

УДК: 616.37–002.4–036.11–089.168

Ситнік О.Л., Леонов В.В., Чанцев В.О., Хачатурідзе Г.В.

Результати хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит

Сумський державний університет, медичний інститут

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 61 хворого на гострий некротичний панкреатит. Відкритим способом прооперовано 53 пацієнти, відеолапароскопічно – 8. Післяопераційні ускладнення виникли у 8 хворих із 61, померли 15 (24,5%) пацієнтів. Причини смерті: прогресуюча поліорганна недостатність – 10, арозивна кровотеча – 4, профузна шлунково-кишкова кровотеча із пенетруючої вирази дванадцятипалої кишки – 1.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Летальність при гострому панкреатиті складає 13–15%, а при некротичних формах сягає 50–85% [1]. Серед хворих на гострий некротичний панкреатит переважають особи працездатного віку. Сучасні принципи хірургічного лікування гострого панкреатиту широко включають малоінвазивні операції та маніпуляції, зокрема відеолапароскопічні втручання в ділянці чепцевої сумки, параколічних та заочеревинного просторів. Летальність після таких операцій не перевищує 15% [3,4,5].

Загальноновизнаної лікувально-діагностичної тактики при гострому панкреатиті ще не визначено. Тому актуальним є вирішення питання щодо термінів оперативного лікування та вибору національного виду малоінвазивної або відкритої операції у хворих на гострий некротичний панкреатит [2].

Мета дослідження – аналіз результатів відкритих та відеолапароскопічних втручань у хворих на гострий некротичний панкреатит.

Матеріал і методи дослідження

За період 2008 – 2011 рр. у хірургічних відділеннях КУ «Сумська міська клінічна лікарня №5» проліковано 1160 хворих на гострий панкреатит. Чоловіків було 976, жінок – 184, віком від 22 до 81 років.

Хворим проводилося загальноклінічне та лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини та грудної клітки, фіброгастродуоденоскопія (ФГДС).

УЗД виконували на сканері *НОМОВ – ЕХЕСТРОНИХ HS – 2000*. Дослідження проводили: під час первинного огляду, на 3-тю, 7-му та 14-ту добу після госпіталізації а також за клінічними показаннями. Вивчали розміри, структуру підшлункової залози, наявність ділянок некрозу та обмежених рідинних утворень в підшлунковій залозі та заочеревинній жировій клітковині, виявляли вільну рідину у чепцевій сумці та черевній порожнині, з'ясували стан протокової системи підшлункової залози та біліарного тракту.

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

Із 1160 хворих оперовані 61 (5,3%): відкритим способом 53 пацієнти, відеолапароскопічно – 8. Відеолапароскопічні операції виконували на обладнанні та інструментарієм фірми «Ендомедіум».

Результати дослідження та їх обговорення

Показаннями до оперативних втручань були: панкреатогенний перитоніт; прогресуюча поліорганна 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.

Оперативні втручання при панкреатогенному перитоніті (13 спостережень) виконували переважно на 5–7 добу після початку захворювання. Операцією вибору були лапаротомія, дренування черевної по-

рожнини (8), після впровадження відеолапароскопічних втручань - лапароскопічна санация та дренування черевної порожнини за Петровим (5).

Операції з приводу прогресуючої поліорганної недостатності також виконувалися протягом першого тижня захворювання. Основною задачею вважали адекватне дренування черевної порожнини та заочеревинного простору залежно від поширеності процесу. Відкритим способом оперовані 26 хворих, відеолапароскопічно – 1 з дренуванням параколічного простору зліва крізь люмботомічний доступ під відеолапароскопічним контролем. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежувалося високим ризиком ускладнень, пов'язаних з підвищенням внутрішньочеревного тиску.

З приводу гострих післянекротичних рідинних утворень підшлункової залози оперовані 19 пацієнтів. Кровотечу у порожнину псевдокісти було діагностовано на основі клінічних даних, результатів лабораторного та інструментального (ультразвукове дослідження) обстеження. Найбільш вагомими були наступні симптоми: посилення болу у животі, прогресуюча анемія, прогресуюче збільшення розмірів псевдокісти, яке визначали пальпаторно та за допомогою ультразвукового дослідження. Проявами абсцедування вмісту псевдокісти були гектична температурна реакція та прогресуючі запальні зміни показників лейкоцитарної формули, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) та С – реактивного протеїну (СРП). Відкрите втручання (17 спостережень) включало верхньосерединну лапаротомію, некр- та секвестректомію, оментобурсостомію, дренування заочеревинного простору та черевної порожнини (5 хворих із I групи, 12 – із II групи). Відеолапароскопічно оперовані 2 пацієнта. Одному із них проведено лапароскопічний розтин та зовнішнє дренування 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 (1 спостереження).

При біліарному панкреатиті виконували верхньосерединну лапаротомію, холецистектомію, зовнішнє дренування позапечіткових жовчних шляхів (переважно за Еббе-Піковським).

Післяопераційні ускладнення виникли у 8 (8%) хворих із 61, померли 15 (24,5%) пацієнтів. Причини смерті: прогресуюча поліорганна недостатність – 10, арозивна кровотеча – 4, профузна шлунково – кишкова кровотеча із пенетруючої вирази дванадцятипалої кишки – 1.

Післяопераційні ускладнення та летальність подано у таблиці 1.

Таблиця 1. Ускладнення та летальність після різних методик операцій

Операція	Кількість втручань	Післяопераційні ускладнення		Летальність	
		абс. число	%	абс. число	%
лапаротомія, дренування черевної порожнини	10	2	20,0	3	30,0
лапаротомія, дренування заочеревинного простору та черевної порожнини	26	3	11,5	10	38,4
лапаротомія, некр- та секвестректомія, оментобурсостомія, дренування заочеревинного простору та черевної порожнини	17	1	5,9	1	5,9
лапароскопічне дренування заочеревинного простору та черевної порожнини	6	1	16,6	0	0
лапароскопічний розтин та дренування гострої післянекротичної порожнини	1	1	100	1	100
лапароскопічно асистована марсупілізація гострої післянекротичної порожнини	1	0	0	0	0
лапаротомія, холецистектомія, зовнішнє дренування позапечіткових жовчних шляхів	4	0	0	0	0

Висновки

1. Основні причини смерті у хворих на гострий некротичний панкреатит (прогресуюча поліорганна недостатність, арозивна кровотеча) зумовлені тяжким перебігом захворювання.
2. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежується високим анестезіологічним ризиком, пов'язаним з підвищенням внутрішньочеревного тиску.
3. Відеолапароскопічні втручання ефективні при панкреатогенному перитоніті та післянекротичних рідинних утвореннях підшлункової залози.

Перспектива подальших досліджень полягає в оптимізації показань та уточненні термінів виконання відеолапароскопічних втручань у хворих на післянекротичні рідинні утворення підшлункової залози.

Література

1. Абакумова О.А. Хирургия острого живота / О.А.Абакумова, В.С.Афончиков, С.Ф. Багненко [и др.] – СПб.: ЭЛБИ – СПб., 2009. – 512 с.
2. Бобров О.Е. Некоторые мифы и реальности острого панкреатита / О.Е.Бобров, А.И. Мендель – Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2010 – 160с.
3. Gedach N. Risk management in patient with severe acute pancreatitis / N. Gedach // Crit. Care. Med. 2004. N2 8. P. 430432.
4. Toouli J. Guidelines for the management of acute pancreatitis. Working report / J. Toouli, M. Brooke-Smith, C. Bassi [et al.] // J. Gastroenterol-

ogy and Hepatology. 2002. N2 17. S.1539.

5.Uhl W. Guidelines for the management of acute pancreatitis / W.Uhl, A.Warshaw, C.Imrie [et al.] // Pancreatology. 2002. Vol. 2. P. 565573.

Сытник О.Л., Леонов В.В., Чанцев В.А., Хачапуридзе Г.В.

Результаты хирургического лечения больных с острым некротическим панкреатитом

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 61 больного с острым некротическим панкреатитом. Открытым способом прооперированы 53 пациента, видеолaparоскопично - 8. Послеоперационные осложнения возникли у 8 больных из 61, умерли 15 (24,5%) пациентов. Причины смерти: прогрессирующая полиорганная недостаточность - 10, арозивное кровотечение - 4, профузное желудочно-кишечное кровотечение из пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки - 1.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, хирургическое лечение.

Sytnik O.L., Leonov V.V., Chantsev V.A., Hachapuridze G.V.

Results of Surgical Treatment of Acute Necrotic Pancreatitis

Summary. Results of surgical treatment of 61 patients with acute necrotic pancreatitis. Open means 53 operated patients videolaparoscopic - 8. Postoperative complications occurred in 8 (8%) patients with 61, 15 died (24.5%) patients. Cause of death: progressive multiple organ failure - 10, arozyvna bleeding - 4, profuse gastrointestinal bleeding from duodenal penetruyuchoy expressions - 1.

Key words: acute necrotic pancreatitis, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.342-007.071-02-07-089

Стукало О.А.

Мінінвазивне лікування стенозуючих захворювань термінального відділу жовчода

Кафедра хірургії, Донецький національний медичний університет

Резюме. Досліджені результати ендохірургічного лікування 1194 хворих на стенозуючі захворювання термінального відділу жовчода. Систематизовано клінічні, сонографічні, ендоскопічні та рентгенівські ознаки стенозу. Наведені технічні аспекти, проаналізовані ускладнення. Ефективність ендоскопічного лікування доброякісних форм папілостенозу складала 88,4%, злоякісних – 52,2%.

Ключові слова: стеноз термінального відділу жовчода, транспапільярні втручання, обтураційна жовтяниця.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Порушення прохідності термінального відділу загальної жовчної протоки зумовлені різноманітними по морфології процесами: запальними, гіперпластичними, склерозуючими, пухлинними [3-5,9]. Усі вони супроводжуються стійкою біліарною гіпертензією. Ендохірургічні транспапільярні втручання (ЕТВ) у цієї категорії хворих є ефективним методом лікування, однак супроводжуються збільшенням ризиком невдач та ускладнень, відсоток яких сягає 6-46% [1,2,6-8].

Мета дослідження: Поліпшення результатів лікування хворих із стенозуючими захворюваннями термінального відділу жовчода (ТВХ) та великого сосочку дванадцятипалої кишки (ВСДК).

Матеріал і методи дослідження

У клініці хірургії Донецького національного медичного університету с 1999 по 2011 роки ЕТВ виконані 2819 пацієнтам із патологією позапечінкових жовчевих протоків. Середній вік хворих складав 69,3±8,1 років. Жінок – 1805 (64%), чоловіків – 1014 (36%). Стенозуючі захворювання ТВХ і ВСДК діагностовано в 1194 (42,4%) пацієнтів. Діагностичний алгоритм включав загальноклінічні та біохімічні дослідження, сонографію, дуоденоскопію, КТ. Переважним способом лікування порушень відтоку жовчі були ЕТВ.

Результати дослідження та їх обговорення

Вивчені наслідки лікування 1194 хворих із стенозуючими

захворюваннями ТВХ та ВСДК. Біліарна гіпертензія була зумовлена у 360 (30,2%) пацієнтів злоякісними пухлинами дуоденопанкреатобіліарної ділянки (ДПБД) – перша група. У 416 (34,8%) хворих діагностовано парапапілярні дивертикули – друга група. Третю групу склали 282 пацієнти (23,6%) із запальним та рубцевим характером стенозу. Четверта група – 136 хворих (11,4%) із доброякісними пухлинами ВСДК.

Жовдохолітіаз діагностовано у 761 (63,7%) хворого. У кожній групі відокремлені пацієнти з супутнім жовдохолітіазом. У першій групі в 93 (25,8%) пацієнтів, у другій в 294 (70,7%), у третій групі в 273 (96,8%) та в четвертій групі дослідження в 101 (74,3%) хворого. Обтураційна жовтяниця від 25 мкмоль/л до 346 мкмоль/л виявлена у 925 пацієнтів (77,5%).

Усім пацієнтам виконана дуоденоскопія з метою проведення ЕТВ. Показами до виконання дуоденоскопії та транспапільярного втручання, поряд із клінічними даними, гіпербілірубінемією та збільшенням рівня печінкових та/або панкреатичних ферментів, були сонографічні ознаки розширення загальної жовчної протоки більше, ніж 8 мм, та/або головної панкреатичної протоки більше, ніж 2 мм, зокрема, за відсутності сонографічних ознак каменів або пухлини ДПБД.

До ендоскопічних ознак стенозу ВСДК віднесені: 1) відсутність у папілярній ділянці устя, яке можна побачити, 2) втягнутість папілярної ділянки та устя, 3) сосочкові вирости з устя, 4) одинокий поліпідний утвір, який виступає з устя, 5) пухлинні розростання, які закривають устя, 6) бутриста повздожня складка.

Рентгенівськими ознаками стенозу ТВХ, було розширення загальної жовчної протоки ≥ 9 мм, збільшення часу евакуації контрасту до кишки понад 30 хвилин.

У разі успіху канюлювання, за даними ретроградної холангіографії, виконували типову (канюляційну) папілосфінктеро-