

В.В. ЛЕОНОВ, О.Л. СИТНИК, В.А. ЧАНЦЕВ, Г.В. ХАЧАПУРІДЗЕ, О.В. СОЛОДОВНИК
Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра хірургії з дитячою хірургією
з курсом онкології, Суми

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

За період 2008 – 2011 років у хірургічних відділеннях Сумської міської клінічної лікарні №5 проліковано 1160 хворих на гострий панкреатит. Оперовані 61 (5,3%) пацієнт, з них 8 – відеолапароскопічно: дренажування черевної порожнини – 6; розтин та зовнішнє дренажування псевдокісти – 1; відеолапароскопічно асистована марсупілізація псевдокісти – 1. Післяопераційна летальність склала 24,5%: до впровадження відеолапароскопічних втручань – 27,7%; після їх впровадження – 20,0%. Відеолапароскопічні методики дали можливість не виконувати травматичне лапаротомне втручання для дренажування черевної порожнини у стадії панкреатогенного шоку та недостатності паренхіматозних органів. Більше операцій стали виконувати у стадію дегенеративних та гнійно-септичних ускладнень. Відеолапароскопічно асистовані операції у стадію дегенеративних та гнійно-септичних ускладнень дозволяють адекватно роздренувати гострі післянекротичні обмежені рідинні утворення.

Ключові слова. Гострий панкреатит, хірургічне лікування, відеолапароскопічне втручання

Вступ. Лікування хворих на гострий панкреатит залишається однією з найбільш найактуальніших проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Сьогодні гострий панкреатит займає третє місце в структурі всіх гострих хірургічних захворювань після гострого апендициту та гострого холециститу. Летальність при гострому панкреатиті складає 13-15%, а при некротичних формах сягає 50-85% [2]. Серед хворих на гострий некротичний панкреатит переважають особи працездатного віку, 50-70 % із них стійко втрачають працездатність. Це свідчить про соціальну важливість проблеми [3].

Сучасні принципи хірургічного лікування гострого панкреатиту широко включають малоінвазивні операції та маніпуляції, зокрема відеолапароскопічні втручання в ділянці чепцевої сумки, параколічних та заочеревинних просторів. Летальність після таких операцій не перевищує 15% [4,5,6]. На жаль, загально визнаної лікувально-діагностичної тактики при гострому панкреатиті ще не визначено. Тому актуальним є всебічний аналіз досвіду роботи різних хірургічних шкіл, їх широке обговорення з метою уніфікації лікувально – діагностичної тактики у хворих на гострий панкреатит [1].

Мета дослідження. Аналіз першого досвіду застосування відеолапароскопічних втручань у хворих на гострий деструктивний панкреатит.

Матеріали та методи. За період 2008-2011 рр. у хірургічних відділеннях Сумської міської клінічної лікарні №5 проліковано 1160 хворих на гострий панкреатит віком від 22 до 81 років. Чоловіків було 976, жінок – 184.

Хворим проводили загальноклінічне та лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, оглядову рентгенографію органів черевної порожнини та грудної клітини, фіброгастроуденоскопію (ФГДС).

УЗД виконували на сканері *HONDA-EXEPTONIX HS-2000*. Дослідження проводили: під час первинного огляду, на 3-тю, 7-му та 14-ту добу після госпіталізації а також за клінічними

показаннями. Вивчали розміри, структуру підшлункової залози, наявність ділянок некрозу та обмежених рідинних утворень в підшлунковій залозі та заочеревинній жировій клітковині, виявляли вільну рідину у чепцевій сумці та черевній порожнині, з'ясовували стан протокової системи підшлункової залози та біліарного тракту.

ФГДС виконували відеогастроуденоскопом фірми *PENTAX EPK-100p* хворим з механічною жовтяницею та диспептичними розладами.

Із 1160 хворих оперовані 61 (5,3%). Оперованих хворих розподілили на 2 групи: I – за період 2008-2009 рр., до впровадження відеолапароскопічним втручань, II – за 2010 – 2011 рр., коли в клініці розпочато застосування відеолапароскопічних операцій при гострому панкреатиті. I групу склали 36 хворих, II – 25, із них 8 пацієнтів оперовані відеолапароскопічно.

Відеолапароскопічні операції виконували на обладнанні та інструментарієм фірми «Ендомедіум».

Результати досліджень та їх обговорення. Встановлено етіологію гострого панкреатиту у оперованих хворих: алкогольний – у 40 (65,6%), аліментарний – у 17 (27,9%), біліарний (жовчнокам'яна хвороба) – у 4 (6,5%).

Показаннями до оперативних втручань вважали:

- панкреатогенний перитоніт;
- прогресуюча поліорганна недостатність на фоні адекватної медикаментозної терапії;
- обмежені рідинні утворення підшлункової залози або заочеревинного простору із загрозою абсцедування чи перфорації;
- неефективність консервативної терапії у хворих на гострий біліарний панкреатит протягом 24 – 48 годин.

Оперативні втручання при панкреатогенному перитоніті виконували переважно на 5-7 добу після початку захворювання. У I групі хворих операцією вибору була лапаротомія, дренажування черевної порожнини (8 втручань). Пацієнтам II групи виконували лапароскопічну санацію та

дренування черевної порожнини за Петровим (5 спостережень).

Операції з приводу прогресуючої поліорганної недостатності також виконувалися протягом першого тижня захворювання. Основною задачею вважали адекватне дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору в залежності від поширеності процесу. У I групі 21 відкрите втручання, у другій – 5. Одному хворому II групи виконано дренивання параколічного простору зліва крізь люмботомічний доступ під відеолапароскопічним контролем. Проведення відеолапароскопічних втручань при прогресуючій поліорганній недостатності обмежувалося високим ризиком ускладнень, пов'язаних з підвищенням внутрішньочеревного тиску.

З приводу обмежених рідинних утворень оперовані 5 хворих з I групи, та 14 пацієнтів із II групи на 10-21 добу захворювання. Відкрите втручання включало верхньосерединну лапаротомію, некр- та секвестректомію, оментобурсостомію, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини (5 хворих із I групи, 12 – із II групи). Одному хворому із II групи проведено лапароскопічний розтин та зовнішнє дренивання гострої післянекротичної порожнини у ділянці хвоста підшлункової залози. Цей пацієнт був повторно оперований з приводу резидуального абсцесу. Тому, на наш погляд, більш доцільною виглядає лапароскопічно-асистована марсупілізація гострих післянекротичних обмежених рідинних утворень (1 клінічне спостереження у II групі).

Методика втручання. Встановлюють порт для оптичної системи по середній лінії вище чи нижче

пупка (в залежності від локалізації та розмірів рідинного утворення). Визначають найзручнішу проекцію для мінідоступу. Виконують пошаровий розріз передньої черевної стінки довжиною 40-50 мм. Стінку псевдокісти за потреби фіксують затискачем, обмежують операційне поле серветками, виконують пункцію рідинного утворення та евакуацію вмісту. Крізь розріз стінки утворення довжиною 10 мм в порожнину вводять 10мм порт з оптичною системою. Розріз стінки псевдокісти навколо порта герметизують кісетним швом. Під відеолапароскопічним контролем після ревізії намічають проекцію найнижчої точки порожнини на задню черевну стінку. Виконують люмботомічний розріз та встановлюють 3-4 гумові трубки у післянекротичну порожнину. Після видалення оптичної системи передню стінку псевдокісти розсікають відповідно до розмірів рани передньої черевної стінки, краї ран зшивають. Додатково встановлюють 2-3 гумові трубки у лапаростомний отвір для наскрізної санації порожнини псевдокісти.

При біліарному панкреатиті виконували верхньосерединну лапаротомію, холецистектомію, зовнішнє дренивання позапечіткових жовчних шляхів (переважно за Еббе-Піковським).

Із 61 оперованого хворого померли 15 (24,5%). У I групі – із 36 пацієнтів 10 (27,7%), у II групі – із 25 хворих 5 (20,0%). Причини смерті: прогресуюча поліорганна недостатність – 10, арозивна кровотеча – 4, профузна шлунково-кишкова кровотеча із пенетруючою вирази дванадцятипалої кишки – 1.

Кількість хворих, померлих після різних методів операцій подано у таблиці 1.

Таблиця 1

Летальність після різних методик операцій

Операція	I група		II група		Всього	
	кількість операцій	померло хворих	кількість операцій	померло хворих	кількість операцій	померло хворих
лапаротомія, дренивання черевної порожнини	10	3	-	-	10	3
лапаротомія, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	21	7	5	3	26	10
лапаротомія, некр- та секвестректомія, оментобурсостомія, дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	5	-	12	1	17	1
лапароскопічне дренивання заочеревинного простору та черевної порожнини	-	-	6	-	6	-
лапароскопічний розтин та дренивання гострої післянекротичної порожнини	-	-	1	1	1	1
лапароскопічно асистована марсупілізація гострої післянекротичної порожнини	-	-	1	-	1	-
лапаротомія, холецистектомія, зовнішнє дренивання позапечіткових жовчних шляхів	2	-	2	-	4	-

Висновки. Наш перший досвід впровадження відеолапароскопічних втручань при гострому некротичному панкреатиті показав наступне.

1. Відеолапароскопічні методики дали можливість не виконувати травматичне лапаротомне втручання для дренивання черевної порожнини у стадії панкреатогенного шоку та недостатності паренхіматозних органів.

2. Більше операцій стали виконувати у стадію дегенеративних та гнійно-септичних ускладнень.

3. Відеолапароскопічно асистовані операції у стадію дегенеративних та гнійно-септичних ускладнень дозволяють адекватно роздренувати гострі післянекротичні обмежені рідинні утворення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бобров О.Е. Некоторые мифы и реальности острого панкреатита / Бобров О.Е., Мендель А.И. — Донецк: Издательский дом «Заславский», 2010 — 160 с.
2. Острые панкреатиты: эпидемиология, патогенез, диагностика, организация лечения, хирургическое лечение, интенсивная терапия / Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Люлько И.В. [и др.]. — К: Четверта ХВИЛЯ, 2005. — 256 с.
3. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения; проект по материалам IX Всероссийского съезда хирургов (г. Волгоград, 20-22 сентября 2000 г.). / Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. [и др.] // Consilium Medicum. — 2001. — Т.3, № 6. — С. 273—279.
4. Risk management in patient with severe acute pancreatitis / Gedach H. // Crit. Care. Med. — 2004. — № 2(8). — P. 430—432.
5. IAP Guidelines for the management of acute pancreatitis / Uhl W., Warshaw A., Imrie C. [et al.] / Pancreatology. — 2002. — Vol. 2. — P. 565-573.

V.V. LEONOV, O.L. SYTNYK, V.A. CHANCEV, G.V. KHACHAPOURIDZE, O.V. MALTSTER

Sumy State University, Medical Institute, Department of Surgery With Pediatric Surgery and Course of Oncology, Sumy

THE FIRST EXPERIENCE OF VIDEOLAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

During 2008 – 2011 in the surgical departments of Municipal institution “Sumy urban clinical hospital №5” 1160 patients with acute pancreatitis were treated. Among them 61 patients (5,3%) were operated, 8 from them – with videolaparoscopy: drange of abdominal cavity executed in 6 patients; incision and external drange of pseudocyst – in 1, videolaparoscopic marsupialisation of pseudocyst also in 1. Postoperative lethality was 24,5%: before implementation of videolaparoscopic surgery – 27,7%; after – 20,0%. Videolaparoscopic techniques gave the possibility to except traumatic open operations in patients with shock and multiple organ failure, and to perform adequate drainage of limited liquid collecnions.

Key words: Acute pancreatitis, surgical treatment, videolaparoscopic technique

Стаття надійшла до редакції: 5.07.2011 р.