

Запорожченко Б.С., Бородаєв І.Є., Качанов В.М., Мурав'єв П.Т., Шарапов І.В., Шевченко В.Г., Бондарець Д.А.

ДЕЯКІ ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проаналізовано результат лікування 156 хворих з гострим деструктивним панкреатитом (ГДП). У 76 (48,7 %) хворих був діагностований стерильний панкреонекроз, ускладнений розвитком ферментативного перитоніту, що стало показанням до лапароскопічної санації (ЛС) і дренивання черевної порожнини. Найважливішим етапом оперативних втручань, які виконуються в ранні терміни захворювання у хворих із стерильним ГДП, було усунення патології жовчних шляхів. Летальність склала 3,9 %. У 80 (51,3 %) хворих було виконано "відкрите" лапаротомне втручання з приводу інфікованого ГДП. Після виконання лапаротомії основна увага була приділена оцінці поширеності та характеру ураження підшлункової залози, заочеревинної клітковини, органів черевної порожнини. Летальність у цій групі хворих склала 12,5 %.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, стерильний, інфікований панкреонекроз.

Zaporozhchenko B.S., Borodaev I.E., Kachanov V.N., Muraviov P.T., Sharapov I.V., Shevchenko V.G., Bondarets D.A.

A CERTAIN TECHNICAL APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE SEVERE PANCREATITIS

Summary. Results of treatment of 156 patients with acute destructive pancreatitis (ADP). In 76 (48,7 %) patients were diagnosed with a sterile pancreonecrosis complicated by the development of enzymatic peritonitis, which was an indication for laparoscopic rehabilitation (LR) and drainage of abdominal cavity. The most important stage of surgical interventions performed in the early stages of the disease in patients with sterile EIR, was the elimination of the pathology of the biliary tract. The mortality rate was 3,9 %. In 80 (51,3 %) patients was performed "open" surgery for laparotomy infected ADP. After laparotomy we focused on assessment of the prevalence and nature of lesions of the pancreas, retroperitoneal fat, abdominal organs. Mortality in this group was 12,5 %.

Key words: acute destructive pancreatitis, sterile, infected pancreatic necrosis.

Рецензент - д.мед.н., доц. Дехтярь А.Л.

Статья поступила в редакцию 06.11.2015р.

Запорожченко Борис Сергеевич - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №2 з курсом дитячої хірургії Одеського національного медичного університету; +38 048 734-27-64; surgery@icn.od.ua

Бородаєв Ігорь Евгеньевич - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 з курсом дитячої хірургії Одеського національного медичного університету; +38 048 798-80-68, +38 048 734-27-64; xir31@mail.ru

Качанов Валерий Николаевич - к.мед.н., ассист. кафедри хірургії №2 з курсом дитячої хірургії Одеського національного медичного університету; +38 048 734-27-64; surgery@icn.od.ua

Мурав'єв Петр Тадеушевич - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 з курсом дитячої хірургії Одеського національного медичного університету; +38 048 734-27-64; gemostatik@mail.ru

Шарапов Ігорь Владимирович - к.мед.н., ассистент кафедри хірургії №2 з курсом дитячої хірургії Одеського національного медичного університету; +38 048 734-27-64; surgery@icn.od.ua

Шевченко Валерия Геннадьевна - к.мед.н., ассистент кафедри хірургії №2 з курсом дитячої хірургії Одеського національного медичного університету; +38 048 734-27-64; cujo1@mail.ru

Бондарець Дмитрій Андреевич - врач хирург Одесский областной медицинский центр; Bondarecdima@gmail.com

© О.В. Пиптюк, С.Б. Телемуха, А.Я. Павляк, С.А. Рабій, І.М. Соколовський

УДК: 661.37-002.4-08.

Пиптюк О.В., Телемуха С.Б., Павляк А.Я., Рабій С.А., Соколовський І.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету (вул. Гетьмана Мазепи, 114, м. Івано-Франківськ, Україна, 76014)

КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНА ПЕРФУЗІЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НАБРЯКОВОГО ТА НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Несвоєчасна діагностика панкреонекрозу та виконання запізнених оперативних втручань сприяють високій післяопераційній летальності в 20-72 % хворих, без тенденції до зниження. Комп'ютерно-томографічна перфузіографія - це метод променевого дослідження, який показує, скільки мілілітрів артеріальної крові проходить через 100 грам тканини за одну хвилину. Перевагою перфузіографії є те, що ми можемо побачити ранні зміни в тканині підшлункової залози та визначити ділянки, в яких порушене кровопостачання, метод дає змогу чітко від диференціювати гострий набряковий панкреатит від панкреонекрозу.

Ключові слова: комп'ютерно-томографічна перфузія, гострий панкреатит.

Вступ

У структурі гострих захворювань органів черевної порожнини захворювання гострим панкреатитом постійно зростає і становить 7-14 %, а панкреонекроз роз-

вивається у 15-51 % хворих [1, 2, 3]. Несвоєчасна діагностика та виконання запізнених оперативних втручань сприяють високій післяопераційній летальності в 20-72

% хворих, без тенденції до зниження [5, 6]. Наслідки діагностичної помилки можуть бути фатальними для пацієнта [4, 7]. Специфічні лабораторні тести, УЗД чи КТ мало інформативні в розпізнаванні гострого набрякового та некротичного панкреатиту. Комп'ютерно-томографічна перфузіографія (КТП) - це метод променевого дослідження, який показує, скільки мілілітрів артеріальної крові проходить через 100 грам тканини за одну хвилину. Перевагою перфузіографії є те, що ми можемо побачити ранні зміни в тканині підшлункової залози та визначити ділянки, в яких порушене кровопостачання [8, 9].

Мета дослідження - підвищення ефективності лікування хворих з гострим панкреатитом за допомогою КТП і ранньої диференційної діагностики гострого набрякового та некротичного панкреатиту.

Матеріали та методи

З 2013 по 2015 рік проаналізовано результати комплексного лікування 32 хворих з гострим панкреатитом в клініці хірургічного відділення Центральної міської клінічної лікарні Івано-Франківська віком від 23 до 79 років. Чоловіків було 20, жінок - 12. Згоду пацієнтів на обстеження і лікування отримано. З метою диференціювання гострого набрякового і некротичного панкреатиту, пацієнти, які госпіталізовані в хірургічне відділення ЦМКЛ, були обстежені впродовж однієї доби. КТП проводили на апараті "Aquillon Prime" фірми Toshiba (Японія) при режимах: товщина зрізу - 0,5 мм X 32, 0,5 мм X 64); пітч - стандарт (Pitch Factor 0813/ Helical Pitch 65,0), час обертання трубки - 0,5 с, напруга - 120 kV, сила струму - 250 mA. Виконували нативне сканування органів черевної порожнини від куполів діафрагми до крил клубових кісток. Променеве навантаження на пацієнта в середньому становило 8,4 мЗв. Для введення контрасту, проводили пункцію ліктьової вени катетером діаметром не менше 18G. Перевірку прохідності вени проводили за допомогою двохколбового інжектора, внутрішньовенно вводили 0,9 % водний розчин хлориду натрію, кількість якого залежала від ваги пацієнта і вибиралася згідно табличних даних. За даними нативного сканування на рівні підшлункової залози проводили тестовий болюс, для визначення часу середнього надходження контрасту, виставляли тригер на аорту щільністю 100HU. Сканування та ввімкнення інжектора проводилося одночасно. Згідно протоколу контрастування, вводили неіонний мономерний контраст Йогексол 350. Кількість введеного препарату та швидкість введення залежала від ваги пацієнта і вибиралася згідно табличних даних. Оглядали зображення, виконані під час тестового болюсу, вибирали зону інтересу, захоплюючи частину селезінки та печінки, визначивши середнє поступлення контрасту в аорту. Після введення контрасту промивали судини за допомогою 30 мл. 0,9 % водного розчину хлориду натрію. Аналіз результатів дослідження проводили з допомогою програми Sure Extention. Реєстрацію отриманих сканів проводили че-

рез програму клінічних обстежень Body Perfusion для органів черевної порожнини, які подавалися у вигляді кривих і картах перфузіографії (4D-карти перфузіографії). Результати оцінювали за показниками "Mean" (статичним показником), який показує щільність, та "Sd" (швидкість об'ємного кровотоку) - динамічний показник. Ми використовували описову статистику значень перфузії для гострого набрякового, гострого некротичного панкреатиту та нормальної тканини підшлункової залози. В нормі: Sd 55 мл/100г/хв. - для голівки підшлункової залози, для тіла Sd 59 мл/100г/хв., для хвоста Sd 57 мл/100г/хв.

Результати. Обговорення

У всіх 32 пацієнтів була візуалізована вся підшлункова залоза, із завершеною реєстрацією у всіх випадках, а також у всіх пацієнтів були одержані кольорові карти перфузіографії. 32 хворих були поділені на дві групи. Перша група - пацієнти з гострим набряковим панкреатитом (12 пацієнтів), при гострому набряковому панкреатиті на картах перфузіографії визначалося, що значення Sd було у вузькій зоні і становило 12-16 (жовтий та зелений колір на карті перфузіографії). Друга група - пацієнти з гострим некротичним панкреатитом (20 пацієнтів). При гострому некротичному панкреатиті на картах перфузіографії визначалося значення Sd менше 10-12 (зелений та синій колір на карті перфузіографії).

Оперативне втручання залежало від стадії та виду панкреонекрозу (стерильний, інфікований). При стерильному панкреонекрозі і ферментативному перитоніті проводилося лапароскопічне дренування черевної порожнини і сальникової сумки через вінсьловий отвір і шлунково-ободову зв'язку широкими поліхлорвініловими трубками. При біліарному панкреатиті за показами виконували холецистектомію, ендоскопічну папілосфіктеротомію, назобіліарне дренування холедоха. Здійснювали забір матеріалу для бактеріологічного дослідження. У 7 хворих в подальшому виконана лапаротомія. При наявності гнійно-септичних ускладнень виконана верхне-серединна лапаротомія, марсупілізація сальникової сумки, дренування черевної порожнини і сальникової сумки, при показаннях дренування очеревинного простору з люмботомічних розрізів. Динамічна кишкова непрхідність була показом до інтубації тонкого кишечника. Обов'язково брали матеріал для визначення чутливості до антибіотиків та ідентифікації мікроорганізмів.

Висновки перспективи подальших розробок

1. КТП є перспективним та об'єктивним методом для диференціальної діагностики гострих панкреатитів (чутливість 100%), який дає змогу чітко віддиференціювати гострий набряковий панкреатит від панкреонекрозу.

Необхідний подальший аналіз методу КТП на більшій кількості пацієнтів.

Список літератури

1. Андрущенко В. П. Спосіб профілактики післяопераційних раневих ускладнень алопластики передньої черевної стінки / В. П. Андрущенко, М. І. Кушнірчук // Хірургія України. - 2010. - № 2. - С. 51-55.
2. Багненко С. Ф. Острый панкреатит - современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С. Ф. Багненко, В. Р. Гольцов // Альманах института им. А. В. Вишневского. - 2008. - Т. 3, № 3. - С. 104-112.
3. Дронов О. І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, О. І. Ковальська // Хірургія України. - 2008. - № 4 (додаток 1). - С. 80-904.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости; под ред. В. С. Савельева - М.: "Триада - X", 2004. - 640 с.
5. Теслюк І. І. Гострий панкреатит. Проблеми діагностики та лікування / І. І. Теслюк, В. В. Сулик // Хірургія України. - 2013. - № 2 (21). - С. 54-59.
6. Хирургические инфекции: рук-во; под ред. Н.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. - СПб: Питер, 2003. - 864 с.
7. Шалимов А. А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко // Клінічна хірургія. - 2006. - № 6. - С. 12-20.
8. Li H. O. Low-dose whole organ CT perfusion of the pancreas: preliminary study / H.O. Li, C. Sun, Z.D. Xu // Abdom. Imaging. - 2014. - Vol. 39 (1). - P. 40-7. doi: 10.1007/s00261-013-0045-1
9. Whole-organ perfusion of the pancreas using dynamic volume CT in patients with primary pancreas carcinoma: acquisition technique, post-processing and initial results / S. Kandel, C. Kloeters, H. Meyer [et al.] // Eur. Radiol. - 2009. - Vol. 19(11). - P. 2641-6. doi:10.1007/s00330-009-1453-z. Epub, 2009. May 27.

Пытлюк А.В., Телемуха С.Б., Павляк А.Я., Рабий С.А., Соколовский И.М.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРФУЗИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОТЕЧНОГО И НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Несвоевременная диагностика панкреонекроза и выполнения запоздалых оперативных вмешательств способствуют высокой послеоперационной летальности в 20-72 % больных, без тенденции к снижению. Компьютерно-томографическая перфузиография - это метод лучевого исследования, который показывает, сколько миллилитров артериальной крови проходит через 100 грамм ткани за одну минуту. Преимуществом перфузиографии является то, что мы можем увидеть ранние изменения в ткани поджелудочной железы и определить участки, в которых нарушено кровоснабжение, метод позволяет четко дифференцировать острый отечный панкреатит от панкреонекроза.

Ключевые слова: компьютерно-томографическая перфузия, острый панкреатит.

Pytiuk O., Telemukha S., Pavlyak A., Rabyi S., Sokolovskiy I.

COMPUTER TOMOGRAPHIC PANCREAS PERFUSION IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE EDEMATOUS AND NECROTIC PANCREATITIS

Summary. Late diagnosis of pancreatic necrosis and delayed execution of surgical interventions contribute to higher postoperative mortality in 20-72 % of patients with no downward trend. Computer-tomographic perfusion - a method of radiation research that shows how many milliliters of arterial blood passes through 100 grams of tissue per minute. Perfusion advantage is that we can see early changes in pancreatic tissue and identify areas in which impaired blood flow, the method makes it possible to clearly differentiate from acute edematous pancreatitis from pancreatic necrosis.

Key words: computer-tomographic perfusion, acute pancreatitis.

Рецензент - д.мед.н., проф. Гончар М.Г.

Стаття надійшла до редакції 27.11.2015р.

Пытлюк Александр Володимирович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 050 534-6152; pupalex@gmail.com

Телемуха Святослав Богданович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 050 373-4601; S1-tvfly@yandex.ru

Павляк Андрій Ярославович - к.мед.н., асист. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 095 035-2678; pavlyak@mail.ru

Рабий Степан Андрійович - лікар-рентгенолог Івано-Франківського національного медичного університету; stepanyo@mail.ua
Соколовський Ігор Михайлович - зав. відділення рентген діагностики; +38 050 551-3051; sokolyata5@ukr.net

© Плотников А.В. Грубник Ю.В.

УДК: 61.831-005-073.432.19:612.13

Плотников А.В., Грубник Ю.В.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 3 с курсом нейрохирургии (ул. акад. Воробьева, 5, г. Одесса, Украина, 65031)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ С ПРЕВАЛИРУЮЩИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Резюме. В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 822 пострадавших при политравме с превалирующим повреждением органов брюшной полости и грудной клетки. У 428 пациентов в лечебно-диагностическом алгоритме