

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.

Жовтохоліліаз діагностовано у 761 (63,7%) хворого. У кожній групі відокремлені пацієнти з супутнім жовтохоліліазом. 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 повздожжя 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-

томію. Довжина розрізу не більше 8 мм. з ліквідацією локального стенозу інтрамурального відділу холедоха. Ендоскопічними ознаками ефективної ліквідації стенозу є поява із розсіченого устя відтоку жовчі, з першими бульбашками повітря, та наявність вільного введення кошика Dormia. Рентгенівською ознакою ефективності є час евакуації контрасту з жовчних шляхів – менше ніж за 30 хвилин.

У разі неможливості канюлювання устя ВСДК виконували атипичну папілосфінктеротомію попереднім розсіченням устя (pre-cut) канюляційним папілотомом зі струною, яка виходить за край інструмента. Якщо розріз досягав 8 мм, а жовчна протока не була розкрита, подальші ендоскопічні дії вважалися ризикованими, проводилося етапне втручання після медикаментозної профілактики панкреатиту на 3-4 добу. У більшості пацієнтів, за таких умов, виконували канюляційну типову папілосфінктеротомію.

Хворим із стенозованим устям сосочка і розширеною повздожньою складкою проводили ендоскопічну супрапапілярну холедоходуденостомію (ХДС) голчастим папілотомом. При розкритті жовчної протоки ХДС довершували канюлюванням. За відсутності жовчі після пункційного розрізу та неможливості канюлювання холедоха подальші ендоскопічні дії вважалися ризикованими та не проводилися. Хворим, у яких після пункційного розрізу розширеної повздожньої складки неможливо було канюлювати холедох, у подальшому, діагностували злоякісну пухлину у ТВХ.

Після ендоскопічного ліквідування стенозу операцію завершували назобілярним каркасним дренажуванням з метою санації білярного тракту та етапної холангіографії. Хворим із злоякісним стенозом в подальшому виконували ендопротезування тефлоновими стентами. Пацієнтам з діагностованим розповсюдженим стенозом ТВХ ендохірургічне лікування стенозу, за результатом наших досліджень, протипоказане у зв'язку з високим ризиком ускладнень.

Ефективність ендохірургічних способів лікування доброякісних форм стенозу ТВХ та ВСДК становить 88,4%. Ефективність ендохірургічного лікування білярного блоку у 360 хворих з обтураційною жовтяницею злоякісного генезу становить 52,2% (188 пацієнтів). Етапні ендоскопічні втручання виконувалися у 25,8% хворих.

Ускладнення виникли у 64 хворих (5,4%): гострий панкреатит – у 43 (4,1%), з них панкреонекроз – у 19, померло 7 пацієнтів. Кровотеча після папілотомії діагностовано у 15 (1,3%) хворих, ретроуденальна перфорація – у 7 (0,6%). Летальність у пацієнтів із стенозуючими захворюваннями ТВХ і ВСДК виявилася у 0,9%.

При вивченні результатів дослідження відзначено, що у пацієнтів на злоякісний стеноз розширення холедоха дорівнює у середньому 13 ± 2 мм, у хворих на доброякісний стеноз відповідно – 9 ± 2 мм. Гіпербілірубінемія більше за 200 мкмоль/л притаманна, хворим на ракове ураження ВСДК і ТВХ. Найбільш поширеним ускладненням ЕТВ у хворих на доброякісний стеноз є гострий панкреатит та перфорація. У хворих на злоякісний стеноз ускладнень удвічі менше, частіше виникають кровотечі.

Висновки

Систематизовано клінічні, біохімічні, сонографічні, ендоскопічні та рентгенівські ознаки стенозуючих захворювань ТВХ і ВСДК.

Ефективність ендоскопічних засобів лікування стенозуючих захворювань ТВХ і ВСДК підвищується із застосуванням ати-

пової техніки виконання операції, розподілу втручань на декілька менш травматичних етапів, комплексної медикаментозної профілактики ускладнень.

ЕТВ є ефективними у 88,4% пацієнтів з доброякісним стенозом і в 52,2% хворих на злоякісний стеноз ТВХ і ВСДК.

Література

1. Кондратенко П.Г. Прогнозирование и лечение осложненных транспапиллярных вмешательств / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // *Клініч. хірургія*. – 2009. – №7-8. – С. 71-74.
2. Кондратенко П.Г. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и их профилактика / П.Г. Кондратенко, А.А. Стукало // *Архив клинической и экспериментальной медицины*. – 2002. – Т. 11, №2. – С. 140-143.
3. Коррекция неопухолевой патологии дистального отдела общего желчного протока после холецистэктомии / М.Е. Ничитайло, М.С. Гойда, А.А. Пидмурняк [и др.] // *Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика*. – 2000. – Вип.9, кн.4. – С. 379-383.
4. Ничитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник, А.Л. Ковальчук. – К.: Здоров'я, 2005. – 424с.
5. Ничитайло М.Е. Стенозирующий папиллит как проявление постхолецистэктомического синдрома / М.Е. Ничитайло, П.В. Огородник, А.Г. Дейниченко // *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. – 2011. – Е. 6, № 2. – С. 66-67.
6. Сиплиный В.А. Роль эндоскопических методов в лечении осложненных форм холедохолитиаза / В.А. Сиплиный, М.С. Котовщиков, А.Г. Петюнин // *Хірургія України*. – 2005. – № 2 (14). – С. 120-121.
7. Freeman L.M. Complication of endoscopic biliary sphincterotomy / L.M. Freeman // *Endoscopy*. – 1998. – Vol. 30, Supp. 2. – P. 216-220.
8. Freitas M.L. Choledocholithiasis: evolving standards for diagnosis and management / M.L. Freitas, R.L. Bell, A.J. Duffy // *World J. Gastroenterol*. – 2006. – Vol. 8, № 6. – P. 409-425.
9. Guelrud M. Papillary stenosis / M Guelrud // *Endoscopy*. – 1988. – Vol.20. – P.193-202.

Стукало А.А.

Минимально инвазивные лечения стенозирующего заболевания терминального отдела холедоха

Резюме. Исследованы результаты эндохирургического лечения 1194 больных стенозирующие заболевания терминального отдела холедоха. Систематизированы клинические, сонографические, эндоскопические и рентгеновские признаки стеноза. Приведенные технические аспекты, проанализированы осложнения. Эффективность эндоскопического лечения доброкачественных форм папиллостеноза составила 88,4%, злокачественных - 52,2%.

Ключевые слова: стеноза терминального отдела холедоха, большой сосочек, транспапиллярные вмешательства, обтурационная желтуха.

Stukalo O.A.

Endosurgery of Common Bile Duct Distal Stenosis

Summary. The experience of the endoscopic transpapilla interventions to 1194 patients with common bile duct distal stenosis is represented. The effectiveness of the endoscopic elimination of benign stenosis was 88,4 percent, of malignant stenosis was 52,2 percent. Endoscopy and radiology diagnostic criteria were examined. Technique of interventions, complications, investigations were presented.

Key words: common bile duct stenosis, obstruction jaundice, ERCP, endoscopic sphincterotomy, precut papillotomy.

Надійшла 25.06.2012 року.