

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кондратюк О. П.

Національний інститут хірургії та трансплантології НАМН України імені О. О. Шалімова, м. Київ

В статті представлені результати хірургічного лікування 208 хворих гострим панкреатитом, що дозволило визначити тактику застосування мініінвазивних методик та лапароскопії, а також відкритих оперативних втручань.

Ключові слова: гострий панкреатит, хірургічне лікування, мініінвазивні методи, лапароскопія, лапаротомія.

Гострий панкреатит (ГП) залишається однією з складних та невирішених проблем сучасної хірургії. Число хворих на ГП з кожним роком неспинно зростає, та за різними статистичними даними коливається від 200 до 800 пацієнтів на мільйон населення в рік [1, 2].

В Україні захворюваність на ГП складає 5,2–5,9 на 10 тис. населення, переважно хворіють особи працездатного віку, лікування є тривалим та коштовним. Летальність при ГП коливається в межах 20–70%, а при блискавичному перебігу сягає – 98–100% [8, 6].

Основними проблемами у лікуванні хворих з ГП є: відсутність єдиного підходу до хірургічних втручань, що обумовлено до кінця не визначеними поліетіопатогенетичними особливостями розвитку та перебігу захворювання; недоліками діагностики розвитку деструктивних процесів в підшлунковій залозі та за очеревинній клітковині, верифікації клініко-морфологічних форм захворювання та його переходу в стадію інфікування; неможливістю визначення границь та динаміки поширення некротичного процесу [5, 6].

Окрім того, існує суттєва різниця у визначенні оптимальних термінів оперативних втручань, доступів, видів операцій на ПЗ, жовчовивідній системі, методів дренивання заочеревинної клітковини та черевної порожнини [3, 4, 10].

Відсутність єдиної тактики та незадовільні результати лікування хворих з ГП та його ускладненнями диктують необхідність застосування будь-якої можливості для покращення результатів лікування пацієнтів цієї групи, а саме застосування мініінвазивних методів, зокрема лапароскопії на різних етапах перебігу захворювання [7, 11].

Мета

Покращення результатів лікування хворих з гострим панкреатитом шляхом застосування лапароскопічних і ендоскопічних методів діагностики та лікування.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовані результати хірургічного лікування 208 пацієнтів з ГП, які були прооперовані в Інституті хірургії та трансплантології АМН України на різних стадіях хвороби. Серед пацієнтів було 108(51,9%) чоловіків та 100(48,1%) жінок; середній вік хворих склав – 59,2 ± 2,2 роки.

Перший діагностичний етап полягав у виясненні причини гострого панкреатиту. Всім пацієнтам були проведені загальноклінічні, лабораторні, ехографічні, ендоскопічні та рентгенологічні методи обстеження.

На другому етапі проводили оцінку ступеня тяжкості та визначення стадії патологічного процесу з урахуванням критеріїв класифікації прийнятої в Атланті (США) [9].

Результати та їх обговорення

Тривалість хвороби, з моменту маніфестації больового приступу до етапу госпіталізації, коливалась в межах від 1 до 7 діб. У перші дві доби від початку захворювання госпіталізовано 41(19,7%) хворих, на 2–4 добу захворювання – 80(38,5%) пацієнтів, на 4–7 добу 87 (41,8%) обстежених.

Алкогольно-аліментарний панкреатит мав місце у 121(58,2%) пацієнтів. За результатами УЗД (наявність калькульозного холециститу, обструкція загальної жовчної протоки, помірна дилатація позапечінкових жовчних проток та внутрішньопечінкового біліарного дерева, набряк, збільшення об'єму та акустичної щільності голівки і тіла підшлункової залози) наявність гострого біліарного панкреатиту (ГБП) було підтверджено у 87(41,8%) пацієнтів.

Лікування розпочинали з комплексних консервативних заходів, що включали: пригнічення зовнішньої секреторної функції шлунку та підшлункової залози (октрестатин, уктреотид), корекцію геодинаміки та мікроциркуляторних порушень (реосорбілат, трентал), антибіотико-

профілактику та антибіотикотерапію (меронем, інванз, лефлосин, бігофлон), профілактику тромбемболічних ускладнень (низькомолекулярні гепарини – клексан, фраксипарин), а також еферентні методи детоксикації (плазмаферез).

За мету проведення малоінвазивних та ендоскопічних втручань в хворих з ГБП ставили ліквідацію причини обтураційної жовтяниці (ендоскопічна папілосфінктеротомія з літоекстракцією), відновлення пасажу жовчі, санацію ферментного перитоніту, ліквідацію гострих рідинних утворень в сальниковій сумці, забезпечення асептичного перебігу патологічного процесу.

Наявність рідинних скопичень в сальниковій сумці та позаочеревинному просторі були показами до використання черезшкірно пункційно-дренуючих втручань під контролем УЗД у 11(12,6%) пацієнтів з ГБП. Прогресування патологічного процесу при неефективності первинно проведеного консервативного лікування були показаннями до лапароскопічної санації вогнища, дронування сальникової сумки, пара-панкреатичної клітковини, черевної порожнини – у 76(87,3) хворих, лапароскопічної холецистектомії – у 63(72,4) випадків. Ендоскопічна папілосфінктеротомія в поєднанні з лапароскопічною холецистектомією та зовнішнім дронуванням холедоха були проведені у 18(20,7%) пацієнтів цієї групи.

За наявності алкогольно-аліментарного панкреатиту черезшкірно пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку були виконані у 68(56,1%) пацієнтів з гострим парапанкреатичним скопиченням рідини, сформованим парапанкреатичним абсцесом та за наявності піддіафрагмальних абсцесів.

Лапароскопічна санація та дронування черевної порожнини були проведені у 28(23,1%) пацієнтів з панкреатогенним ферментативним перитонітом.

Такий підхід до початкового етапу хірургічного лікування ГП (черезшкірно пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку, лапароскопічна санація та дронування черевної порожнини) в комплексі з інтенсивною консервативною терапією сприяв абортивному перебігу захворювання у 54(56,2%) випадків. Однак у решти хворих відмічалась трансформація стерильного панкреонекрозу в інфікований.

Наростання симптоматики, збільшення кількості вільної рідини в черевній порожнині та вогнищ деструкції в черевній порожнині та позаочеревинному просторі у 59(55,3%) хворих стали показами до проведення хірургічної лапароскопії.

За показами виконували лапароскопічну панкреатонекрсеквестектомію, санацію та дронування черевної порожнини і позаочеревинного простору, холецистектомію. Первинно візуально оцінювали топографію та об'єм ураження підшлункової залози, пальпаторно інструмен-

тально ступінь та глибину поширення гнійно-некротичного процесу. Технічні можливості лапароскопічного виручання в більшості випадків залежали від типу локалізації та поширення гнійно-некротичного процесу (центрального та лівий тип гнійно-некротичного ураження)

Поетапно видаляли некротизовані тканини підшлункової залози в якості гемостатичних засобів в рівній мірі були застосовані біполярна коагуляція, кліпування окремих судин та накладання інтракорпоральних швів. Виконання панкреатонекрсеквестектомії було спрямоване на максимальну ощадне видалення вогнищ некрозу та збереження топографії локалізуючих патологічних осередок структур.

В зв'язку з високим ризиком ятрогенного ураження магістральних судин та органів гепатобілярної зони показаннями переходу до проведення відкритого оперативного втручання у 22(37,3%) хворих були правий та змішаний типи поширення деструктивного процесу, а також - неконтрольована кровотеча, ураження полого органа, прогресування патологічного процесу, септицемії, наростаючої поліорганної недостатності.

Летальність у двох випадках на 12 та на 15 добу після операції була обумовлена прогресуванням синдрому поліорганної недостатності.

Отримані результати переконливо свідчать проте, що застосування диференційованого підходу у веденні хворих на ГП з урахуванням його клініко-морфологічної форми, топографії ураження підшлункової залози та використання мініінвазивних і ендоскопічних методів розширяє як діагностичні та лікувальні можливості, що дає змогу уникнути виникнення поліорганних ускладнень і в кінцевому результаті покращує близькі та віддалені результати хірургічного лікування даної патології.

Висновки

1. Комплексне лікування: адекватну консервативну терапію та використання малоінвазивних технологій дозволяє у більшості хворих (56,2%) з гострим панкреатитом забезпечити регресивний перебіг, уникнути відкритих втручань на ранніх етапах розвитку захворювання.

2. У пацієнтів з клінічною картиною панкреатогенного перитоніту біліарної етіології, показано проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії з літоекстракцією, дронування сальникової сумки та парапанкреатичного простору, лапароскопічної холецистектомії, зовнішнього дронування холедоха, що попереджує прогресування патологічного процесу, виникнення ускладнень.

3. Застосування лапароскопії в хірургії інфікованих уражень підшлункової залози дозволяє значно скоротити кількість ранніх лапаротомій та досягти позитивних результатів лікування у 62,7% пацієнтів.

Литература

1. Бобров О. Е., Мендель Н. А., Игнатов И. Н., Вильгаш А. М. Острый панкреатит: от унификации классификации к единой диагностической и лечебной доктрине. // Хирургия Украины – 2008 – № 2 – С.66–69
2. Бурневич С. З., Гельфанд Б. Р., Орлов Б. Б. и др. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Вестник хирургии им.И. И. Грекова. – 2000. – № 2. – С. 116–122.
3. Грубник Ю. В., Андрієвський П. М. Лапароскопічні операції у хворих з гострим панкреатитом. // Шпитальна хірургія. - 2004. - № 2. - С. 134-136.
4. Дронов А. И., Ковальская И. А., Насташенко И. Л. и др. Эндоскопические методы диагностики и лечения острого билиарного панкреатита. // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004. – № 3. – с.41–43
5. Криворучко І. А., Бойко В. В., Шевченко Р. С. Патолофізіологія та лікування гострого некротичного панкреатиту. // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004 – №3 – с. 55–585
6. Кузнецов Н. А., Ромодан Н. А., Шалаева Г. В. Пути улучшения лечения панкреонекроза. // Хирургия. – 2008 – № 5 – С. 40–45.
7. Рыбачков В. В., Дряженков И. Г., Уткин А. К., Дубровина Д. Е. Лапароскопическая санация при деструктивном панкреатите // Анналы хирургии. – 2010 – № 6 – с. 60–64
8. Шалимов А. А., Ничитайло М. Е., Литвиненко А. Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита. // Клинічна хірургія. – 2006 – № 6. – С. 12–20
9. Bollen T. L., van Santvoort H. C., Besselink M. G. et al. The Atlanta classification of acute pancreatitis revisited Br.J Surg. – 2008. – Vol.95 – № 1 – PP.6 –21.
10. Besselink M. G., van Santvoort H. C., Nieuwenhuijs V. B., Boermeester M. A. et al. Minimally invasive “step-up approach” versus maximal necrosectomy in patients with acute necrotizing pancreatitis (PANTER trial): design and rationale of a randomised controlled multicenter trial [ISRCTN38327949]. // BMC Surg. – 2006. – № 6 (1). – P. 6–12.
11. Zuber-Jerger I., Zorger N., Kullmann F. Minimal invasive necrosectomy in severe pancreatitis. // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2007 – Vol.5(11) –PP. 45

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кондратюк А. П.

Национальный институт хирургии и трансплантологии НАМН Украины имени А.А. Шалимова, г. Киев

В статье представлены результаты хирургического лечения 208 больных острым панкреатитом, что дало возможность определить тактику применения миниинвазивных методик и лапароскопии, а также открытых оперативных вмешательств.

Ключевые слова: острый панкреатит, хирургическое лечение, миниинвазивные методы, лапароскопия, лапаротомия

LAPAROSCOPIC SURGERY OF ACUTE PANCREATITIS

Kondratiuk O. P.

National O. O. Shalimov institute of surgery and transplantology of UAMS, Kyiv

This article is dedicated to surgery treatment of 208 patients with acute pancreatitis which give a possibility to indicate a tactics for application of miniinvasive methods, laparoscopy and laparotomy.

Keywords: acute pancreatitis, surgery treatment, laparoscopy, laparotomy.