

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Томин М.С.

Харьковский национальный Университет им. В.Н. Каразина, кафедра хирургических болезней, Украина

### Введение

Острый панкреатит является одним из наиболее сложных хирургических заболеваний, характеризующийся значительной тяжестью течения и выраженностью изменений гомеостаза, результатом чего является высокий уровень летальности [2,4]. Поэтому при данной патологии особенно важным является использование щадящих, малоинвазивных эндохирurgicalических оперативных вмешательств [2-4].

До настоящего времени не найдены однозначные ответы на вопросы об адаптации лечебной программы острого панкреатита к возможностям современных эндохирurgicalических методов операций, с возможным изменением показаний, сроков выполнения и объема оперативных вмешательств [2-4].

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина "Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки" (номер регистрации 0100U005308).

В связи с развитием и совершенствованием методики лапароскопических оперативных вмешательств расширяется перечень показаний для их выполнения при различных вариантах течения острого панкреатита. Поэтому, наличие острого панкреатита, осложнившегося течением желчекаменной болезни, в настоящее время не рассматривается как абсолютное противопоказание для выполнения как дуоденоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке, так и лапароскопической холцистэктомии. Однако, в отношении определения сроков выполнения, тактики лечения и объема лапароскопического вмешательства не принято окончательного решения [1-5].

Важной проблемой, требующей разрешения, является определение сроков выполнения и выбора тактики лечения и объема лапароскопического вмешательства при остром билиарном панкреатите. Решение ее может быть достигнуто путем выявления при скрининговом УЗИ характерных ультразвуковых симптомов, сопутствующих острому билиарному панкреатиту, и на основании этого определение показаний к выполнению ЭРХПГ, ЭПСТ, НБД, лапароскопической холцистэктомии, наружному дренированию брюшной полости и сальниковой сумки. Другим вопросом, требующим разрешения, является определение показаний и последовательности выполнения указанных вмешательств, изменение техники лапароскопической холцистэктомии при возникшей необходимости в ходе операции прибегнуть к вмешательству на сальниковой сумке, с целью ее санации и дренирования [2-4].

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности использования эндохирurgicalических вмешательств при лечении билиарной формы острого панкреатита у пациентов. Мы ставили перед собой задачу определить характер и рациональный объем выполняемых вмешательств, основываясь на известных патогенетических механизмах данной формы острого панкреатита.

### Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 37 пациентов с острым билиарным панкреатитом, госпитализированных в хирургическое отделение Дорожной клинической больницы (Харьков) на протяжении последних 38 месяцев. Мужчин было 9 (24%), женщин 28 (76%). Возраст больных находился в пределах от 27 до 54 лет, в среднем 42±2,4 года. Продолжительность острого приступа до поступления в стационар была в пределах от 6 часов до 68 часов, в среднем 34±6,2 часа. Общее состояние пациентов в 14 (38%) случаях было оценено как средней тяжести, тяжелое — в 23 (62%). Отечная форма панкреатита имела место у 17 пациентов; мелкоочаговый панкреонекроз — у 20 (геморрагический — 8, жировой — 12); при этом количество экссудата в брюшной полости было от 500 до 1700 мл. Патологические изменения желчевыводительной системы распределились следующим образом: хронический холцистит — у 21 пациентов, острый холцистит — у 11, ранее перенесли холцистэктомию — 5, холедохолитиаз имел место в 37 случаях, механическая желтуха — в 19, острый гнойный холангит — в 6, околососочковый дивертикул двенадцатиперстной кишки — в 3 случаях.

Диагностическая программа включала в себя выполнение клинико-лабораторных исследований, ультразвукового исследования, эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с визуализацией зоны фатерова сосочка, в зависимости от наличия показаний выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, последним этапом проводили лапароскопию.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ У ЛІКУВАННІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Усенко О.Ю., Лаврик А.С., Тивончук О.С., Дмитренко О.П.

Национальний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

### Summary

In this article experience of laparoscopic treatment of 23 patients with gastroesophageal reflux disease is presented. Research results indicate that laparoscopic fundoplication is high efficient in treatment of this pathology is not yields to the "open" surgery, but less traumatic.

Key words: gastroesophageal reflux disease, laparoscopic fundoplication.

### Вступ

Вперше гастроєзофагеальний рефлюкс був описаний Quinke Н. в 1879 році. Проте, свій офіційний статус самостійної нозологічної одиниці гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), отримала в 1997 році на Міжнародному конгресі гастроентерологів та ендоскопістів у Генвелі [2]. Відсутність єдиної концепції діагностики та лікування, широка розповсюдженість, можливість розвитку важких ускладнень роблять ГЕРХ однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини, яку не можна повністю вирішити застосуванням сучасних медикаментів.

Впровадження в клінічну практику сучасних інгібіторів протонної помпи (ІПП) та Н2-блокаторів гістаміну дозволило значно знизити прояви ГЕРХ. Припинення медикаментозної терапії призводить до розвитку рецидивів ГЕРХ, при цьому майже у 80% пацієнтів через 6-12 міс діагностують езофагіт [3]. Хірургічна корекція значно ефективніше ніж лікування блокаторами Н2-гістамінових рецепторів, антацидними препаратами або їх комбінацією [1]. Використання інгібіторів протонної помпи і оперативного втру-

чальної програми передбачувала трансформацію діагностических дуоденоскопических і лапароскопических вмешательств в лечебные. При этом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия в 37 случаях. Септотомией она была дополнена в 9 случаях при наличии выраженной перегородки между устьем общего желчного и панкреатического протоков. Холедохолитотракция при этом выполнена у 32 пациентов — из гепатохоледа и ампулы фатерова соска удалено в разных случаях от 1 до 7 конкрементов, их размеры находились в пределах от 3 до 12 мм. В 5 случаях размеры конкрементов не позволили провести их через устье общего желчного протока, в этих случаях ограничили проведение продолженной санации желчного дерева через назобиллярный дренаж. Эндохирurgicalические вмешательства на Фатеровом соске завершались назобиллярным и назопанкреатическим дренированием катетерами, каждый диаметром 2 мм.

Показанием к лапароскопическому вмешательству явилось выявление при ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости, что имело место во всех случаях. Лапароскопическое исследование выполнялось по стандартной методике с введением телескопа через пупочный доступ и манипуляторов из правого и левого подреберий. После ревизии брюшной полости и ее санации выполняли дренирование сальниковой сумки через Винслоров отверстие, малый сальник, желудочно-ободочную связку в зависимости от имеющихся патологических изменений, кроме того дренажи вводили в правый фланг и малый таз.

### Результаты и их обсуждение

В результате проведенного лечения отмечено купирование клинико-лабораторных признаков острого панкреатита на протяжении 2-4 суток с момента вмешательства, что явилось показанием к удалению назобиллярных и назопанкреатических дренажей. Дренажи брюшной полости удалены по мере прекращения из них отделяемого, на 4-5 сутки. В трех случаях имели место гематомы подкожной клетчатки в месте введения дренажей, в одном случае геморрагия из папилломатомного разреза, осложнения были разрешены в процессе выполнения вмешательств и не потребовали дополнительных лечебных мероприятий. Пациенты, которым не удалось выполнить эндоскопическую холедохолитотракцию, в последующем подверглись хирургическому вмешательству. Летальных исходов не было.

Билиарная природа острого панкреатита может быть установлена во время обследования пациента по наличию характерных изменений билиарной системы. Особенностью лечебной программы у данной группы больных является использование неотложных малоинвазивных вмешательств направленных на устранение патологического фактора, локализованного в билиарной системе, вызвавшего острый панкреатит. В противном случае лечение является недостаточно эффективным и не позволяет получить скорых положительных контролируемых прогнозируемых результатов [1-5].

### Выводы

Сочетанное применение эндохирurgicalических вмешательств является эффективным в лечении острого билиарного панкреатита и позволяет остановить дальнейшее развитие патологического процесса и тем самым предупредить выполнение травматичных хирургических вмешательств имеющих высокую послеоперационную летальность. Малоинвазивные транспиллярные вмешательства на билиарной системе при осложненной желчекаменной болезни позволяют сократить койко-день, период реабилитации и период нетрудоспособности.

### Литература

1. Гусев А.В., Боровков И.Н., Гусева Е.В., Мартини Ч.Т. (2009) Альтернативные эндобилиарные вмешательства при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 8: 16-19
2. Бескобий А.А., Касумян С.А. (2003) Критерии прогноза тяжелого течения острого панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 8: 2: 24-32
3. Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Шишин К.В. и др. (2003) Антеградная папиллосфинктеротомия при лапароскопической холцистэктомии. Хирургия. 9: 14-17
4. Binmoeller K.F., Sycyafer T.W. (2001) Endoscopic management of bile duct stones. J. Clin. Gastroenterol. 32: 2: 106-118
5. Horwood J., Akbar F., Davis K., Morgan R. (2010) Prospective evaluation of a selective approach to cholangiography for suspected common bile duct stones. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 3: 120-125

чання однаково ефективно, за умови, що пацієнти у групі медикаментозної терапії при необхідності підвищують дозу препарату в 2 рази [4].

Травматичність при виконанні фундоплекції з лапаротомним доступом не дозволяє широко використовувати цей метод лікування. Впровадження лапароскопічної фундоплекції дозволило більш повно вирішити проблему резистентних форм ГЕРХ.

### Матеріали та методи

У клініці з 2005 по 2010 рр. з приводу ГЕРХ лапароскопічно було оперовано 23 пацієнта. Чоловіків було 8 (35%), жінок 15 (65%), середній вік склав 50,8±5,2 років. Індекс маси тіла коливався від 24 до 33 кг/м<sup>2</sup>, в середньому склав 27 кг/м<sup>2</sup>. У 22 (96%) хворих діагностована грижа стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) I і II типів. У 21 (91%) пацієнта ми спостерігали стравохідні прояви, у 2 (9%) пацієнтів позастравохідні симптоми: хворих в нічний час спостерігалась задихка та значний кашель. Тривалість захворювання становила від 1 до 15 років.

Для підтвердження діагнозу хворим проводились ендоскопічне, рентгенологічне дослідження стравоходу, 24-годинний рН-моніторинг та манометрія стравоходу. Всі хворі отримували консервативну терапію інгібіторами протонної помпи у стандартних дозах, що виявилась не ефективною.

У 15 (65%) пацієнтів виконана лапароскопічна фундоплекція за Ніссеном, у 1 (4%) пацієнта за Ніссеном-Розетті, у 3 (13%) пацієнтів — за Ніссеном-Донаху, у 4 (18%) пацієнтів виконана фундоплекція за Тупе. У 20 хворих фундоплекція була доповнена крурорафією: у 18 (90%) — задньою, у 2 (10%) хворих передньою.