

© Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Собко В.С., Ходаківський С.В.

УДК: 616.34-007.64:616.377-002.6

Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Собко В.С., Ходаківський С.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

МІСЦЕ ТЕРМІНОВОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПАПІЛОСФІНКТЕРОТОМІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ

Резюме. Метою нашої роботи було вивчення результатів лікування гострого панкреатиту з використанням сучасної патогенетичної інтенсивної терапії, мініінвазивних хірургічних технологій, традиційних видів оперативних втручань. Проаналізовано результати лікування 250 хворих на гострий панкреатит. Огляд зони великого дуоденального сосочка дозволив у великій кількості спостережень виявити причину біліарного панкреатиту. Виконання термінових ендоскопічних втручань є обґрунтованим і має бути внесеним до стандартів діагностики та лікування гострого панкреатиту.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, папілосфінктеротомія, дивертикул дванадцятипалої кишки.

Вступ

Гострий панкреатит - це гостре хірургічне захворювання, в основі якого лежить ферментативний аутоліз і некроз паренхіми підшлункової залози та заочеревинної клітковини з розвитком гострої системної запальної реакції та місцевих деструктивних ускладнень [Костюченко, 2000]. Гострий панкреатит і надалі залишається проблемою для сучасної ургентної хірургії та посідає третє місце після апендициту та холециститу [Jonson, 1999, Гальперин, 2001]. Незважаючи на успіхи в патогенетичному інтенсивному лікуванні, антибіотикотерапії, мініінвазивних оперативних методах, загальна летальність залишається досить високою - від 3% до 21%, при панкреонекрозі - до 85%, а при фульмінантному перебігу сягає 100% [Кубышкин, 2002]. В теперішній час причина високої летальності та її широкий діапазон обумовлені відсутністю стандартизованих підходів до лікування, визначення важкості захворювання, різноманітність думок щодо методів оперативного лікування.

Метою нашої роботи було вивчення результатів лікування гострого панкреатиту з використанням сучасної патогенетичної інтенсивної терапії, мініінвазивних хірургічних технологій, традиційних видів оперативних втручань.

Матеріали та методи

Матеріалами нашого дослідження стали результати лікування 250 хворих на гострий панкреатит, пролікованих на базі кафедри хірургії №1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Коростенської ЦРЛ та обласній клінічній лікарні м. Житомира. В роботі використовувалась класифікація, прийнята в Атланті у 1992 р. зі змінами, внесеними протягом подальших десятиліть. Виходячи з даної класифікації, легкий панкреатит діагностовано у 190 хворих (76%), важкий - у 60 хворих (24%). Чоловіків було 72,4%, жінок - 27,6%. Переважна більшість хворих (80%) були у віці 40-60 років. Одним із чинників, який має значний вплив на перебіг захворювання та розвиток ускладнень, є проміжок часу від початку захворювання до госпіталізації хворого в стаціонар (табл. 1).

Залежно від терміну госпіталізації хворого проводилась корекція лікування, враховуючи стадійність захворювання. Розподіл хворих на гострий панкреатит за етіологічним чинником представлений в таблиці 2.

Діагноз гострого панкреатиту встановлювався на основі клініко-лабораторних даних, сукупності інструментальних обстежень. Основними інструментальними методами були: УЗД, рентгенологічне дослідження, КТ, МРТ, ендоскопічне обстеження, лапароскопія. Визначення інфікування зон панкреонекрозу ґрунтувалось на бактеріологічному дослідженні матеріалу, отриманого під час пункції чи лапароскопії. Ступінь важкості хворих на гострий панкреатит оцінювали за шкалою SAPS, SIRS та поліорганної недостатності. Ускладнень у хворих на набрякову форму не було. У хворих на панкреонекроз асептичний перебіг мали 38 пацієнтів (63,3%), інфікований - 22 (36,7%). В більшості спостережень у одного хворого діагностовано декілька ускладнень, їх кількість корелювала із важкістю перебігу захворювання (табл. 3).

Результати. Обговорення

Хворим з набряковою формою панкреатиту проводилась базисна терапія, яка направлена на створення фізіологічного спокою органу. В схему входили спазмолітики, анальгетики, протизапальні, антиферментні та антисекреторні препарати, дезінтоксикаційно-інфузійна терапія. При вклинненні конкременту у Фатеровому соску, а також при складному холедохолітазі виконувалась супрапапілярна канюляційна ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з подальшою літоекстракцією (ЛЕ), в одному випадку з літотрипсією (ЛТ). У випадку, коли за даними УЗД має місце вірсунголітаз (<0,5 см), після виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії з папілосфінктеропластикою (ПСП) та літоекстракцією призначались скополаміноподібні спазмолітики та осмотичні діуретики, які сприяли зменшенню набряку сосочка і самостійному відходженню конкрементів з вірсунгової протоки, тим самим ліквідовуючи панкреато-біліарну гіпертензію. У випадках, коли явища біліарного панкреатиту виникли на тлі пара- та періпапіляр-

Таблиця 1. Перебіг гострого панкреатиту та розвиток ускладнень залежно від проміжку часу від початку захворювання до госпіталізації хворого в стаціонар.

Термін госпіталізації	Гострий панкреатит, легкий перебіг	Гострий панкреатит, важкий перебіг	Всього
До 24 год.	111 (58,4%)	5 (8,3%)	116 (46,4%)
24-72 год.	79 (41,6%)	8 (13,3%)	87 (34,8%)
1 тиждень		14 (23,3%)	14 (5,6%)
2 тижні		8 (13,3%)	8 (3,2%)
3 тижні		25 (41,6%)	25 (10%)

Таблиця 2. Розподіл хворих на гострий панкреатит за етіологічним чинником.

Етіологічний фактор	Гострий панкреатит, легкий перебіг	Гострий панкреатит, важкий перебіг
Алкоголь	141 (74,3%)	25 (41,6%)
Біліарний	38 (20%)	28 (46,6%)
Післяопераційний	2 (1,05%)	2 (3,3%)
Перипапілярні дивертикули ДПК	9 (4,7%)	5 (8,3%)

Таблиця 3. Структура ускладнень при гострому панкреатиті.

Ускладнення	Кількість хворих (n=54)	%
Ферментативний асцит-перитоніт	12	22,2%
Гостре скупчення рідини	9	16,6%
Обмежений парапанкреатичний інфільтрат	16	29,6%
Розповсюджений парапанкреатичний інфільтрат	6	11,1%
Інфікована псевдокіста	4	7,4%
Панкреатогенний абсцес	9	16,6%
Флегмона заочеревинного простору	5	9,25%
Гнійний перитоніт	2	3,7%
Зовнішня панкреатична нориця	8	14,8%
Зовнішня кишкова нориця	1	1,85%
Арозивна кровотеча	3	5,5%

них дивертикулів, проводилась дозована канюляційна ЕПСТ з ЛЕ та стентування холедоха. Стент видалявся на 3-4 добу. Дивертикул звільнявся від залишків їжі і, ліквідуючи синдром Леммела, усували панкреато-біліарну гіпертензію. Огляд зони великого дуоденального сосочка дозволив у 28,7% спостережень виявити причину біліарного панкреатиту і в 91,1% випадків про-

Список літератури

Брехов Е.И. Диагностика и лечение стерильного панкреонекроза /Е.И.Брехов //Хирургия. - 2006. - №9. - С. 31-35.
 Будзинский А.А. Лечение панкреатита с помощью внутрисветных эндоскопических методов /А.А.Буд-

зинский //Чрескожные и внутрисветные эндоскопические вмешательства в хирургии: науч.-практ. конф. с междунар. участием, 12 нояб. 2010 г. - Москва: Моск. гос. мед.-стомат. ун-т, 2010. - С. 55-59.
 Гальперин Э.И. Узловые вопросы лече-

ния деструктивного панкреатита /Э.И.Гальперин, Т.Г.Дюжева, К.В.Докучаев //Анналы хир. гепатологии. - 2001. - Т.6. - С. 139-142.
 Григорян Р.С. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при пери- и парапапиллярных дивертикулах две-

вести термінову ЕПСТ з метою усунення панкреато-біліарної гіпертензії. Отримані результати обґрунтовують необхідність внесення ЕГДС з оглядом зони великого дуоденального сосочка до стандартів діагностики та лікування гострого панкреатиту.

Хворих з важкими формами панкреатиту госпіталізували у відділення інтенсивної терапії. Лікувальні заходи включали створення фізіологічного спокою, адекватну перфузію тканин, корекцію гіповолемії, покращення мікроциркуляції, трансфузію альбуміну, пролонговану епідуральну анальгезію, пригнічення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози, форсований діурез. Всім хворим при госпіталізації проводили парентеральне введення антибіотиків широкого спектру дії в режимі деескалації (фторхінолони, карбапенеми в поєднанні з орнідазолом та флюконазолом). Подальша корекція антибактеріальної терапії проводилась з урахуванням бактеріологічного дослідження. З метою імунокорекції пацієнтам проводились 5 сеансів УФО крові.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Наш досвід лікування хворих на гострий панкреатит та дані літератури дозволяють зробити висновок про надання переваги активно-вичікувальної тактиці, яка передбачає виконання лапароскопічних дренажних операцій в ранньому періоді при ферментативному перитоніті, наростанні синдрому поліорганної недостатності на ґрунті інтенсивної терапії.

2. При важких неінфікованих формах панкреонекрозу та біліарного гострого панкреатиту перевага надається мініінвазивним дренажним операціям.

3. При великовогнищевих та розповсюджених формах інфікованого панкреонекрозу найбільш виправданою є тактика активного багатоетапного хірургічного лікування з використанням відкритих дренажних операцій.

4. У випадках гострого біліарного панкреатиту ендоскопічні втручання виконувались в перші 12 годин від госпіталізації і включали в себе ЕПСТ+ПСП+ЛЕ+ЛТ з подальшим стентуванням при необхідності.

5. Отримані результати обґрунтовують необхідність внесення ЕГДС з оглядом зони великого дуоденального сосочка до стандартів діагностики та лікування гострого панкреатиту.

У перспективах подальших досліджень залишаються питання оптимізації ендоскопічних методів лікування хворих на гострий біліарний панкреатит, а також їх стандартизація.

- надцятиперстної кишки: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук /Р.С.Григорян. - М., 2001. - 22 с.
- Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология /А.Л.Костюченко, В.И.Филин. - СПб: Деан, 2000. - С. 53-56.
- Кубышкин В.А. Выбор метода лечения поздних гнойных осложнений деструктивного панкреатита /В.А.Кубышкин //Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т.7, №1. - С. 210-211.
- Egawa N. Juxtapapillary duodenal diverticula and pancreatobiliary disease /N.Egawa, H.Anjiki, K.Takuma //Dig. Surgery. - 2010. - Vol.27(2). - P. 105-109.
- Jonson C.H. Pancreatic Diseases /C.H.Jonson, C.W.Imrie //Springer. - 1999. - P. 10-253.

Петрушенко В.В., Пашинский Я.М., Собко В.С., Ходаковский С.В.

МЕСТО СРОЧНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. Целью нашей работы было изучение результатов лечения острого панкреатита с использованием современной патогенетической интенсивной терапии, миниинвазивных хирургических технологий, традиционных видов оперативных вмешательств. Проанализированы результаты лечения 250 больных острым панкреатитом. Обзор зоны большого дуоденального сосочка позволил в большом количестве наблюдений выявить причину билиарного панкреатита. Выполнение срочных эндоскопических вмешательств является обоснованным и должно быть включено в стандарты диагностики и лечения острого панкреатита.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, папиллосфинктеротомия, дивертикул двенадцатиперстной кишки.

Petrushenko V.V., Pashinskiy Y.M., Sobko V.S., Khodakivskiy S.V.

URGENT ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY PLACE IN COMPLEX TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS AND ITS COMPLICATIONS

Summary. The aim of our work was to study the results of treatment of acute pancreatitis with contemporary pathogenetic intensive therapy, miniinvasive surgical techniques, traditional kinds of surgery. The results of treatment of 250 patients with acute pancreatitis were analyzed. Overview zone papillary allowed a large number of observations to identify the cause of biliary pancreatitis. An urgent endoscopic intervention is justified and should be included in the standards of diagnosis and treatment of acute pancreatitis.

Key words: acute biliary pancreatitis, papillosphincterotomy, duodenal diverticulum.

Стаття надійшла до друку 19.12.2013р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.м.н., проф., завідувача курсом ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1, проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 66-10-51

Пашинський Ярослав Миколайович - к.м.н., асист. кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; pashinsky29@gmail.com

Собко Вадим Сергійович - асист. курсу ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1, аспірант курсу ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова без відриву від виробництва; sv_eskular@bk.ru

Ходаківський Сергій Валентинович - лікар-хірург хірургічного відділення Корстенського РТМО Житомирської обл., аспірант кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова без відриву від виробництва; hodak_serg@mail.ru

© Дробков О.Л., Давидов Д.М., Кадочников В.С., Шаповалов В.Ю., Герасименко О.С.

УДК: 616.366-002-07:576.344

Дробков О.Л., Давидов Д.М., Кадочников В.С., Шаповалов В.Ю., Герасименко О.С.

Одеський національний медичний університет, кафедра загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією (Валіховський пров., 3, м. Одеса, Україна, 65026)

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЦИКЛІЧНИХ НУКЛЕОТИДІВ В ОЦІНЦІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Резюме. В результаті проведених досліджень доведено, що гострий холецистит викликає зниження вмісту цАМФ (циклічний аденозінмонофосфат) та збільшення цГМФ (циклічний гуанозінмонофосфат). Глибина виявлених змін залежала від віку хворих. Холецистектомія сприяла деякому відновленню вмісту циклічних нуклеотидів та збільшенню коефіцієнту їх співвідношення. В той же час відзначено, що відновлення показників вмісту циклічних нуклеотидів до фізіологічного рівня в післяопераційному періоді відбувалось вкрай повільно і навіть на 7 - 10 день вони достовірно відрізнялись від останніх. Особливо повільно цей процес відбувався у хворих 60 років і старше. Визначення змісту циклічних нуклеотидів на різних етапах лікування гострого холециститу є одним із критеріїв прогностичної оцінки функціонального стану печінки.

Ключові слова: гострий холецистит, циклічні нуклеотиди.

Вступ

У структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини гострий холецистит на протязі ос-

таних десятиліть стабільно займає друге місце після гострого апендициту. Згідно існуючих даних [Межгихов