

ЕВОЛЮЦІЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Шевчук І.М.

Івано-Франківська медична академія

Метою дослідження було визначення шляхів для покращення лікування хворих з гострим панкреатитом на основі аналізу результатів хірургічного лікування 108 хворих в період 1990-1998 років у клініці госпітальної хірургії.

В період 1990-1995 рр. підхід до лікування хворих з гострим панкреатитом полягав у пріоритетному проведенні консервативної терапії, а при її неефективності – широкому застосуванні хірургічних втручань “відкритим” способом. Основними показниками до проведення ранньої операції були неефективність консервативного лікування на фоні жовчевокам’яної хвороби, ферментативний перитоніт, наростання інтоксикації, механічної жовтяниці, олігурії, гіпотонії [3, 4]. Застосування лапароскопії у 17 хворих в цей період переслідувало здебільшого діагностичну мету. Виявлення під час обстеження ескудату в черевній порожнині, стеатонекрозів, вибухання сальникової сумки, та ін. – служили показами для проведення лапаротомії. З 50 хворих у 42 (84,0%) оперативне втручання було виконане в перші дві доби з часу госпіталізації. Набряковий панкреатит верифіковано у 11 хворих. Хірургічне лікування включало корекцію патології жовчовивідних шляхів, зовнішнє дренивання холедоха – у 19, дренивання сальникової сумки – у 17 хворих. В більш віддалений період з часу захворювання проводили некрсеквестректомію і дренивання абсцесів підшлункової залози (9), дренивання флегмони заочеревинного простору (5), зовнішнє дренивання постнекротичних кіст (3). Повторні оперативні втручання у зв’язку з прогресуванням панкреонекрозу проведено у 4 хворих. При такій активній хірургічній тактиці і

ранньому виконанні лапаротомії післяопераційна летальність склала 26,0%.

З осені 1996 р. були переглянуті підходи до лікування хворих з гострим панкреатитом. Одним з найважливіших завдань вважали збереження асептичного характеру панкреонекрозу, запобігання переходу його у постнекротичний вторинний гнійний панкреатит. Для цього, перш за все, були значно звужені покази до проведення ранньої лапаротомії. Її виконували тільки при біліарному панкреатиті з обтураційною жовтяницею, яку не могли розрішити ендоскопічним шляхом. Методом вибору в період панкреатогенного шоку і ферментної ендотоксемії було комплексне консервативне лікування, включаючи лімфотропну терапію з широким використанням лапароскопічних втручань.

Показами до застосування лапароскопії були: неефективність консервативного лікування хворих протягом 1–2 діб, ферментативний перитоніт, олігоанурія, біліарний панкреатит без обтураційної жовтяниці, відсутність якої підтверджено УЗД і лабораторно. При ферментативному перитоніті, ознаках ниркової недостатності лапароскопічне втручання доповнювали перитонеальним інтермітуючим діалізом. Його проводили протягом 2–3 діб з експозицією розчину в черевній порожнині 3–6 годин. Для проведення діалізу навколо кожної дренажної трубки, введеної в черевну порожнину після лапароскопії, накладали глибокі апоневротично-м’язеві шви, що забезпечувало герметизацію. Сеанси діалізу починали одразу ж після виходу хворого з наркозу у Фовлеровському положенні тіла хворого. Для проведення діалізу використовували стандартні по декстрозі (2,5%,

4,5%) розчини у стерильних 2-х літрових пластикових мішках фірми "Gambro", які використовуються у лікуванні хворих з хронічною нирковою недостатністю. Інсуфляцію розчину можна проводити в кожний з дренажів, крім того, що підведений до сальникової сумки. У хворих при такому лікуванні швидше відновлювалася перистальтика кишечника, нормалізувався діурез, прогресивно знижувався рівень "шлаків" в крові, спостерігалось зниження амплітудної активності перитонеального ексудату і крові. При відновленні перистальтики хворим призначали часте дробне ентеральне харчування під контролем ферментемії.

У більшості хворих після холецистектомії літогенна жовч не утворюється. Це було підтверджено біохімічними дослідженнями складу і літогенних властивостей жовчі [1]. Тому, при біліарному панкреатиті за умови відсутності лабораторних, УЗД і сублапароскопічних даних за біліарну гіпертензію (розширення холедоха більше як 0,9 см) – вважали можливим проведення лапароскопічної холецистектомії без дренування холедоха. В післяопераційному періоді у цих хворих проводили профілактику застою жовчі в жовчевих шляхах.

При парапанкреатичному інфільтраті без явищ перитоніту чи нагноєння віддавали перевагу консервативному лікуванню. Гострі постнекротичні кісти пунктували під контролем УЗД, максимально аспірували їх вміст з наступним всебічним біохімічним і бактеріологічним дослідженням.

В комплексному консервативному лікуванні велике значення приділяли ендолімфатичному веденню ліків, яке проводили з врахуванням етапності розвитку гострого деструктивного панкреатиту.

При гнійно-септичних ускладненнях панкреонекрозу виходили з положення про те, що "хірургічна" причина повинна бути ліквідована хірургічним шляхом [2]. Згідно з такими підходами було прооперовано 58 хворих. Набряк підшлункової залози був у 5 хворих. Лапароскопічні втручання

виконано у 29 хворих, з них у 20 – проведений лапароскопічний інтермітуючий перитонеальний діаліз. У 12 хворих одночасно проведено лапароскопічну холецистектому, причому у 11 хворих цієї групи діагностовано деструктивний панкреатит. При такому методичному підході вдалося уникнути лапаротомії у 19 з 29 хворих, яким проводили лапароскопічні втручання. Проте, у 10 хворих проведено лапаротомію на 1 – 28 день після лапароскопії. Показом до лапаротомії у них було формування абсцесів підшлункової залози (5), адгезивний перитоніт, що робив неефективним лапароскопічне обстеження (2), прогресування панкреонекрозу і неефективність консервативного лікування (1), проривна стресова виразка цибулини дванадцятипалої кишки (1), велика постнекротична кіста підшлункової залози з нагноєнням (1).

Оперативне лікування хворих з гострим панкреатитом тільки шляхом лапаротомії проведено у 29 хворих. З них 7 хворих вже були раніше оперовані в інших лікувальних закладах. В різні строки з часу захворювання у 9 хворих проведено холецистектомію, зовнішнє дренування холедоха і сальникової сумки. Зовнішнє дренування постнекротичних кіст проведено у 5 хворих, дренування сальникової сумки у 6, дренування абсцесів підшлункової залози, заочеревинної флегмони у 7, зашивання нориці тонкої кишки – у 1 хворого. Ще у одного хворого проведено дренування черевної порожнини з приводу набряку підшлункової залози, коли клінічні прояви захворювання симулювали проривну виразку.

Після оперативного лікування з 58 хворих померло 6 (10,3%). Таким чином, індивідуальні підходи в лікуванні хворого з гострим панкреатитом, максимальне використання можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічного перитонеального діалізу сприяють покращенню результатів лікуванні і зниженню післяопераційної летальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Циммерман Я. С. Очерки клинической гастроэнтерологии. – Пермь: Изд-во Пермского університета, 1992. – 336 с.
2. Шалимов А. А., Лифшиц Ю. З., Крыжевский В. В. и др. Возможности лечения больных некротическим панкреатитом//Актуальні питання сучасної хірургії//Матеріали міжнародної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження проф. Фединця О. В. – 18-20 вересня 1997 р. – Ужгород, 1997. – 276 с.
3. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Радзиховский А. П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560 с.
4. Шевчук М. Г., Генк С. Н., Хохоля В. П., Панченко С. Н. Неотложные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии. – Киев: "Здоров'я", 1988. – 229 с.

РЕЗЮМЕ

Еволюція хірургічного лікування гострого панкреатита

Шевчук И.М.

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 108 больних с острым панкреатитом. Індивідуальний підхід в лікуванні кожного больного с острым панкреатитом, максимальне використання можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічного перитонеального діалізу сприяють покращенню результатів лікування і зниженню післяопераційної летальності.

SUMMARY

The evolution of surgical treatment of acute pancreatitis

I.M. Shevchuk

The results of surgical treatment of 108 patients with acute pancreatitis have been analysed. Individual approach to the treatment of every patient with acute pancreatitis, the best use of the possibilities of the intence therapy, low-invasive surgery, laparoscopic perytoneal dialysis promote the improvement of the treatment results and decrease of the post-operative letal outcomes.

SUMMARY

We have presented the results of the treatment of 108 patients with acute pancreatitis. The proposed selective laparoscopic operation provides sufficient portal blood flow and guarantees the prevention of varicose dilatation of liver cirrhosis.

Велика кількість пацієнтів з гострим панкреатитом лікують консервативно. Однак, у деяких пацієнтів консервативне лікування не дає позитивних результатів, що вимагає проведення хірургічних операцій. Проведення операцій з гострим панкреатитом має бути індивідуальним, з використанням усіх можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічної перитонеальної діалізи.

Результати лікування 108 пацієнтів з гострим панкреатитом аналізовані. Індивідуальний підхід до лікування кожного пацієнта з гострим панкреатитом, використання всіх можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічної перитонеальної діалізи сприяють покращенню результатів лікування та зменшенню летальності після операції.

Ми представили результати лікування 108 пацієнтів з гострим панкреатитом. Пропонувана селективна лапароскопічна операція забезпечує достатній порталний кровотік і гарантує профілактику варикозної діляності печінки.

Велика кількість пацієнтів з гострим панкреатитом лікують консервативно. Однак, у деяких пацієнтів консервативне лікування не дає позитивних результатів, що вимагає проведення хірургічних операцій. Проведення операцій з гострим панкреатитом має бути індивідуальним, з використанням усіх можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічної перитонеальної діалізи.

Результати лікування 108 пацієнтів з гострим панкреатитом аналізовані. Індивідуальний підхід до лікування кожного пацієнта з гострим панкреатитом, використання всіх можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічної перитонеальної діалізи сприяють покращенню результатів лікування та зменшенню летальності після операції.

Ми представили результати лікування 108 пацієнтів з гострим панкреатитом. Пропонувана селективна лапароскопічна операція забезпечує достатній порталний кровотік і гарантує профілактику варикозної діляності печінки.

Велика кількість пацієнтів з гострим панкреатитом лікують консервативно. Однак, у деяких пацієнтів консервативне лікування не дає позитивних результатів, що вимагає проведення хірургічних операцій. Проведення операцій з гострим панкреатитом має бути індивідуальним, з використанням усіх можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічної перитонеальної діалізи.

Результати лікування 108 пацієнтів з гострим панкреатитом аналізовані. Індивідуальний підхід до лікування кожного пацієнта з гострим панкреатитом, використання всіх можливостей інтенсивної терапії, малоінвазивної хірургії, лапароскопічної перитонеальної діалізи сприяють покращенню результатів лікування та зменшенню летальності після операції.

Ми представили результати лікування 108 пацієнтів з гострим панкреатитом. Пропонувана селективна лапароскопічна операція забезпечує достатній порталний кровотік і гарантує профілактику варикозної діляності печінки.