

УДК 616.37-002-08

Роль і місце міні-інвазивних методів хірургічного лікування гострого деструктивного панкреатиту

Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В.В. МІЩЕНКО, І.Е. БОРОДАЄВ, В.В. УРЯДОВ, О.В. ВИЛЮРА

Одеський обласний медичний центр, Одеський державний медичний університет

ROLE AND PLACE OF MINIINVASIVE METHODS OF TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

B.S. ZAPOROZHCHENKO, V.V. MISHCHENKO, I.E. BORODAYEV, V.V. URIADOV, O.V. VYLIURA

Odessa Regional Medical Centre, Odessa State Medical University

В клініці факультетської хірургії ОДМУ пройшли лікування 92 хворих на гострий деструктивний панкреатит із застосуванням міні-інвазивних хірургічних методик, що дозволило знизити післяопераційну летальність на 12,2 %.

In our clinics 92 patients with acute destructive pancreatitis were exposed to miniinvasive methods of surgical treatment. It allowed to decrease postoperative mortality rate by 12,2 %.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій. Гострий панкреатит (ГП) є однією з найважливіших проблем невідкладної хірургії і належить до найбільш частих нозологічних форм. Актуальність проблеми лікування гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) зумовлена значним зростанням кількості хворих і стабільно високою летальністю, пов'язаною із збільшенням частоти ускладнених форм гострого панкреатиту, що супроводяться розвитком тяжкого панкреатогеного шоку, поліорганної недостатності і гнійно-септичними ускладненнями. Ця категорія пацієнтів є найбільш важкою. Післяопераційна летальність досягає 26,0-32,2 %.

Останнім часом розроблені сучасні патогенетично обґрунтовані методи лікування ГДП, досягнуті певні успіхи в реанімаційній службі, сформовані нові підходи до антибіотикотерапії, проте летальність залишається високою. До теперішнього часу відсутня єдина хірургічна тактика при ОГП [1,2].

Все більше прихильників знаходить тактика, що передбачає активний вплив на розвиток патологічного процесу та попередження виникнення ускладнень, – здійснення раннього лапароскопічного втручання, що дозволяє встановити діагноз та ступінь ураження підшлункової залози і своєчасно провести необхідні лікувальні маніпуляції.

Відсутність в сучасній панкреатології єдиної лікувальної тактики при ГДП [5], високі показники

летальності, частота розвитку гнійно-септичних і інших фатальних ускладнень визначають ціль дослідження – розробка діагностико-лікувального алгоритму при ГДП і, зокрема, одній з найтяжчих його форм – гнійному панкреатиті, визначення ефективності використання міні-інвазивних хірургічних втручань у даній категорії хворих.

Матеріали і методи. В клініці факультетської хірургії Одеського державного медичного університету з 2000 по 2002 рр. з приводу ГДП отримали лікування із застосуванням міні-інвазивних технологій 92 хворих. Контрольну групу склало 65 хворих, яким проводилося традиційне хірургічне лікування.

Діагностика здійснювалася на основі комплексного обстеження хворих з використанням методів ультразвукового (УЗ), рентгенокомп'ютерного досліджень, діагностичної лапароскопії, дистанційної радіаційної динамічної теплометрії, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (РХПГ) і клініко-лабораторних даних.

Причинами розвитку ОДП в 25 % випадків були аліментарні, в 40 % – зловживання алкоголем, в 30 % – жовчокам'яна хвороба. Основну масу хворих, що страждають від ГДП, складала хворі працездатного віку – 66,8 %.

Захворювання починалося раптово з нападу сильного болю у верхній половині живота після порушення дієти, вживання алкоголю. Багаторазове блювання, загальна слабкість, збудження. Олігурія відзначена у 50 % хворих. Амілазурия і діастазурия мала місце практично у всіх хворих. У 23 % хворих розвинувся лівобічний плеврит. Панкреатогенний шок різного ступеня тяжкості спостерігався у 62 % хворих.

Основні лікувальні заходи починали в умовах реанімації або відділення інтенсивної терапії з консервативного лікування, що включало могутню інфузійну терапію, боротьбу з больовим синдромом, введення інгібіторів протеаз (апрокал, гордокс), цитостатичних препаратів (5-фторурацил), сандостатину. Проводили

також корекцію розладів кровообігу, порушень мікроциркуляції і гемокоагуляції, зменшення проявів ендогенної інтоксикації (плазмаферез, лімфосорбція). Після проведення цих заходів у 40 % хворих поліпшився загальний стан, зменшились явища психозу, зменшилася задишка, тахікардія. У разі виявлення при УЗД в порожнині малого сальника рідини проводили пункцію останнього під контролем ультразвукового датчика з подальшим лабораторним, мікробіологічним і бактеріологічним дослідженням пунктату. Лапароскопічне втручання виконували при негативній динаміці перебігу захворювання при наростанні явищ перитоніту.

Види оперативних лапароскопічних втручань у хворих основної групи наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих основної групи за видом виконаного оперативного втручання

Вид оперативного втручання	Число оперованих		Число померлих	
	Абс.	%	Абс.	%
Лапароскопічна санація (ЛС), дренивання черевної порожнини і сальникової сумки	9	9,8	0	0
ЛС, холецистектомія і дренивання черевної порожнини	17	18,5	1	1,1
ЛС, холецистектомія, дренивання черевної порожнини і сальникової сумки	7	7,6	1	1,1
ЛС, панкреатонекрэктомія, дренивання черевної порожнини і ретропанкреатичного простору	49	53,3	7	7,6
РХПГ і ендоскопічна папілосфінктеротомія	10	10,9	1	1,1
ВСЬОГО	92	100	10	10,9

При дифузних формах ферментативного перитоніту проводили дренивання черевної порожнини і порожнини малого сальника з формуванням проточно-промивних систем, холецистектомію і холедохостомию (при явищах жовчної гіпертензії). Дренажі промивали розчинами антисептиків, інгібіторами ферментів. Всім хворим цієї групи проводили УЗ-контроль черевної порожнини кожних 3-4 діб. У 60 (65,2 %) пацієнтів на 6-9-у добу були діагностовані в різних ділянках черевної порожнини набряки з порожнинами (геморагічна або серозна рідина, гній), які під контролем УЗД пунктували та дренивали за Сельдінгером катетером з подальшою санацією розчинами антисептиків. 49 хворим виконана панкреатоскопія, з подальшою некрэктомією некротичних ділянок підшлункової залози.

Некрэктомію в 40 % випадків вдавалося виконати “закритим” методом, в 60 % застосували “напіввідкритий” метод за методикою, запропонованою М.І. Прудковим. В групі, де використовувалися міні-інвазивні методи хірургічного лікування, померло 10 хворих (10,9 %).

До групи порівняння увійшли 65 хворих, яких оперували традиційним “відкритим” методом.

На стадії гнійно-некротичних ускладнень обсяг операції полягав в широкій лапаротомії, холецистектомії з дренирующею холедох операцією (при жовчній гіпертензії), абдомінізації ПЖ, первинній некросеквестрэктомії, дрениванні сальникової сумки і черевної порожнини, формуванні оментобурсостоми для подальших програмованих релапаротомій.

В групі порівняння летальність склала 23,1 %, а причиною летальних випадків у 8 хворих послужив синдром поліорганної недостатності, у 4 – арозивна кровотеча, і у 3 – тромбоемболія легеневої артерії.

Вид оперативних втручань у хворих групи порівняння показаний в таблиці 2.

Таким чином, застосування комплексного лікування хворих на ГДП, використання міні-інвазивних хірургічних методик на різних стадіях перебігу ГДП дозволяє знизити летальність при даній патології на 12,2 %, що доводить явну перевагу міні-інвазивної хірургічної методики.

Висновки. 1. У фазах панкреатогенного шоку, дисфункції органів і систем показана консервативна патогенетична терапія.

Таблиця 2. Розподіл хворих групи порівняння за видом виконаного оперативного втручання

	Види оперативних втручань	Число оперованих		Число померлих	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Холецистектомія (ХЕ), холедохостомія (ХС), дренування сальникової сумки	19	29,2	3	4,6
2	ХЕ, ХС мобілізація ПЖ, дренування черевної порожнини	13	20,0	2	3,1
3	ХЕ, ХС, некректомія ПЖ, програмована реллапаротомія	25	38,5	6	9,2
4	ХЕ, ХС, дистальна резекція ПЖ, програмована реллапаротомія	8	12,3	2	3,1
	ВСЬОГО	65	100	15	23,1

2. При панкреатогенному перитоніті показано застосування мініінвазивних методик у вигляді лапароскопічної санації, панкреатоскопії з подальшою некректомією, дренуванням порожнини малого сальника і черевної порожнини, пункції набряків під контролем УЗД.

3. До відкритого оперативного втручання слід звертатися при неефективності міні-інвазивних методів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Савельев В.С., Буянтьєв В.М., Огнев Ю.В. Гострий панкреатит. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
2. Земськов В.С., Колісників Е.Б., Панченко С.Н. та ін. Лікування ускладнених форм гострого панкреатиту // Клінічна хірургія. – 1983. – №11. – С.7-10.
3. Шалімов А.А., Крижевський У.В., Ничитайло М.Е. Лікування гострого панкреатиту // Клінічна хірургія. – 2000. – №4. – С. 5-9.
4. Гешелін С.А., Міщенко Н.В. Діагностичні можливості лапароскопії при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини // Клінічна хірургія. – 2000. – № 4. – С. 23-26.
5. І.А. Криворучко, Тіщенко А.М., Клімова Е.М., та ін. Синдром поліорганної дисфункції при гострому панкреатиті // Вісник морської медицини. – 1999. – № 2. – С.78-80.
6. Крижевський У.В. Лікування хворих некротичним панкреатитом // Вісник морської медицини. – 1999. – № 2. С. 80-81.

Хірургічна тактика лікування хворих з панкреонекрозом

І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, Р.В. СВИСТУН, К.Г. ПОЛЯЦКО

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATONECROSIS

I.YA. DZIUBANOVSKY, R.V. SVYSTUN, K.H. POLIATSKO

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовано результати хірургічного лікування 72 хворих з панкреонекрозом. Загальна післяопераційна летальність становить 32 %. З них при інфікованому некрозі померли 14 із 27 хворих (52 %) і 9 із 45 хворих (20 %) з числа хворих із стерильним панкреонекрозом. Вивчено динаміку тяжкості синдрому системної відповіді на запалення (SIRS) з 5 по 22 добу захворювання, особливості інтраопераційної ситуації і безпосередні результати операцій. Оптимальними термінами оперативного лікування при асептичному панкреонекрозі вважаємо 18-22 доби з моменту захворювання, а при інфікованих формах панкреонекрозу – 10-14 доби.

The analysis of outcomes of surgical treatment of 72 patients with pancreatonecrosis is carried out. General postoperative lethality was 32 %. Among them at infected necrosis died 14 patients from 27 patients (52 %) and 9 from 45 patients (20 %) among the patients with sterile pancreatonecrosis. It is investigated the dynamics of severity of syndrome of systemic response on the inflammation (SIRS) from the 5 to 22 day of disease, features of intraoperative situation and short-term results of operations. As optimal terms of operative treatment at aseptic pancreatonecrosis are considered 18-22 days from the moment of disease beginning, and at infected forms of pancreatonecrosis – 10-14 days.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій. Гострий панкреатит є тяжким захворюванням органів черевної порожнини і є однією з найважливіших проблем ургентної хірургії. В останні десятиріччя ця патологія впевнено займає третє місце в спектрі ургентної хірургії після гострого апендициту і гострого холециститу. Не дивлячись на помітні успіхи в діагностиці і лікуванні гострого панкреатиту, що стали можливими завдяки використанню сучасної діагностичної техніки і реанімаційного забезпечення, ніхто з впевненістю не може прогнозувати результат лікування хворого з цією патологією в умовах клініки.

Загальна летальність при панкреатиті коливається від 4,5 до 15 %, при деструктивних формах летальність складає 24-60 %, а післяопераційна – 70 % і вище без тенденції до зниження.

Проблема хірургічного лікування передбачає вчасну ліквідацію місцевих деструктивних змін в підшлунковій залозі і оточуючих тканинах, які стають патогенетичною основою захворювання як при септичних так і при асептичних станах. Проведення

санацийних оперативних втручань при панкреонекрозах на даний момент залишається найбільш ефективним засобом, що дозволяє врятувати життя даній категорії хворих. Залишаються не вирішеними питання вибору термінів оперативних втручань, що на наш погляд, має важливе практичне значення.

Матеріали і методи В своїй роботі для розподілу хворих ми користувалися класифікацією, що прийнята в Атланті (1992) і розрізняли:

Набряковий-

Деструктивний-

а) панкреонекроз – асептичний та інфікований;

б) парапанкреатичне скупчення рідини – асептичне і інфіковане;

в) псевдокіста підшлункової залози;

г) абсцес підшлункової залози.

Хворим проводилися загальноклінічні, лабораторні обстеження, УЗД, КТ, мікробіологічне обстеження операційного матеріалу, результатів пункційної біопсії. Синдром системної відповіді на запалення (SIRS) оцінювали згідно з термінологією