

РОЛЬ МІНІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Переяслов А.А., Жемела В.Г., Павловський М.Г.

Кафедра факультетської та загальної хірургії, Львівський державний медичний університет ім. І.Галицького

Гострий панкреатит, особливо його деструктивні форми, часто супроводжується накопиченням у парапанкреатичних зонах і вільній черевній порожнині реактивного випоту, який містить активні протеолітичні ферменти та інших біологічно активних речовин [1, 2]. В одних випадках, під впливом інтенсивної консервативної терапії, ці скупчення рідини, особливо незначні, розсмоктуються, в інших вони можуть нагноїтися, перетворюючись в абсцеси навколо них може утворитися щільна сполучинна капсула і вони перетворюються у псевдокісти підшлункової залози.

Для лікування таких хворих використовуються різні методи. Деякі автори пропонують оперувати таких пацієнтів для попередження ускладнень [3, 4]. Впровадження у клінічну практику методів малоінвазивних втручань суттєво розширило можливості нехірургічного лікування даної категорії хворих [5, 6].

В період 1993 - 1998 р.р. у клініці виконано понад 250 черезшкірних пункцій під контролем ультрасонографії для евакуації випоту у хворих на гострий панкреатит і в пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози. Пункції виконувались при зупиненні рідини діаметром понад 8 см. Місце пункції, де рідина максимально наближена до черевної стінки, визначали за допомогою ультрасоно-

графії. У частини хворих пункцію виконували через шлунок. Одномоментно аспірували від 200 до 1500 мл рідини. Під час пункції звертали увагу на колір і характер ексудату (серозний, серозно-геморагічний, геморагічний, гнійний) і здійснювали постійний ультрасонографічний контроль. По можливості евакуювали весь випіт, після чого місцево вводили інгібітори протеаз, антибіотики. Одержаний ексудат направляли для біохімічного, мікробіологічного і цитологічного дослідження. На слідуючий або через день проводили контрольний ультрасонографічний огляд парапанкреатичних ділянок.

У більшості випадків гострого панкреатиту пункція виконувалась одноразово, при псевдокістах - проводили повторні пункції (інколи 5-7).

Перебіг первинно гострого панкреатиту - асептичний, але, починаючи з другого-третього тижня захворювання, внаслідок бактерійної транслокації, може відбуватись інфікування парапанкреатичних скупчень рідини. При мікробіологічному дослідженні у більшості хворих визначали грамнегативну флору (*E.coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*). Після аспірації гнійного ексудату, крім введення антибіотиків широкого спектру дії (клафоран, ципрінол), гнійну порожнину промивали розчинами антисептиків (фурацилін; гіпохлорид натрію) і розчином метронідазолу. Наявність солітарної гнійної

порожнини без симптомів сепсису не вимагало ургентного хірургічного втручання. У таких хворих продовжували антибіотикотерапію з місцевою санацією гнійного вогнища. Таке лікування дозволило добитися повного клінічного одужання у більшості хворих.

Майже у половини хворих з гострими несформованими псевдокістами підшлункової залози (до 4-х тижнів від моменту утворення) за допомогою черезшкірних пункцій вдалося добитися зникнення псевдокісти і ці хворі в подальшому не потребували хірургічного втручання.

Відновлення псевдокісти у повному об'ємі на слідуючий або через день вказувало на зв'язок порожнини кісти з панкреатичною протокою, що зна-

ходило своє підтвердження при ретроградній панкреатикографії, і свідчило про недоцільність наступних пункцій. У таких хворих пункцію виконували лише при значному збільшенні розмірів кісти і виникненні загрози її перфорації або у випадках, коли збільшена псевдокіста викликала компресію загальної жовчевої протоки і механічну жовтяницю, або була причиною кишкової непрохідності. У таких хворих черезшкірні пункції дозволяли виграти час, необхідний для формування щільної капсули і наступного адекватного хірургічного лікування.

Отже, черезшкірна пункція під контролем ультрасонографії у хворих на гострий панкреатит і псевдокісти підшлункової залози є не тільки діагностичним, але й лікувальним методом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ranson J.H. The role of surgery in the management of acute pancreatitis//Ann. Surg.-1990.-Vol.211.-P.382-93.
2. Kourtesis G., Wilson S., Williams R. The clinical significance of fluid collections in acute pancreatitis//Am. Surg.-1990.-Vol.56.-P.769-799.
3. Bradley E.L., Clements J.L., Gonzales A.C. The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management//Am. J. Surg.-1979.-Vol.137.-P.135-141.
4. Agha F.P. Spontaneous resolution of acute pancreatic pseudocysts//Surg. Gynecol. Obstet.-1984.-Vol.158.-P.22-26.
5. Szentes M.J., Traverso L.W., Kozarek R.A., Freeny P.C. Invasive treatment of pancreatic fluid collections with surgical and nonsurgical methods//Am. J. Surg.-1991.-Vol.161.-P.600-605.
6. Freeny P.C., Lewis G.P., Traverso L.W., Ryan J.A. Infected pancreatic fluid collections: percutaneous catheter drainage//Radiology.-1988.-Vol.167.-P.435-441.

РЕЗЮМЕ

Роль миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите

Переяслов А.А., Жемела В.Г., Павловский М.Г.

Чрезкожная пункция под контролем ультрасонографии у больных с острым панкреатитом и псевдокистой поджелудочной железы является не только диагностическим, но и лечебным методом. В клинике в период с 1993-1998гг. выполнено свыше 250 чрезкожных пункций под контролем ультрасонографии.

SUMMARY

The role of miniinvasive interventions in acute pancreatitis

A.A. Pereyaslov, V.G. Zhemela, M.P. Pavlovsky

Inerskin punction under the control of ultrasonography in patients with acute pancreatitis and pseudocyst of pancreas is not only diagnostic but also management method. During 1993-1998 in clinics 250 interskin punctions have been carried out under US control.