

### ПРЕДИКТОРИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ РЕТРОГРАДНОЇ ХОЛАНГІОПАНКРЕАТОГРАФІЇ

Кушнірук О.І., Клецько І.Я., Тумак І.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО. Кафедра променевої діагностики ФПДО.

**Вступ.** Найнебезпечнішим серед ускладнень ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ) та лікувальних втручань на великому дуоденальному сосочку (ВДС) при синдромі біліарної обструкції (СБО) є після-ЕРХПГ панкреатит (ПЕП), у т.ч. панкреонекроз, з високою летальністю. Визначення факторів ризику ПЕП і його профілактика є актуальною проблемою.

**Мета роботи:** визначення істинних предикторів розвитку ПЕП.

**Матеріали та методи.** На базі кафедр хірургії та ендоскопії і променевої діагностики ФПДО ЛНМУ в лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова за період 2012–2014 рр. було виконано 1341 лікувальних ЕРХПГ 1035 пацієнтам. Хворих із діагностованим гострим біліарним панкреатитом не враховували. Переважали жінки — 814 (60,7%). Вік хворих коливався від 18 до 96 рр. (медіана — 66 р.), а середня тривалість втручання становила 20 хвилин. Медикаментозна профілактика ПЕП — нестероїдні протизапальні препарати (НСПЗ) дом'язево або ректально була обов'язковою. Досвід ендоскопії на час початку дослідження становив більше 3000 лікувальних ЕРХПГ із виконанням їх понад 200 шороку.

ПЕП розвивався у 16 пацієнтів (1,19% від загальної кількості втручань), з яких 10 мали набрижковий, а 6 (37,5%) — деструктивний панкреатит. Хворих з ПЕП лікували консервативно без летальних випадків. Оцінено 15 потенційних предикторів ПЕП (відповідно до даних літератури) — див. табл.

**Результати.** Усі виявлені випадки ПЕП діагностовано у пацієнтів після проведення первинного втручання (відношення шансів (ВШ) 10,2; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,61–170,0;  $p=0,03$ ), що доводить перевагу багатоступінних втручань у складних випадках. Істинними предикторами ПЕП, залежними від пацієнтів та патології, виявилися: молодий вік хворих < 40 р. (ВШ 6,64; 95% ДІ 2,54–17,77;  $p<0,001$ ); наявність мікрохоледохолітазу та конкрементів до 1 см. (ВШ 5,83; 95% ДІ 1,26–18,57;  $p<0,01$ ); жіноча стать (ВШ 4,59; 95% ДІ 0,99–14,63;  $p=0,036$ ); стенозуючий папіліт (синдром дисфункції сфінктера Одді, ВШ 2,89; 95% ДІ 0,99–7,65;  $p=0,045$ ).

**Висновки.** Пацієнт-асоційовані фактори ризику ПЕП залишаються "слабким місцем" його комплексної профілактики і їх в першу чергу необхідно враховувати досвідченим фахівцем. З метою зменшення впливу операційних факторів опрацьовано й апробовано алгоритм проведення ЕРХПГ, чільними компонентами якого є: 1) визначення предикторів ПЕП у конкретного пацієнта з СБО перед і під час втручання; 2) виконання у складних випадках короткотривалих кількостатних втручань з мінімальною кількістю неселективних канюляцій ампуди ВДС; 3) селективна провідникова канюляція з рентгеноскопічним контролем потрапляння провідника у протоку інтересу для уникнення непотрібної віруснографії у пацієнтів з біліарною патологією; 4) провідникова ЕПСТ; 5) медикаментозна профілактика — НСПЗ до/під час та після проведення лікувальної ЕРХПГ.

Таблиця 1. Предиктори гострого панкреатиту після ЕРХПГ

Характеристика	Усього	ГП (%)	$p^*$	ВШ (95% ДІ)	
Стать	Жіноча	814	1,72%	0,036	4,59 (0,99–14,63)
	Чоловіча	527	0,38%		
Первинна процедура	Так	1029	1,55%	0,031	10,2 (0,61–170,0)
	Ні	312	—		
Канюляція	Так	794	0,88%	0,21	0,53 (0,21–1,42)
	Ні	547	1,65%		
Супрапапілярна холедохотомія	Так	348	5 (1,44%)	0,58	1,3 (0,49–3,81)
	Ні	993	11 (1,11%)		
Балонна дилатація	Так	433	1,15%	1	0,96 (0,36–2,76)
	Ні	908	1,21%		
Літостракція	Так	591	1,18%	1	0,98 (0,38–2,62)
	Ні	750	1,20%		
Папіліт	Так	583	1,89%	0,045	2,89 (0,99–7,65)
	Ні	758	0,66%		
Холангіт	Так	405	0,74%	0,41	0,53 (0,18–1,94)
	Ні	936	1,39%		
Парапапілярні дивертикули	Так	186	1,08%	1	0,89 (0,28–4,12)
	Ні	1153	1,21%		
Протокова гіпертензія	Так	963	1,45%	0,18	2,77 (0,60–8,85)
	Ні	378	0,53%		
Контрастостомія жовчний міхур	Так	234	2,14%	0,18	2,18 (0,82–6,38)
	Ні	1107	0,99%		
Хронічний панкреатит	Так	56	0,00%	0,64	0,68 (0,04–11,49)
	Ні	1285	1,25%		
Холедох	до 1 см	279	2,15%	0,23	1,94 (0,73–5,46)
	понад 1 см	806	1,12%		
	до 40 р.	146	4,79%		
Вік	понад 40 р.	1195	0,75%	0,0008	6,64 (2,54–17,77)
	немає	423	0,47%		
	мікроліт	308	2,60%		
Наявність каменів	до 1 см	429	1,40%	0,009	5,83 (1,26–18,57)**
	понад 1 см	181	0,00%		
	немає	423	0,47%		

\* двосторонній точний критерій Фішера.

\*\* при порівнянні мікролітів і каменів до 1 см решті хворих.

### ХІРУРГІЯ ОДНОГО ДОСТУПУ (SILS) В ЛІКУВАННІ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ТА МАЛОГО ТАЗУ

Литвиненко О.М., Лукуча І.І., Колесник А.В., Гребінь Р.М.

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

**Вступ.** У класичній абдомінальній хірургії одночасне виконання хірургічних втручань з приводу поєднаної хірургічної патології практикувалося небагато хірургами. Це пояснюється, перш за все, надмірною травматичністю доступу, необхідного для виконання таких операцій.

Прогресуючий розвиток ендоскопічної хірургії диктує необхідність перегляду лікувальної тактики у цієї категорії хворих. В різних джерелах літератури опубліковані повідомлення, що стосуються ефективності симультанних лапароскопічних операцій, з традиційного доступу, при поєднаній патології органів черевної порожнини. Незважаючи на косметичний та економічний ефект від традиційної лапароскопічної хірургії, тенденції в медицині надалі потребують покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів: зменшення травматичності, скорочення періоду реабілітації та ще більше вираженого естетичного результату.

Хірургія одного доступу (SILS-хірургія) дозволяє значно знизити больовий синдром після операції, різко скоротити терміни реабілітації пацієнтів після лапароскопічних операцій. Крім того, SILS-методика володіє істотною косметичною перевагою перед звичайною лапароскопією.

Найкраще переваги лапароскопічної хірургії одного доступу проявляються при виконанні симультанних операцій на органах черевної порожнини і малого тазу.

**Мета дослідження:** провести порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з поєднаною хірургічною патологією органів черевної порожнини та малого тазу з використанням стандартної лапароскопічної техніки та однопортової лапароскопічної техніки.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 60 пацієнтів з поєднаною патологією органів черевної порожнини та малого тазу: хронічний калькулезний холецистит в поєднанні з патологією малого тазу (28 (46,6%), гострий апендицит + кісти ячників — 12 (20%), при не паразитарних кістах печінки + хронічний калькулезний холецистит + патологія малого тазу — 20 (33,3%). В залежності від лапароско-

пічного доступу хворі були поділені на 2 групи: 1 група — 32 пацієнтів, яким виконувались оперативні втручання з використанням традиційної лапароскопічної техніки та 2 група — 28 пацієнтів з використанням однопортової лапароскопічної техніки. Всі хворі співставимі за віком та статтю. Середній вік склав  $45 \pm 3,2$  років, середній показник маси тіла —  $27,5$  кг/м<sup>2</sup>.

**Результати.** Традиційні лапароскопічні втручання були виконані у 53,3% пацієнтів: лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) + резекція яйника — 17 пацієнтів, апендектомія + видалення кіст яйника — 5, фенестрація кіст печінки + ЛХЕ + резекція яйника — 10; однопортової лапароскопічні втручання — 46,6%: ЛХЕ + резекція яйника — 13 пацієнтів, апендектомія + видалення кіст яйника — 7, фенестрація кіст печінки + ЛХЕ + резекція яйника — 10. Додаткові троакари під час однопортових оперативних втручань не встановлювалися. Конверсій не було. В 1 групі тривалість операції (хв):  $87,1 \pm 0,5$ ; кровотврат (мл):  $20 \pm 5,8$ ; тривалість знеболення в післяопераційному періоді (год): перші 24; середня тривалість перебування в стаціонарі (доба):  $2,5 \pm 0,5$ ; косметичний результат операції (%): 74,3 — відмінно, 26,6 — добре. В 2 групі тривалість операції (хв):  $79,0 \pm 1,3$ ; кровотврат (мл):  $15 \pm 4,5$ ; тривалість знеболення в післяопераційному періоді перші (год): 8–12; середня тривалість перебування в стаціонарі (доба):  $1,5 \pm 0,3$ ; косметичний результат операції (%): 85,3 — відмінно; 15,6 — добре. Післяопераційні ускладнення не відмінялись.

**Висновки.** Незважаючи на те, що більшість хірургів визнає доцільність виконання симультанних операцій, їх виконують досить рідко — до 3% хворих. Вони позбавляють хворого одразу від двох і більше захворювань, усувають необхідність повторних оперативних втручань, знижують вірогідність виникнення пов'язаних з ними післяопераційних ускладнень.

Оперативні втручання при поєднаній патології органів черевної порожнини та малого тазу з застосуванням SILS технологій дають можливість безпечно та ефективно провести лікування пацієнтам даної категорії з кращим вираженням косметичним ефектом, дозволяють зменшити час перебування в стаціонарі та період реабілітації.

### ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХОЦЕЛЕ ЯК ПРИЧИННИ ГОСТРОГО НЕКРОТИЗУЮЧОГО ПАНКРЕТИТУ

Лисюк Ю.С., Кушнірук О.І., Бокотей І.А., Когут Л.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Актуальність.** Вроджена патологія панкреатобіліарної зони як причина панкреатичної гіпертензії трапляється рідко, що зумовлює недостатню поінформованість лікарів і може бути причиною діагностичних труднощів.

**Клінічний випадок.** Пацієнтка С., 27 років, інвалід III групи, перебувала на диспансерному спостереженні з приводу неврологічної патології (дисциркуляторна енцефалопатія) та патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (гіперацидний гастрит, дискінезія дванадцятипалої кишки, хронічний безкаменевий холецистит — 7 госпіталізацій у гастроентерологічне відділення). Протягом трьох останніх років були наявні

больовий та диспептичний синдроми, прогресували УСГ-ознаки порушення відтоку жовчі — збільшення розмірів та потовщення стінки жовчного міхура, поява складку. 28.04.2009 р. була ургентно госпіталізована в хірургічне відділення з інтенсивним больовим синдромом і діагнозом гострого біліарного панкреатиту. Ультрасонографія: жовчний міхур S-подібною формою, значно збільшений ( $154 \times 50$  мм), з множинними конкрементами біля шийки, містить застійну жовч, стінка товщиною 3 мм, холедох — 6,3 мм, з перетином. КТ: холедох 11 мм, ознаки деструктивного панкреатиту із парапанкреатичними рідинними скопченнями. Виконано операційне втручання з приводу інфікованого