

В.І. Русин, С.С. Філіп

Ужгородський національний
університет

© Колектив авторів

ПОДОВЖЕНА РЕГІОНАРНА ПЕРФУЗІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ПАНКРЕАТИТІВ

Резюме. В роботі представлено результати лікування 44 хворих на гострий панкреатит. У всіх пацієнтів комплексне лікування розпочали з подовженої регіонарної перфузії, яка була диференційовано доповнена мініінвазивними технологіями — ехоконтрольований пункційно-дренажний метод, ендоскопічна папілосфінктеротомія, відеолапароскопічні втручання.

Використання консервативної терапії та подовженої регіонарної перфузії у хворих на гострий панкреатит у поєднанні з черезшкірними пункційними методами дренивання вільного скопичення рідини, ендоскопічною папілосфінктеротомією та лапароскопічним дрениванням черевної порожнини у 88,6 % пацієнтів дозволило досягнути добрих результатів лікування.

Ключові слова: гострий панкреатит, подовжена регіонарна перфузія, черезшкірні пункційні методи дренивання, ендоскопічна папілосфінктеротомія, лапароскопія.

Вступ

Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострий панкреатит (ГП) за частотою стійко утримує третє місце. За останнє десятиріччя невпинно зростає відсоток хворих з ГП і на сьогоднішній день складає 4–9 % серед усіх хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини. Протягом останніх двадцяти років не має тенденції і до зниження летальності. Рівень летальності залишається занадто високим і коливається в межах 3–6 %. Летальність при важких формах ГП зберігається в межах 20–45 %, а при наявності системних ускладнень досягає 80 % [1, 2, 3, 5].

Гострий панкреатит — поліетіологічне захворювання, але серед головних етіологічних чинників слід виділити тільки три: жовчнокам'яна хвороба, вживання алкоголю, травми підшлункової залози, в основі яких, в тій чи іншій мірі лежить місцеве порушення кровообігу.

При прогресуючому перебігу ГП прогноз залежить від характеру, об'єму і локалізації ураження підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, наявності інфекції, проявів синдрому поліорганної недостатності, ефективності лікування, тобто етапності консервативних і хірургічних методів, вибору адекватних термінів, способів і об'єму оперативного втручання.

На сьогодні ціла низка питань, що стосується лікування ГП, особливо методів направлених на покращення локально гемодинаміки підшлункової залози, залишаються дискусійними.

Мета дослідження

З метою покращення результатів лікування встановити роль ендovasкулярної суперселек-

тивної подовженої інфузії підшлункової залози в комплексі лікувальних заходів.

Матеріали і методи досліджень

Проведено аналіз результатів лікування 44 хворих на ГП, які поступили в хірургічну клініку ОКЛ ім. А.Новака в перші 48 годин з моменту захворювання.

Обстеження пацієнтів виконувалося з використанням загально-клінічних, лабораторних, та інструментальних методів дослідження. Лабораторні обстеження, УЗД і КТ проводили в динаміці впродовж всього терміну лікування хворих на ГП.

Комплексну консервативну інтенсивну терапію проводили згідно стандартів ведення хворих на ГП і складалася:

- ліквідація больового синдрому;
- пригнічення кислотно-пептичного фактору і блокатори секреції підшлункової залози;
- корекція центральної гемодинаміки і периферичного кровообігу;
- ендovasкулярна супраселективна подовжена корекція регіонарного кровоплину підшлункової залози;
- дезінтоксикація організму;
- корекція порушень кисневого балансу;
- відновлення електролітних, білкових та енергетичних розладів;
- мініінвазивна корекція пасажу жовчі;
- профілактика гнійних ускладнень;
- профілактика тромбоемболічних ускладнень.

У всіх пацієнтів комплексне лікування розпочали з подовженої регіонарної перфузії (ПРП), яка була диференційовано доповнена мініінвазивними технологіями — ехоконтрольований пункційно-дренажний метод, ен-

доскопічна папілосфінктеротомія, відеолапароскопічні втручання.

Спеціальний ангиографічний катетер (G-7F) вводили у черевний стовбур за методом Сельдінгера через одну із стегнових артерій. Через інфузомат (SEP — 108) виконували ПРП із швидкістю 40 мл/год розчином новокаїну 0,25 % — 250 мл з 40 000 ОД контрікалу, реополіглокін 250 мл, розчинами антибіотиків широкого спектру дії (карбапенем або фторхінолони). До програми ПРП входили також преднізолон 180 мг, пентоксифілін — 10 мл, розчин папаверину 2 % — 2 мл. Тривалість ПРП була три доби.

Мініінвазивні хірургічні втручання — пункція під контролем УЗД, виконували за допомогою голка «СНІВА», діаметром 20–23 G. При показах до дренивання, використовували троакар-катетери типу «Pigtail» фірми «Balton» для трансдермального дренивання діаметром 6–12 F. Отриману рідину направляли на цитологічне, бактеріологічне дослідження і визначали рівень амілази та рівня рН. Контрольне УЗД виконували наступної доби і далі кожні 2 доби.

Лапароскопічні втручання проводили за допомогою лапароскопічного обладнання фірми «STORZ» та стандартного набору лапароскопічних інструментів. Для дренивання використовували поліхлорвінілові трубки діаметром 5 мм, які розміщували в обидва піддіафрагмальні, підпечінковий простори, бокові канали та порожнину малого тазу.

Результати досліджень та їх обговорення

Вільне скопичення рідини діагностовано у 27 (61,4 %) хворого: в ділянці головки підшлункової залози — 8 (29,6 %), в ділянці тіла — 14 (51,9 %), в ділянці хвоста — 5 (18,5 %). Всім хворим виконано пункцію під контролем УЗД, у 13 (48,3 %) пацієнтів — виконано дренивання місця скупчення рідини. У 12 (27,3 %) пацієнтів обстеженої групи, у зв'язку гіпербілірубінемією, було виконано ендоскопічну папілосфінктеротомію на фоні ПРП. У 13 (29,6 %) хворих — лапароскопічне дренивання черевної порожнини із-за наявності вільної рідини в черевній порожнині. П'ятьом хворим (11,4 %) через 3 тижні після госпіталізації на фоні консервативного лікування виконано лапаротомію з внутрішнім дрениванням чепцевої сумки. Двоє хворих (4,6 %) померло від синдрому поліорганної недостатності.

Згідно сучасних даних, ГП любої тяжкості починається з пошкодження певної маси клітин підшлункової залози, яке може бути визване протоковою гіпертензією, гіперсекрецією, локальним порушенням гемодинаміки залози, що призводить до внутрішньоорганної активації протео- і ліполітичних фер-

ментів. Активація ферментів визиває каскадне звільнення кіннінів і цитокіннінів, що в свою чергу визиває різке підвищення проникності судинної стінки, які проявляються набряком строми залози, здавленням судин. Наступає вторинна ішемія і некроз паренхіми залози в умовах гіпоксії і гіперпероксидації. Системне підвищення проникливості судинної стінки призводить до масивної ексудації в тканини і серозні порожнини. Втрата води, білка і електrolітів збільшує в'язкість крові, що призводить до мікротромбозів у мікроциркуляторному руслі, гострий панкреатит прогресує. Тому, на перший план в лікуванні захворювання виходить ендovasкулярна суперселективна подовжена корекція регіонарного кровоплину підшлункової залози з інтенсивною консервативною інфузійною терапією.

Підшлункова залоза отримує артеріальне кровопостачання з басейнів загальнопечінкової, селезінкової та верхньо-брижової артерій, які утворюють ряд аркад та анастомозів.

Чіткий розподіл зон паренхіми, які кровопостачаються з печінкової та верхньо-брижової артерії з одного боку та селезінкової артерії з іншого стало причиною виділення двох анатомо-хірургічних сегментів: корпоро-каудального анатомо-хірургічного сегменту та цефало-цервікального.

При цьому виділяють три основні типи формування черевного стовбура:

- 1) з формуванням трьох основних гілок (86 %);
- 2) з формуванням двох основних гілок (12 %);
- 3) з роздільним відродженням основних гілок без формування черевного стовбура як такого (2 %). [4].

Таким чином, черевний стовбур є загальним джерелом кровопостачання (місцем відходження як загальнопечінкової артерії, так і селезінкової артерії) правого та лівого анатомо-хірургічного сегментів підшлункової залози у 86 % випадків. Тому селективна подовжена внутрішньоартеріальна медикаментозна інфузія черевного стовбура у більшості випадків дає можливість безпосередньо транспортувати лікарські чинники до підшлункової залози, чим покращується мікроциркуляція, зменшується набряк, та ішемія паренхіми.

Загалом, з 44 хворих, яким проводилася ПРП, остаточною методом лікування вона стала у 4 (9,1 %) пацієнтів, ПРП з ехоконтрольованою пункцією у 24 (54,6 %) хворого і у 11 (25 %) — ПРП поєднана з лапароскопічним дрениванням черевної порожнини.

Ехоконтрольована пункція скопичення вільної рідини на фоні ПРП є найбільш ефективним способом у запобіганні або віддаленні традиційного оперативного лікування хворих на гострий панкреатит і дає можливість ви-

конувати оперативні втручання у плановому порядку в більш пізні терміни.

При біліарному генезі ГП, виконання термінової одночасної папілосфінктеротомії дає можливість виключити етіологічний чинник у перебігу захворювання.

ПРП з лапароскопічним дренажуванням черевної порожнини при наявності вільної рідини у вільній черевній порожнині в більшості випадків обриває генералізацію процесу і перехід ГП в інфіковану форму.

Висновки

Використання консервативної терапії та продовженої регіонарної перфузії у хворих на гострий панкреатит у поєднанні з черезшкірними пункційними методами дренажування вільного скопичення рідини, ендоскопічною папілосфінктеротомією та лапароскопічним дренажуванням черевної порожнини у 88,6 % пацієнтів дозволило досягнути добрих результатів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрющенко В.П. Систематизований підхід до застосування сучасних мініінвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / В.П. Андрющенко, Л.М. Когут, Д.В. Андрющенко // Український журнал хірургії. — 2009. — № 2. — С. 7–12.
2. Десятерик В.І. Мініінвазивні втручання під контролем ультразвуку на етапах розвитку ускладнень панкреатиту / В.І. Десятерик, О.В. Котов // Український журнал хірургії. — 2009. — № 3. — С. 55–57.
3. Кондратенко П.Г. Причини розвитку гнійних ускладнень у хворих з гострим небіліарним асептичним

- панкреанекрозом / П.Г. Кондратенко, І.М. Джансиз // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”. — 2011. — №2 (41). — С. 105–109.
4. Хирургическая анатомия поджелудочной железы. / В.М. Копчак, А.Ю. Усенко, В.В. Копчак, А.И. Зелинский // Издательский дом «Асклепий». — К.: 2011. — 137с.
 5. The role of Doppler sonography in predicting severity of acute pancreatitis / N.B. Topal, E. kaya, I. Ergen [et al.] // J. Clin. Ultrasound. — 2008. — № 36 (3). — P. 141–147.

ПРОДЛЕННА РЕГІОНАРНА ПЕРФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНІИ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТОВ

В.І. Русин, С.С. Филип

Резюме. В работе представлены результаты лечения 44 больных с острым панкреатитом. У всех пациентов комплексное лечение начато с продленной регионарной перфузии, которая дифференцировано была дополнена миниинвазивными технологиями — эхоконтролируемый пунктионно-дренажный метод, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, видеолaparоскопические вмешательства.

Использование консервативной терапии и продленной регионарной перфузии у больных с острым панкреатитом в сочетании с транскожными пунктионными методами дренирования свободного скопления жидкости, эндоскопической папиллосфинктеротомией и лапароскопическим дренированием брюшной полости у 88,6 % пациентов дало возможность достичь хороших результатов лечения.

Ключевые слова: острый панкреатит, продленная регионарная перфузия, транскожные пунктионные методы дренирования, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопия.

PROLONGED REGIONARY PERPHUSIO COMPLEX TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

V.I. Rusin, S.S. Filip

Summary. In this work are submitted the results of treatment 44 patients with acute pancreatitis. At all patients complex treatment was started with prolonged regionary perphusio which is differentiated and added miniinvasive with technologies — ultrasonic controlled punctio-drainage method, endoscopy papillosphincterotomy, videolaparoscopy interventions.

The using of conservative therapy and prolonged regionary perphusio at patients with acute pancreatitis in a combination with transdermal punctio methods of drainage, endoscopy papillosphincterotomy and laparoscopy drainage of abdomen cavity at 88,6 % patientis has enabled to achieve good results of treatment.

Key words: the acute pancreatitis, prolonged regionary perphusio, transdermal punctio method of drainage, endoscopy papillosphincterotomy, a laparoscopy.

В.І. Русин, О.О. Болдіжар,
А.В. Мартяшов

Ужгородський національний
університет

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНІ СПОСОБИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. На сьогоднішній день число хворих на гострий панкреатит складає 10-15 % від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокист підшлункової залози.

На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з псевдокистами підшлункової залози.

Ключові слова: псевдокисти підшлункової залози, малоінвазивні методи лікування.

Вступ

На сьогоднішній день число хворих на гострий панкреатит складає 10-15 % від всіх пацієнтів, які госпіталізуються в хірургічний стаціонар [2, 6]. Збільшується кількість тяжких деструктивних форм захворювання, що в свою чергу призводить до збільшення числа псевдокист (ПК) підшлункової залози, питома вага яких серед кістозних уражень підшлункової залози складає 80 % [1, 3]. Існування ПК підшлункової залози небезпечно виникненням грізних, не рідко фатальних, ускладнень, таких як: кровотеча, нагноєння, перфорація, механічна жовтяниця, тромбоз селезінкової вени, стиснення вихідного відділу шлунка. Згідно даних світової літератури близько 20-50 % ПК підшлункової залози супроводжується виникненням ускладнень [4, 5].

Мета дослідження

Визначити можливості малоінвазивних хірургічних методів у лікуванні ускладнень псевдокист підшлункової залози.

Матеріали і методи досліджень

На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака від січня 1998 до травня 2011 року проліковано 327 пацієнтів з ПК підшлункової залози. Співвідношення чоловіків до жінок становило 193 до 134. Вік хворих коливався від 28 до 65 років, в середньому 42,5.

У 234 (71,6 %) пацієнтів псевдокисти розвинулися внаслідок гострого, а у 93 (28,4 %) внаслідок хронічного панкреатиту. Усі хворі скаржилися на болі у черевній порожнині різної інтенсивності.

Пацієнтів розподілено на дві групи зі сформованими і несформованими ПК підшлункової залози.

Серед 169 хворих зі сформованими псевдокистами у 83 (49,1 %) спостерігалися усклад-

нення, які вплинули на вибір та тактику лікування. При несформованих псевдокистах ускладнення відмічено у 81 (51,3 %) хворого (табл. 1).

Таблиця 1
Ускладнення у хворих з псевдокистами підшлункової залози

| Ускладнення | Сформовані ПК (n=169) | Кількість пацієнтів, яким виконано малоінвазивні втручання (n=119) | | Несформовані ПК (n=158) |
|---|-----------------------|--|------|-------------------------|
| | | n=44 | n=75 | |
| Кровотеча | 19 | 8 | - | - |
| Кровотеча та нагноєння | 5 | - | - | - |
| Нагноєння | 32 | 12 | 15 | 21 |
| Стиснення вихідного відділу шлунка з порушенням евакуації | 3 | 3 | - | - |
| Механічна жовтяниця | - | - | 20 | 20 |
| Тромбоз селезінкової вени | 21 | 21 | - | - |
| Панкреатичний асцит | - | - | 36 | 36 |
| Ексудативний плеврит | - | - | 4 | 4 |
| Перфорація | 3 | - | - | - |

Для кожного ступеня зрілості псевдокист були притаманні свої ускладнення.

У 119 хворих з ускладненим перебігом ПК виконано 146 малоінвазивних втручань. Переважна більшість втручань виконані при несформованих ПК (рис. 1).

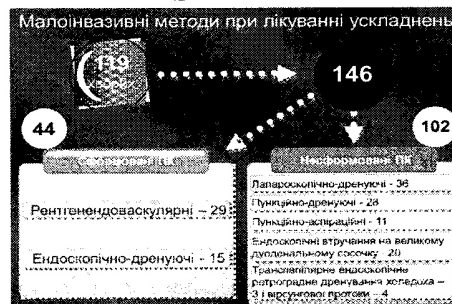


Рис. 1. Використання малоінвазивних втручань при лікуванні ускладнень.