопічні втручання в ділянці чепцевої сумки, параколичних та заочеревинних просторів. Летальність після таких операцій не перевищує 15 % [5, 6].

На жаль, загальновизнаної лікувально-діагностичної тактики при гострому панкреатиті ще не визначено. Тому актуальним є вирішене питання щодо термінів оперативного лікування та вибору раціонального виду малоінвазивної або відкритої операції у хворих на гострий некротичний панкреатит [1].

Матеріали та методи досліджень

Проведено аналіз лікування 1160 хворих на гострий панкреатит у хірургічних відділеннях КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5». Чоловіків було 976, жінок – 184, віком від 22 до 81 року.

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 *НОМОВ–ЕХЕСТРОНИХ HS – 2000*. Дослідження проводили: під час первинного огляду, на 3-ю, 7-у та 14-у добу після госпіталізації, а також за клінічними показаннями. Вивчали розміри, структуру підшлункової залози, наявність ділянок некрозу та обмежених рідинних утворень у 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.

ФГДС виконували відеогastroуденоскопом фірми *PENTAX EPH – 100p* хворим з механічною жовтяницею та диспептичними розладами.

Із 1160 хворих оперовано 61 (5,3 %). Оперованих хворих розподілили на 2 групи: I – за період 2008–2009 рр., до впровадження відеолапароскопічних втручань, II – за 2010–2013 рр., коли в клініці розпочато застосування відеолапароскопічних операцій при гострому панкреатиті. I групу склали 36 хворих, II – 25, із них 8 пацієнтів оперовано відеолапароскопічно.

Відеолапароскопічні операції виконували на обладнанні та інструментарієм фірми «Ендомедіум».

Результати досліджень та їх обговорення

Показаннями до оперативних втручань вважали: панкреатогенний перитоніт; прогресуючу поліорганну недостатність на фоні адекватної медикаментозної терапії; обмежені рідинні



утворення підшлункової залози або за очеревинного простору із загрозою абсцедування чи перфорації; неефективність консервативної терапії у хворих на гострий біліарний панкреатит протягом 24–48 годин.

При обмежених рідинних утвореннях невеликих (80–100 мм) розмірів, локалізованих у чепцевій сумці із загрозою абсцедування нами впроваджена лапароскопічно асистована марсупілізація гострих післянекротичних обмежених рідинних утворень.

Методика втручання. 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. Крізь розріз стінки утворення довжиною 10 мм у порожнину вводять 10мм порт з оптичною системою. Розріз стінки псевдокісти навколо порта герметизують кисетним швом. Під відеолапароскопічним контролем після ревізії намічають проекцію найнижчої точки порожнини на задню черевну стінку. Виконують люмботомічний розріз та встановлюють 3–4 гумові трубки у післянекротичну порожнину. Після видалення оптичної системи 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.

Структуру операцій у хворих на ГП подано у табл. 1.

Оперативні втручання при панкреатогенному перитоніті виконували переважно на 5–7 добу після початку захворювання. У I групі хворих операцією вибору була лапаротомія, дренивання черевної порожнини (8 втручань). Пацієнтам II групи виконували лапароскопічну санацію та дренивання черевної порожнини за Петровим (6 спостережень).

Операції з приводу прогресуючої поліорганної недостатності також виконувалися протягом першого тижня захворювання. Основною задачею вважали адекватне дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору в залежності від поширеності процесу. У I групі 21 відкрите втручання, у другій – 5. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежувалося високим ризиком ускладнень, що пов'язані з підвищенням внутрішньочеревного тиску.

З приводу обмежених рідинних утворень оперовано 5 хворих з I групи, та 14 пацієнтів із II групи на 10–21 добу захворювання. Відкрите втручання включало верхньосерединну лапаротомію, некр- та секвестректомію, омен-

Таблиця 1

Структура оперативних втручань при гострому панкреатиті

Операція	I група	II група	Всього
	кількість операцій	кількість операцій	кількість операцій
Лапаротомія, дренивання черевної порожнини	10	—	10
Лапаротомія, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	21	5	26
Лапаротомія, некр- та секвестректомія, оментобурсостомія, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	5	12	17
Лапароскопічне дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	—	6	6
Лапароскопічний розтин та дренивання гострої післянекротичної порожнини	—	1	1
Лапароскопічно асистована марсупілізація гострої післянекротичної порожнини	—	1	1
Лапаротомія, холецистектомія, зовнішнє дренивання позапечічкових жовчних шляхів	2	2	4

Таблиця 2

Летальність після різних методик операцій

Операція	I група		II група		Всього	
	кількість операцій	померло хворих	кількість операцій	померло хворих	кількість операцій	померло хворих
Лапаротомія, дренивання черевної порожнини	10	3	—	—	10	3
Лапаротомія, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	21	7	5	3	26	10
Лапаротомія, некр- та секвестректомія, оментобурсостомія, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	5	—	12	1	17	1
Лапароскопічне дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	—	—	6	1	6	1
Лапароскопічний розтин та дренивання гострої післянекротичної порожнини	—	—	1	1	1	1
Лапароскопічно асистована марсупілізація гострої післянекротичної порожнини	—	—	1	—	1	—
Лапаротомія, холецистектомія, зовнішнє дренивання позапечічкових жовчних шляхів	2	—	2	—	4	—



тобурсостомію, дронування заочеревинного простору та черевної порожнини (5 хворих із I групи, 12 – із II групи). Одному хворому із II групи проведено лапароскопічний розтин та зовнішнє дронування 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.

При біліарному панкреатиті виконували верхньосерединну лапаротомію, холецистектомію, зовнішнє дронування позапечінкових жовчних шляхів (переважно за Еббе – Піковським).

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 %). Кількість хво-

рих, що померли після різних методів операцій подано у табл. 2.

Висновки

1. Застосування відеолапароскопічних методик для дронування черевної порожнини у стадії панкреатогенного шоку та недостатності паренхіматозних органів дозволило істотно знизити післяопераційну летальність.

2. Відеолапароскопічно асистовані операції у стадію дегенеративних та гнійно-септичних ускладнень дозволяють адекватно роздронувати гострі післянекротичні обмежені рідинні утворення чепцевої сумки невеликих (до 80 – 100 мм) розмірів.

3. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежувалося високим ризиком ускладнень, що пов'язані з підвищенням внутрішньочеревного тиску.

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 дронування парапанкреатичного та заочеревинного просторів при деструктивних формах панкреатиту з використанням мініінвазивних методик / С. М. Кобилецький // Автореферат. – 2010. – 12 с.

3. Роль местной гипотермии и новокаиновых блокад в комплексном лечении острого панкреатита / Д. Н. Желиба, И. Н. Ошовский, А. И. Ошовский, Н. И. Пиро-

гова // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.1. – С. 96–98.

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

5. Risk management in patient with severe acute pancreatitis / H. Gedach // Crit. Care Med. – 2004. – N 28. – P. 430–432.

6. Guidelines for the management of acute pancreatitis. Working report / J. Toouli, M. Brooke Smith, C. Bassi [et al.] // J. Gastroenterology and Hepatology. – 2002. – N 2 17 (Suppl.). – P. 15–39.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ
ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ОТКРЫТЫХ
И ВИДЕОЛАПАРО-
СКОПИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*О. Л. Сьтник, В. В. Леонов,
Н. А. Майора, В. М. Чумаков*

Резюме. Изучены результаты хирургического лечения 61 больного с острым деструктивным панкреатитом. Хирургические вмешательства лапаротомным доступом выполнены 53 пациентам, видеолaparоскопически – 8. Видеолaparоскопические методики позволили избежать травматичных лапаротомных вмешательств для дренирования брюшной полости в стадиях панкреатогенного шока и недостаточности паренхиматозных органов. Видеолaparоскопически ассистированные методики дали возможность адекватно раздренировать ограниченные жидкостные образования в стадию дегенеративных и гнойно-септических осложнений. Однако при прогрессирующей полиорганной недостаточности их применение ограничено риском осложнений, связанных с повышением внутрибрюшного давления.

Ключевые слова: *острый панкреатит, хирургическое лечение, малоинвазивные вмешательства.*

COMPARATIVE
EFFECTIVENESS OF OPEN
AND VIDEO LAPAROSCOPIC
INTERVENTIONS IN ACUTE
PANCREATITIS

*O. L. Sitnic, V. V. Leonov,
N. A. Mayura, V. M. Chumakov*

Summary. Results of surgical treatment of 61 patients with acute necrotizing pancreatitis were analyzed. The «open» methods of interventions were used in 53 patients, videolaparoscopic procedures in 8. Videolaparoscopic techniques have made it possible do not perform traumatic laparotomy intervention for drainage of the abdominal cavity in stage of pancreatic shock and parenchymal organs failure. Videolaparoscopic assisted surgery in stage of degenerative and septic complications can adequately drainage limited liquid formations. Videolaparoscopic interventions in progressive organ failure was limited to high risk of complications associated with increased intra-abdominal pressure.

Key words: *acute pancreatitis, surgical treatment, small invasive interventions*