

или же как окончательными – альтернативы лапаротомным операциям.

2. Использование малоинвазивных технологий и разработанных алгоритмов в клинике за последние пять лет позволило снизить общую послеоперационную летальность при механической желтухе злокачественного генеза с 23,3% до 6,5%.

### Литература

1. Дронов О.И., Сусак Я.М., Крючина Е.А., Скомаровський О.А., Шпак В.Я. Профилактика ускладнень після панкреатодуоденальної резекції // Мат. XXI з'їзду хірургів України. - Запоріжжя, 2005. – Т.1. – С.164-167.
2. Елін А.Ф. Ускладнення при через шкірному декомпресійному дренажу у хворих з обтураційною жовтяни-

цею та способи їх профілактики (огляд літератури) // Шпитальна хірургія. – 2004. - №2. – С.192-195.

3. Копчак В.М., Рогожин В.А., Дронов А.И., Гордиенко К.П., Машковский Г.Ю. Современные аспекты диагностики опухолей головки поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков //Клін. хірургія.– 2002.- №9.– С.17-21.
4. Кубышкин В.А., Вишневский В.А. Рак поджелудочной железы. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – 386с.
5. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Айрапетян А.Т., Кармазановский Г.Г. и др. Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы // Хирургия. – 2000. – №11. – С.19-23.
6. Sorensen M.B., Weibull A.S., Haubek A. Resectability of papillary and pancreatic cancer assessed by ultrasonography and computed tomography. Ugesk Laeger. – 1997. – V.6. – P.743-747.

### Реферат

**ІНТЕРВЕНЦІЙНА СОНОГРАФІЯ ТА ЕНДОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ Й ЛІКУВАННІ РАКА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

Живиця С.Г.

**Ключові слова:** рак підшлункової залози, діагностика, лікування, інтервенційна сонографія, ендоскопія.

Проведено аналіз результатів обстеження й лікування 293 хворих раком підшлункової залози. В алгоритмі обстеження використана інтервенційна сонографія, ендоскопія. В 22 пацієнтів діагноз морфологічно встановлено на доопераційному етапі із застосуванням трепан-біопсії підшлункової залози під контролем УЗД, ендоскопічної біопсії. Радикально оперовано 9,4% хворих. В 51 випадку малоінвазивна декомпресія жовчовивідних шляхів з'явилася остаточним методом паліативного лікування. Загальна післяопераційна летальність склала 6,5%.

УДК 616.37- 002-08

## **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНГИБИТОРОВ ЦИТОКИНОВ**

**Запороженко Б.С., Шишлов В.И., Урядов В.В., Горбунов А.А.**

Одесский Областной Медицинский Центр. Одесский Государственный Медицинский Университет. Кафедра факультетской хирургии

**Ключевые слова:** острый деструктивный панкреатит, миниинвазивная хирургия, каптоприл.

Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний среди неотложной патологии органов брюшной полости. Летальность при остром панкреатите составляет 10-15%, а при деструктивных формах достигает 30-40%. Причиной столь высокой летальности является развитие токсических и гнойно-септических осложнений заболевания.

До настоящего времени отсутствует единый подход в хирургической тактике при остром деструктивном панкреатите (ОДП). Большинство хирургов выбор лечебной тактики определяют исходя из того, что ОДП имеет фазовое течение: фаза панкреатогенного шока и дисфункции органов, фаза некроза паренхимы железы с последующим ее инфицированием и формированием парапанкреатических абсцессов и забрюшинной флегмоны. Отсутствие в современной панкреатологии единой лечебной тактики при ОДП, высокие показатели летальности, частота развития гнойно-септических и других фатальных

осложнений ОДП определяют цель исследования - разработку диагностико-лечебного алгоритма при ОДП и, в частности, одной из самых тяжелых его форм – гнойном панкреатите, определение эффективности сочетанного применения препаратов, ингибирующих продукцию цитокинов, и использования малоинвазивных хирургических вмешательств у данной категории больных.

### Материал и методы исследования

В клинике факультетской хирургии Одесского государственного медицинского университета с 2000 г. по 2005 г. по поводу ОДП получили лечение с применением малоинвазивных технологий 172 больных. Контрольную группу составили 65 больных, которым ранее проводилось традиционное хирургическое лечение.

Диагностика осуществлялась на основе комплексного обследования больных с применением методов ультразвукового (УЗ), рентгенкомпьютерного исследований,

диагностической лапароскопии, дистанционной радиационной динамической теплотрии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), а также клинично-лабораторных данных.

Причинами развития ОДП в 28% случаев были алиментарные, в 37%- злоупотребление алкоголем, в 25%- желчнокаменная болезнь. Нужно отметить, что основную массу лиц, страдающих ОДП, составляли лица трудоспособного возраста – 72,3%.

Клиника при ОДП, как правило, начиналась внезапно с приступов сильных болей в верхней половине живота, возникающих после погрешности в диете, приема алкоголя. Затем появлялась многократная рвота. У 27% больных развился левосторонний плеврит. Олигурия отмечена у 55% больных. Амилазурия и диастазурия имела место практически у всех больных. Однако, нормальные величины амилазы крови не исключали прогрессирования деструкции железы. Панкреатогенный шок с различной степенью выраженности имел место у всех больных.

Основные лечебные мероприятия начинались с консервативного лечения, включающего интенсивную инфузионную терапию, борьбу с болевым синдромом, мощную антибактериальную терапию (зинацеф, метрогил), введение ингибиторов протеаз (апрокал, гордокс), цитостатических препаратов (5-фторурацил), сандостатина. Больным назначался препарат, блокирующий продукцию цитокинов – каптоприл (KRKA, Словения) в дозе 6,25 мг сублингвально 2 раза в сутки. Проводилась также коррекция расстройств кровообращения, нарушений микроциркуляции, гемокоагуляции, купирование явлений эндогенной интоксикации (плазмоферез, лимфосорбция). После проведения этих мероприятий у 44% больных улучшилось общее состояние, купировались явления психоза, уменьшилась одышка, тахикардия. У данной группы больных применена выжидательная тактика. Лапароскопическое вмешательство выполняли при отрицательной динамике заболевания и при нарастании явлений перитонита.

*Таблица 1  
Характер оперативных лапароскопических вмешательств у больных основной группы (n=172)*

Вид оперативного вмешательства	Число оперированных пациентов		Число умерших	
	Абс.	%	Абс.	%
Лапароскопическая санация (ЛС), дренирование брюшной полости и сальниковой сумки	16	9,3	0	0
ЛС, холецистэктомия и дренирование брюшной полости	31	18	2	1,1
ЛС, холецистэктомия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки	13	7,6	2	1,1
ЛС, панкреатонекрэктомия, дренирование брюшной полости и ретропанкреатического пространства	94	55	13	7,6
ЭРХПГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия	18	10,5	1	0,6
ВСЕГО	172	100	18	10,4

В случае диагностики диффузных форм ферментативного перитонита производилось дренирование брюшной полости, полости малого сальника, выполнялось наложение проточно-промывных систем, холецистэктомия и холедохостомия (при явлениях желчной гипертензии). Установленные дренажи промывались растворами антисептиков, ингибиторами ферментов. Всем больным этой группы проводился УЗ контроль брюшной полости каждые 3-4 суток. У 78 (45,3%) пациентов были диагностированы на 6-9 сутки в различных областях брюшной полости затеки (геморрагическая жидкость, серозная жидкость, гной), которые под контролем УЗИ пунктировались, однократно или несколько раз, дренировались по Сельдингеру катетером с последующей санацией растворами антисептиков. В основной группе летальный исход отмечен у 18 больных (10,4%).

В группу сравнения вошли 65 больных, которых оперировали традиционным "открытым" методом.

В стадии гнойно-некротических осложнений объем операции заключался в широкой лапаротомии, холецистэктомии с дренирующей холедох операцией (при желчной гипертензии), абдоминализации ПЖ, вскрытии абсцессов, первичной некрсеквестрэктомии, дренировании сальниковой сумки и брюшной полости, формировании оментобурсостомы для последующих программированных релапаротомий.

В группе сравнения летальность составила 23,1% и причиной летальных исходов у 8 больных послужил синдром полиорганной недостаточности, у 4- аррозивное кровотечение, и у 3- тромбоз эмболия легочной артерии.

Таблиця 2  
Характер оперативних втручань у больних групи порівняння (n=65)

	Види оперативних втручань	Число оперованих пацієнтів		Число померлих	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Холецистектомія (ХЕ), холедохостомія (ХС), дренирування сальникової сумки	19	29,2	3	4,6
2	ХЕ, ХС мобілізація ПЖ, дренирування брюшної порожнини	13	20,0	2	3,1
3	ХЕ, ХС, некрэктомія ПЖ, програмуєма релапаротомія	25	38,5	6	9,2
4	ХЕ, ХС, дистальна резекція ПЖ, програмуєма релапаротомія	8	12,3	2	3,1
	ВСЕГО	65	100	15	23,1

Таким образом, сочетание использования малоинвазивных хирургических методик с применением препаратов, подавляющих продукцию медиаторов воспаления, на различных стадиях ОДП позволяет снизить летальность при данной патологии на 12,7%, что указывает на явное преимущество предлагаемой методики.

### Выводы

1. Основными методами диагностики ОП и его осложнений является методы динамического УЗИ и РКТ-контроля, которые позволяют определить эффективность проводимой терапии и определять показания с различным методам хирургического вмешательства.

2. Миниинвазивные хирургические вмешательства и методы «открытой» хирургии не являются конкурирующими, они дополняют друг друга и применяются на различных этапах заболевания.

3. Сочетанное применение препаратов, ингибирующих продукцию цитокинов, и использование миниинвазивных хирургических вмешательств у больных ОДП позволяет улучшить результаты лечения и снизить послеоперационную летальность.

### Литература

1. Земсков В.С., Лечение острого панкреатита. Акт вopr. хир. подж. жел. (Тез. докл. Всес. научн. конф.): Киев; 1988 – 25-27с.
2. Савельев В.С. с соавт.; Острый панкреатит М: Медицина; 2000 – 240с.
3. С.А.Гешелин, Н.В.Мищенко. Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Клінічна хірургія № 4- 2000 р. ст. 23- 26.
4. И.А.Криворучко, А.М.Тищенко, Е.М.Климова, И.В.Гусак, Р.М.Смачило. Синдром полиорганной дисфункции при остром панкреатите // Вісник морської медицини № 2- 1999р. ст.78- 80.
5. В.В.Крыжевский. Лечение больных некротическим панкреатитом // Вісник морської медицини № 2- 1999р. ст. 80- 81.
6. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560с.

### Реферат

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНГІБІТОРІВ ЦИТОКІНІВ

Запорожченко Б.С., Шишлов В.І., Урядов В.В., Горбунов А.А.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, мініінвазивна хірургія, каптопріл.

На протязі 2005-2005 років в хірургічному відділенні Одеського обласного медичного центру 172 хворим на гострий деструктивний панкреатит були застосовані мініінвазивні хірургічні втручання в комплексі з призначенням каптопрілу. Це дозволило покращити результати лікування та знизити рівень післяопераційної летальності на 12,7%.