

*Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall недостаточно учитывают ряд важных клинических и патогенетических факторов развития рецидивных язвенных кровотечений. Улучшение эффективности прогнозирования таких кровотечений требует учета комплекса факторов, определяющих состояние процессов гемостаза и регенерации.*

**Ключевые слова:** язвенное кровотечение, рецидив, прогнозирование.

**Dutka I.I., Grynychuk F.V.**

### THE ANALYSIS OF THE GASTRODUODENAL ULCEROUS BLEEDING RELAPSE EMERGENCE RISK FACTORS

**Summary.** A treatment results retrospective analysis of 203 patients with ulcerous gastroduodenal bleeding was conducted, among them 135 (66,5%) are males and 68 (33,3%) are females. All patients were examined and provided with a conservative treatment according to protocols. Duodenal ulcer was diagnosed in 127 (62,56%) patients, gastric ulcer - in 68 (33,49%), gastroduodenal ulcer - in 9 (4,43%). The 24 (11,82%) patients had bleeding relapse, most of them (n=11 (45,83%) had it within 2-3 days upon arrival. The least number of relapses (4 (16,67%) cases) occurred within the first day. The most number of relapses (n=15 (62,5%) happened in patients without ulcerous anamnesis. A clear link between ulcer localization and relapse frequency was not determined. The 15 (62,5%) patients who had relapses were diagnosed with II A class by Forrest. On the Glasgow Blatchford Score, 3 patients had relapses (12,5%) with 0 number of items, 11 (45,83%) - with up to 5 number of items, the other 10 (41,67%) - above 5 number of items. The relapses frequency grew up as the number of items on the Rockall Score, more cases occurred with 5-6 number of items patients (n=16 (66,67%), higher indicators appeared in separate cases. So, the Forrest, Glasgow Blatchford, Rockall Scores do not take into consideration the whole number of clinical and pathogenic factors of ulcerous bleeding relapse emergence. In order to optimize the efficiency bleeding prognosis, one has to take into account the factors complex that determine hemostasis and regeneration process condition.

**Key words:** ulcerous bleeding, relapse, prognosis.

*Рецензент - д.мед.н., проф. Польовий В.П.*

*Стаття надійшла до редакції 03.11.2016 р.*

*Дутка Іван Іванович - асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет"; +38(095)0885442; dutka86@mail.ua  
Гринчук Федір Васильович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії № 1 Вищого державного навчального закладу України "Буковинський державний медичний університет"; +38(050)9510017; fedir\_grynychuk@ukr.net*

© Кебало А. Б., Гордовський В. А., Рейті А. О., Головін О. В.

УДК: 616.37-002

**Кебало А. Б., Гордовський В. А., Рейті А. О., Головін О. В.**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112)

## АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ДРЕНУЮЧИХ ВТРУЧАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ

**Резюме.** Гострий панкреатит посідає третє місце в невідкладній хірургії черевної порожнини за частотою виникнення та перше місце за летальністю при важких формах. Метою дослідження є аналіз ефективності мініінвазивних втручань із застосуванням ендоскопічної ультрасонографії в лікуванні хворих на некротичний панкреатит та розробка алгоритму лікування. Проаналізовані результати лікування 124 хворих на некротичний панкреатит. Використовувалися традиційні та мініінвазивні ендоскопічні втручання під контролем ультрасонографії. Застосування мініінвазивних ендоскопічних дренажних втручань під контролем ультрасонографії дозволяє в 26,1% випадків уникнути необхідності відкритого оперативного лікування у хворих на некротичний панкреатит, скоротити тривалість лікування в 2 рази, зменшити кількість післяопераційних ускладнень у 3 рази, знизити летальність у 5,5 рази.

**Ключові слова:** некротичний панкреатит, ендоскопічна ультрасонографія, мініінвазивні втручання, алгоритм лікування.

### Вступ

Гострий панкреатит протягом останніх років стійко займає третє місце в структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини та заочеревинного простору, поступаючи лише гострому апендициту та холециститу, та перше місце по летальності [4]. В Україні захворюваність на гострий панкреатит (ГП) складає 59,2 випадків на 100 тис. населення [6]. Протягом останніх десятиліть відмічається негативна тенденція до росту захворюваності на ГП. У 15,0-20,0% спостережень гострий панкреатит носить деструктивний характер, що характеризується розвитком місцевих та системних ускладнень [2, 5].

Сучасне лікування гострого панкреатиту є комплекс-

ним та етапним. До першого етапу лікування належить терапія направлена на пригнічення екзокринної секреції підшлункової залози, дезінтоксикаційна терапія, терапія направлена на відновлення нормального гомеостазу та антибактеріальна терапія. Однак, щодо антибактеріальної терапії точаться жваві дискусії, адже гнійні ускладнення розвиваються тільки в 20-50% випадках важкого ГП [6]. Тому деякі дослідники застосовують антибіотики при розвитку ускладнень [1], а інші рекомендують їх призначення усім хворим на важкий ГП [5].

Хірургічного лікування потребують 50-70% хворих на важкий ГП [4]. "Ранне" оперативне втручання не по-

казало бажаних результатів. Очевидним стало те, що таким чином попередити прогресування патологічного процесу неможливо. В останні роки все ширше використовуються малоінвазивні дренуючі втручання [1, 3]. При цьому серед хірургів існують розбіжності у показаннях до пункцій та термінах їх виконання. Основним показанням до оперативного лікування важкого ГП є розвиток локальних гнійних ускладнень [4, 5]. Суперечливі думки хірургів щодо виду, тактики та доцільності оперативних втручань у хворих з поліорганною недостатністю, та у хворих з стерильним панкреонекрозом [4]. IV науково-технічна революція, свідками якої ми є, дозволяє хірургам візуалізувати вражені органи та тканини, проводити інтервенційне лікування з мінімальною травматизацією органів. Саме мініінвазивні методи лікування ГП поступово витісняють класичні хірургічні підходи, та стають методом вибору.

У зв'язку з тим, що результати хірургічного лікування ГП не можна визнати задовільними, проблема оптимізації хірургічної тактики і пошуку нових ефективних способів лікування при даній патології залишається актуальною.

*Мета* - аналіз ефективності мініінвазивних втручань під контролем ендоскопічної ультразвукової візуалізації в режимі реального часу, в лікуванні хворих на некротичний панкреатит та розробка алгоритму лікування.

### Матеріали та методи

В основі дослідження лежить ретроспективний та проспективний аналіз клінічних даних обстеження та лікування 124 хворих які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Комунального закладу Київської обласної Ради Київська обласна клінічна лікарня (КЗ КОР КОКЛ) №1 з діагнозом гострий панкреатит в період з 2009 року по 2016 рік. Всі хворі були госпіталізовані в екстреному порядку.

Всі хворі були поділені на три репрезентативні групи.

Першу групу склали 56 (45,2%) хворих з гострим некротичним панкреатитом (38 чоловіків, 18 жінок), яким проводилося оперативне лікування відкритими хірургічними методами.

До другої групи увійшли 50 (40,3%) хворих, яким оперативне лікування проводилося виключно з застосуванням мініінвазивних методів (22 чоловіків, 28 жінок).

Третю групу склали хворі, щодо яких було застосовано комбіноване мініінвазивне та відкрите оперативне лікування 18 (14,5%) хворих (5 чоловіків, 13 жінок), у таких пацієнтів мініінвазивні втручання не дали змогу уникнути відкритої (лапаротомної) операції.

Вік пацієнтів варіював від 20 до 76 років. Середній вік становив  $42,3 \pm 12,1$  років.

Як видно з представлених даних, некротичний панкреатит в більшості випадків зустрічався у пацієнтів працездатного віку (30-59) років, і по відношенню до загальної кількості хворих склав 74,2% - (92). Чоловіків

**Таблиця 1.** Розподіл пацієнтів за віком та статтю.

Стать	Вікові групи						Всього
	20-29 років	30-39 років	40-49 років	50-59 років	60-69 років	70-79 років	
Чоловіки	4	12	15	24	7	3	65
Жінки	2	11	13	17	12	4	59
Всього	6	23	28	41	19	7	124

**Таблиця 2.** Розподіл форм гострого панкреатиту.

Форма гострого панкреатита	1 Група		2 Група		3 Група		Всього	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Стерильний панкреонекроз	12	21,6	8	16,0	4	22,2	24	19,2
Інфікований панкреонекроз	44	78,4	42	84,0	14	77,8	100	80,8

в даній віковій категорії було 51, жінок - 41. У жінок відмічено рівномірний розподіл деструктивного панкреатиту по віковим групам. Найнижча захворюваність виявлена у віці 20-29, та 70 років і старше, найвища - у віці 50-59 років. Слід відмітити, що урахування вікового фактора, загострює увагу над важливістю медико-соціального значення проблеми діагностики та хірургічного лікування деструктивного панкреатиту, адже найбільшому ризику піддаються працездатні вікові категорії.

Розподіл за формами гострого панкреатиту представлений в таблиці 2.

За даними, наведеними в таблиці 2, у першій групі пацієнтів (за результатами бактеріологічного дослідження) стерильний панкреонекроз в 21,6% хворих, інфікований панкреонекроз в 78,4% хворих.

У другій групі пацієнтів, яким проводилися мініінвазивні втручання, стерильний панкреонекроз в 16,0% хворих; інфікований панкреонекроз у 84,0% хворих.

У третій групі пацієнтів, щодо яких було застосовано комбіноване оперативне лікування - стерильний панкреонекроз у 22,2% хворих; інфікований панкреонекроз у 77,8% хворих.

Усім хворим проводилася інфузійно-трансфузійна терапія з використанням сандостатину, інгібіторів протезаз, антибактеріальної терапії, ентерального та парентерального харчування.

Усім хворим проводилося комплексне обстеження з використанням клініко-лабораторних та інструментальних методів. Вираховували діагностичну точність та діагностичну чутливість променевих методів дослідження. Променеві методи діагностики включали в себе динамічне ультразвукове обстеження черевної порожнини та заочеревинного простору, ендоскопічну ультразвукову сонографію при гастродуоденоскопії, мультиспіральну комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію.

При ендоскопічній ультразвуковій діагностиці оцінювали товщину слизового та підслизового шару дванадцятипалої кишки, швидкість кровотоку в підслизо-

вих судинних сплетіннях кишки. Нормальним вважається товщина слизової дванадцятипалої кишки від 1,4 до 2,5 мм. Досліджували ехоструктуру голівки, тіла та хвоста ПЗ шляхом сканування через шлунок та ДПК. В випадках коли хвіст ПЗ не вдавалося візуалізувати через ДПК, сканування проводили через наповнений рідиною шлунок, що дозволяло розправити стінки останнього і підвести датчик в потрібну нам зону діагностики. В усіх відділах оцінювали розміри, ехогенність, чіткість, та рівність контурів ПЗ, кровотік, наявність додаткових утворень, кальцинатів, стан навколопанкреатичної клітковини (наявність рідинних утворень та її ехоструктуру, локалізацію та зв'язок з ПЗ).

Для опису дифузних та вогнищевих уражень підшлункової залози використовували стандартизовані ультразвукові критерії. Статистичний аналіз проведений в програмі "Statistica 6.0" для Microsoft Windows.

### Результати. Обговорення

Вибір методу оперативного втручання у хворих на некротичний панкреатит визначали з урахуванням об'єму ураження ПЗ, наявності гострих рідинних скупчень

в заочеревинному просторі та черевній порожнині, локалізації патологічного процесу, зони розповсюдження некротичного процесу.

Показами до мініінвазивного втручання були наявність будь-яких рідинних скупчень у парапанкреатичній клітковині та ураження паренхіми ПЗ  $\leq 50\%$ . Мініінвазивні втручання проводилися в середньому через  $18 \pm 4,5$  днів після початку захворювання.

У другій групі пацієнтів проводилися мініінвазивні маніпуляції під контролем ендоскопічної ультрасонографії в залежності від локалізації патологічного процесу (голівка, тіло, хвіст). При локалізації процесу в голівці тілі підшлункової залози (39 пацієнтів) пункцію та дренування рідинного утворення проводили через низхідну чи горизонтальну частину ДПК, встановлювали одиничний дренаж з діаметром внутрішнього просвіту 5 мм у 11 пацієнтів; в 22 пацієнтів було застосовано дводренажну промивну систему (назальний дренаж + пластиковий дренаж); 6 пацієнтам було встановлено металеві стенти, які саморозширюються, діаметром 1,5-1,8 см. При локалізації патологічного процесу в хвості підшлункової залози (11 пацієнтів) в 8 випадках вста-

Таблиця 3. Загальна клінічна характеристика за групами.

	Відкрита операція	Мініінвазивне дренування	Комбінована санація
Тривалість оперативного втручання	n=56 160±33,4 хв.	n= 50 45±23,4 хв.	n=18 115±21,4 хв.
Перебування в ВРІТ	5 діб ± 1,7	1 добу ± 0,7	4 діб ± 1,2
Проведено ліжко-днів	31,2±5,7	14,9±2,7	19,1±3,6
Ускладнення (загальна к-ть)	18	6	5
Динаміка зниження інтоксикації (зниження показників рівня лейкоцитів та прокальцитоніну до нормального рівня)	9 добу±1,7	3 добу±0,7	6 добу± 1,4
Транзиторна поліорганна недостатність	14	4	8
Рецидив захворювання	4	1	2

Таблиця 4. Структура ранніх післяопераційних ускладнень.

Показник	Ранні післяопераційні ускладнення					
	Мініінвазивна санація, n=50		Комбінована санація, n=18		Відкрите лікування, n=56	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кровотеча	1	2,0	1	5,6	4	7,2
Міграція дренажу	1	2,0	1	5,6	2	3,6
Перфорація порожнистого органу	1	2,0	1	5,6	2	3,6
Вторинне інфікування з формуванням заочеревинного абсцесу	1	2,0	1	5,6	7	12,6
Оклюдія дренажного каналу	2	4,0	1	5,6	3	5,4
Всього	6	12,0	5	28,0	18	32,4

Таблиця 5. Структура летальності за групами.

Показник	Летальність							
	Мініінвазивна санація, n=50		Комбінована санація, n=18		Відкрите лікування, n=56		Всього, n=124	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всього	2	4,0	3	15,5	11	19,6	16	12,9



Рис. 1. Алгоритм лікування гострого некротичного панкреатиту.

новлювали два дренажі пігтейл через горизонтальну частину ДПК, у 3 випадках встановлювали металеві стенти, які саморозширюються, діаметром 1,5-1,8 см через шлунок.

Беззаперечними перевагами даного методу є те, що можливе багаторазове (при необхідності) проведення маніпуляції протягом одного дня, відсутність променевого навантаження, відсутність потреби в транспортуванні хворих до інших відділень, повне виключення таких "несприятливих" факторів як: ожиріння чи надмірна вага пацієнта (товщина підшкірного жиру та вісцеральний жир), метеоризм тощо.

За даними, наведеними в таблиці 3, встановлено,

**Список літератури**

1. Комплексное лечение острого билиарного панкреатита, сочетающегося с острым калькулезным холециститом, с использованием современных эндохирургических методов / Е.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томин [та ін.] // Український журнал хірургії. - 2011. - № 6. - С. 43-46.
2. Кондратенко П. Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Український Журнал Хірургії. - 2009. - №1. - С. 68-76.
3. Кондратенко П. Г. Ультразвуковые критерии миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите / П.Г. Кондратенко, М.В. Коньков // Клінічна хірургія. - 2009. - № 7-8. - С. 68-70.
4. Копчак В. М. Гострий некротичний панкреатит: сучасні підходи до хірургічного лікування / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, К.В. Копчак // Харківська хірургічна школа. - 2008. - № 2. - С. 109-111.
5. Ничитайло М. Ю. Втручання під контролем ультразвукового дослідження та його ускладнень / М.Ю. Ничитайло, Г.Ю. Мошківський, О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. - 2009. - № 7-8. - 103-105.
6. 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.

Кебкало А.Б., Гордовський В.А., Рейти А.А., Головин А.В.

**АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ**

**Резюме.** Острый панкреатит занимает третье место в неотложной хирургии брюшной полости по частоте возникновения,

що тривалість оперативного втручання при застосуванні мініінвазивних методик в 3,5 рази менша від відкритого оперативного втручання. Тривалість лікування менша в 2 рази. Розвиток транзиторної поліорганної недостатності зменшується в 3,5 рази.

За даними, наведеними в таблиці 4, встановлено, що кількість післяопераційних ускладнень у пацієнтів, в лікуванні яких застосовувалися мініінвазивні методики в 3 рази менша, ніж у пацієнтів, яким було проведено відкрите оперативне втручання.

За даними, наведеними в таблиці 5, летальність при застосуванні мініінвазивних методів 5,5 рази менша, ніж в пацієнтів яким було проведено відкрите оперативне втручання.

Алгоритм лікування гострого некротичного панкреатиту наведено на рисунку 1.

**Висновки та перспективи подальших розробок**

1. Враховуючи високу діагностичну точність, застосування мініінвазивних ендоскопічних дренажних втручань під контролем ультразвукографії при ускладненнях ГП дозволяє в 26,1% випадків уникнути необхідності відкритого оперативного лікування, знизити операційну травму гепатопанкреатобілярної зони.

2. Проведення мініінвазивних втручань із застосуванням ендоскопічної ультразвукографії у хворих на ГП дозволяє зменшити тривалість перебування хворих на стаціонарному лікуванні в 2 рази.

3. Кількість післяопераційних ускладнень у хворих на ГП, в лікуванні яких застосовано мініінвазивні втручання, в 3 рази менша, порівняно з відкритими оперативними втручаннями.

4. Летальність у хворих на ГП, в лікуванні яких застосовано мініінвазивні втручання, в 5,5 рази менша, порівняно з відкритими оперативними втручаннями.

Перспективним є подальше дослідження застосування мініінвазивних ендоскопічних дренажних втручань під контролем ультразвукографії в лікуванні гострої хірургічної патології.

и первое место по летальности при тяжелых формах. Целью исследования является анализ эффективности миниинвазивных вмешательств с применением эндоскопической ультрасонографии в лечении больных на некротический панкреатит и разработка алгоритма лечения. Проанализированы результаты лечения 124 больных на некротический панкреатит. Использовались традиционные и миниинвазивные эндоскопические вмешательства под контролем ультрасонографии. Применение миниинвазивных эндоскопических дренирующих вмешательств под контролем ультрасонографии позволяет в 26,1% случаев избежать необходимости открытого оперативного лечения у больных на некротический панкреатит, сократить продолжительность лечения в 2 раза, уменьшить количество послеоперационных осложнений в 3 раза, снизить летальность в 5,5 раза.

**Ключевые слова:** некротический панкреатит, эндоскопическая ультрасонография, миниинвазивные вмешательства, алгоритм лечения.

**Kebkalo A.B., Hordovskyy V.A., Reiti A.A., Golovin A.V.**

### ALGORITHM APPLICATION OF MINI-INVASIVE ENDOSCOPIC DRAINAGE PROCEDURES UNDER ULTRASOUND CONTROL

**Summary.** Acute pancreatitis is third in emergency abdominal surgery in frequency of occurrence, and the first place on mortality in severe forms. The study is an analysis of the efficiency of mini-invasive surgery using EUS in the treatment of patients with necrotizing pancreatitis and treatment algorithm development. Results of treatment of 124 patients with necrotizing pancreatitis. Conservative and mini-invasive endoscopic ultrasonography intervention under control. Application mini-invasive endoscopic drainage procedures under ultrasound control allows avoid the need for open surgery 26.1% of cases in patients with necrotizing pancreatitis, reduce treatment duration is 2 times, reduce postoperative complications 3 times, reduce mortality 5.5 times.

**Key words:** necrotizing pancreatitis, EUS, mini-invasive intervention, treatment algorithm.

*Рецензент - д.мед.н., проф. Мамчич В.І.*

*Стаття надійшла до редакції 07.11.2016*

*Кебкало Андрій Борисович - д.мед.н., проф., проф. кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(097)3093396; andkebkalo@gmail.com*

*Гордовський Владислав Андрійович - заочний аспірант кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(099)6435776, +38(063)8865701; vladg@i.ua*

*Рейті Андріан Остапович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(095)3365474; a.reyti@gmail.com*

*Головін Олександр Володимирович - лікар-хірург Комунального закладу Київської обласної ради "Київська обласна клінічна лікарня"; +38(050)6805379; me\_doctor@list.ru*

© Полянський І.Ю., Мороз П.В., Москалюк В.І., Андрієць В.В., Гринчук А.Ф.

УДК: 616.381-002-089.819

**Полянський І.Ю., Мороз П.В., Москалюк В.І., Андрієць В.В., Гринчук А.Ф.**

Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет", кафедра хірургії № 1 (Театральна пл., 2, м. Чернівці, Україна, 58002)

## ЛАПАРОСКОПІЧНІ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПЕРИТОНІТУ

**Резюме.** У роботі показані можливості лапароскопічних технологій у комплексному лікуванні 106 хворих з різними формами перитоніту. Доведена важлива роль інтерлейкіну 1 $\beta$  у прогресуванні запального процесу по очеревинній порожнині, доведена залежність його концентрації в плазмі крові від варіантів гену інтерлейкіну 1 $\beta$  511(C/T), що стало підґрунтям для розробленого способу прогнозування перебігу перитоніту. Показано, що у більшості випадків малоінвазивні методи дозволили усунути причину перитоніту, провести ефективну санацію очеревинної порожнини та її дренивання. Наведені причини конверсій, сформульовані покази до лапаротомних втручань. Описані розроблені методики повторних лапароскопічних санацій, способи підвищення ефективності санації очеревинної порожнини.

**Ключові слова:** перитоніт, генетичні дослідження, прогнозування, лапароскопічні технології.

### Вступ

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий перитоніт є однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії. Значна розповсюдженість перитоніту [12], непрогнозований його розвиток при різних гострих хірургічних захворюваннях [1, 10], неспинне розповсюдження запального процесу по очеревинній порожнині, прогресування проявів ендотоксикозу [5, 6], швидкий розвиток життєво небезпечних порушень гомеостазу [6, 12], низька ефективність існуючих методів лікування [1, 3, 9], зумовлюють необхідність розробки нових підходів до лікувальної тактики у таких хворих. Останнім

часом все більше уваги приділяється використанню малоінвазивних технологій при лікуванні гострих хірургічних захворювань [1, 8, 10], однак відсутні чіткі рекомендації з їх використання при гострому перитоніті.

**Мета** дослідження - провести оцінку можливостей та ефективності лапароскопічних технологій у лікуванні хворих з різними формами гострого перитоніту.

### Матеріали та методи

Клінічний матеріал склали 106 хворих з різними формами гострого перитоніту, у комплексному ліку-