УДК 618.31 – 005 – 073.432.19

**Мініінвазивні втручання при гострому панкреатиті.**

В.В. Крижевський, О.І. Мироненко, Г.Ю. Мошковський

# Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Захворюваність на гострий панкреатит (ГП) в останні роки в країнах Європи склала 20-70 випадків на 100 тисяч населення[1]. У 15-25% випадків клінічний перебіг ГП є важким. Незважаючи на застосування новітніх технологій та досягнень сучасної фармації, летальність залишається високою і складає 20-30% після оперативних втручань, а за наявності системних ускладнень перевершує 80% [2].

Незадовільність очікуваних результатів оперативного втручання у випадках ускладнених форм ГП спонукає до пошуку та застосування більш щадних мініінвазивних методів хірургічного лікування. Зрозуміло, що запропоновані форми мініінвазивних втручань не завжди є адекватною альтернативою повноцінним традиційним методам оперативного втручання в разі ускладнених форм ГП. Але як складова комплексного лікування ГП для зменшення ендогенної інтоксикації мініінвазивні методи знайшли своє невід’ємне місце.

Метою дослідження було визначення ефективності застосування мініінвазивних методів в комплексному лікуванні ускладнених форм ГП.

**Матеріал та методи дослідження.** Проаналізовано вибірку хворих з ГП (n=97) за 18 місяців 2014 - 2015 років, що знаходилися в хірургічному стаціонарі КМКЛ №6 м. Києва. Всі хворі обстежені згідно протоколу стандартів обстеження [3]. Використано класифікаційні дефініції ГП Atlanta (1992) та В.І. Філіна (2001). Для визначення ступеня важкості клінічного перебігу ГП використані оціночні шкали АРАСНЕ ІІ, Ranson, Glasgow. Так, серед 97 пацієнтів, у 78 хворих (80,4%) клінічний перебіг був середнього ступеня важкості (бальна оцінка за шкалами Ranson становила 1,1+ 0,06, АРАСНЕ ІІ – 6,87 + 0,36, Glasgow – 1,74 + 0,16), а в 19 (19,6%) клінічний перебіг ГП верифіковано як важкий (бальна оцінка становила: Ranson 2,6+ 0,07, АРАСНЕ ІІ – 13,5 + 0,3, Glasgow – 2,64 + 0,2). Панкреонекроз спостерігався у 23 хворих (23,7%): асептичний – у 13 (13,4%), інфікований – у 10 (10,3%), в тому числі у 1 хворого з панкреатичним абсцесом (1,03%).

Хворі з клінічними ознаками ускладнених форм ГП отримували інтенсивну терапію. В перші 48 годин з моменту захворювання проводилася терапія, направлена на блокування екзокринної функції залози, а цей термін використано для об'єктивізації ознак розвитку ранніх ускладнень. В 6 хворих застосовано діагностично-лікувальний лапароцентез з налагодженням перитонельного лаважу. З самого початку проводилася антибактеріальна терапія широкого спектра дії. Використано інгібітори протеаз, цитостатики, похідні соматостатину (сандостатин). Також приділялася увага збільшенню перфузії вісцерально-спланхнічного кровообігу за рахунок інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії розчинами кристалоїдів і плазмозамісників. Для уникнення тромбоемболічних ускладнень віддавалася перевага низькомолекулярним гепаринам.

У 19 хворих було виконано пункцію черевної порожнини під сонографічним контролем за допомогою апарата “Aloka SSD-630”. У 14 з них мало місце гостре скопичення рідини. Розміри рідинних утворів складали від 3,2×2,5 до 15,4×5,0 см. У інших (5) – наслідки інфікованого панкреонекрозу з тенденцією до утворення обмежених вогнищевих порожнин в парапанкреатичній клітковині. Ранні оперативні втручання виконано у 5 хворих з ознаками розвитку деструкції жовчного міхура при біліарному панкреатиті та у 1 хворого з прогресуванням явищ ендогенної інтоксикації. У віддаленому періоді в зв’язку з гнійно-септичними ускладненнями виконано у 2 хворих 7 оперативних втручань.

Для порівняння провели ретроспективний аналіз контрольної групи хворих з ГП (n=134) за 2011 - 2012 роки. Основна та контрольна групи були репрезентативні за основними параметрами та показниками клінічного перебігу. В контрольній групі панкреонекроз спостерігався у 28 хворих (20,9%): асептичний – у 15 (11,2%), інфікований – у 7 (5,2%), інфікований з абсцедуванням парапанкреатичної та параколічної клітковини у 4 (3%), з деструкцією та секвестрацією залози у 2 хворих (1,5%). У 39 хворих з ускладненими формами ГП виконані оперативні втручання: діагностично-лікувальний лапароцентез з налагодженням перитонельного лаважу, оментобурсостомія з дренуванням заочеревинного простору, холецистектомія з дренуванням позапечінкових жовчовивідних шляхів, секвестректомії та програмовані санації, різноманітні лапаростомії.

**Результати дослідження та обговорення.** В основній групі всього було виконано у 19 хворих 33 пункції черевної порожнини голкою Chiba 16 G під сонографічним контролем за допомогою лінійного пункційного датчика з частотою 3,5 МГц, що складає 1,7 на 1 хворого. Об’єм евакуйованої рідини при пункції від 10 до 550мл, характер – від прозорого світло-коричневого до мутного гнійного. В кожному випадку виконано мікробіологічне дослідження отриманого аспірату, санацію антисептиком (0,02% розчин хлоргекседина біглюконату) та введення антибіотиків широкого спектру дії. Ускладнень після та при виконанні не спостерігалося. У 10 хворих досягнуто регресу патологічного процесу в підшлунковій залозі, в решти, згідно з клінічною необхідністю, лікування доповнено традиційними оперативними втручаннями. Всього виконано 52 оперативних втручання (враховуючи мініінвазивні) у 33 хворих. Оперативна активність в групі склала 53,6%. Серед оперованих померло 2 хворих, 1 хворий – при розвитку системних ускладнень, загальна летальність в групі склала 3,1%.

В контрольній групі виконано 51 оперативне втручання у 39 хворих. Оперативна активність склала 38,1%. Серед оперованих померло 8 хворих, ще 2 померло від сепсису та системних ускладнень, загальна летальність в групі склала 7,5%.

**Висновки.** Вважаємо, що зменшення післяопераційної та загальної летальності в основній групі порівняно з контрольною обумовлене застосуванням щадних мініінвазивних технологій в комплексному лікуванні ускладнених форм ГП, а саме за рахунок зниження ендогенної інтоксикації після евакуації запального ексудату з обмежених середовищ черевної порожнини.

**Мініінвазивні втручання при гострому панкреатиті**

В.В. Крижевський, О.І. Мироненко, Г.Ю. Мошковський.

# Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

**Реферат.** Мета: визначення ефективності застосування мініінвазивних методів в комплексному лікуванні ускладнених форм гострого панкреатита.

**Матеріал та методи дослідження.** Проаналізовано та порівняно ефективність лікування гострого панкреатиту в основній (n=97) та контрольній (n=134) групах, загальною кількістю 231 пацієнт. Обидві групи були репрезентативними за основними параметрами та показниками клінічного перебігу. Пункцію черевної порожнини виконували за допомогою лінійного пункційного датчика з частотою 3,5 МГц апарата “Aloka SSD-630”.

**Результати дослідження та обговорення.** В основній групі було виконано у 19 хворих 33 пункції черевної порожнини під сонографічним контролем. У 10 хворих досягнуто регресу патологічного процесу в підшлунковій залозі, в решти, згідно з клінічною необхідністю, лікування доповнено повноціними оперативними втручаннями. Всього виконано 52 оперативних втручання (враховуючи мініінвазивні) у 33 хворих. Оперативна активність в групі склала 53,6%. Загальна летальність в групі склала 3,1%.

В контрольній групі виконано 51 оперативне втручання у 39 хворих. Оперативна активність склала 38,1%. Загальна летальність в групі склала 7,5%.

**Висновок:** зменшення летальності в основній групі порівняно з контрольною обумовлене застосуванням щадних мініінвазивних технологій в комплексному лікуванні ускладнених форм ГП за рахунок зниження ендогенної інтоксикації після евакуації запального ексудату з обмежених середовищ черевної порожнини.

**Ключові слова:** ускладнені формигострого панкреатиту, пункція черевної порожнини під сонографічним контролем, ендогенна інтоксикація.

**Миниинвазивные вмешательства при остром панкреатите**

В.В. Крыжевський, А.И.Мироненко, Г.Ю. Мошковський.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

**Реферат.** Цель: изучение эффективности миниинвазивных технологий в комплексном лечении острого панкреатита

**Материал и методы обследования.** Проанализировано эффективность лечения в основной (n=97) и контрольной (n=134) группах, общим количеством 231 пациент. Обе группы репрезентативны по основным параметрам и показателям клинического течения. Пункции брюшной полости выполняли с помощью линейного пункционного датчика с частотою 3,5 МГц аппарата “Aloka SSD-630”.

**Результаты и обсуждения**. В основной группе было выполнено у 19 больных 33 пункции брюшной полости выполняли под сонографическим контролем с помощью линейного пункционного датчика аппарата “Aloka SSD-630”. У 10 больных достигнуто регресса патологического процесса в поджелудочной железе, у остальных лечение дополнено традиционными операциями. Всего выполнено 52 оперативных вмешательства, включая миниинвазивные у 33 больных. Оперативная активность составила 53%, общая летальность в группе составила 3,1%.

В контрольной группе выполнено 51 операция у 39 больных. Оперативная активность составила 38,1%. Общая летальность в группе составила 7,5%.

**Выводы:**  уменьшение летальности в основной группе обусловлено применением щадящих миниинвазивных технологий в комплексном лечении осложненных форм острого панкреатита, а именно уменьшения эндогенной интоксикации после эвакуации воспалительного эксудата с брюшной полости.

**Ключевые слова**: осложненные формы острого панкреатита, пункция брюшной полости под сонографическим контролем, эндогенная интоксикация.

# **Miniinvasive intervations in treatment of acute pancreatitis**

**V.V. Kryzevsky,** **O. I. Myronenko, G. Ju Moshkovskyy**

National Medical Academy of Post-Graduate Education

named after P.L. Shupik.

# ***Summary:***

The aim. The article is devoted to study of efficiency miniinvasive technologies in complex treatment of acute pancreatitis

**Material and methods.** It is analysed efficiency of treatment basically (n=97) and control (n=134) groups, total 231 patient. Both groups are representative on base parameters and parameters of clinical current. Punctures of an abdominal cavity are performed by means of linear punctional the gauge with frequence 3,5 MHz of ultrasound device “ Aloka SSD-630 ”.

**Results and discussion.** In the basic group it has been executed at 19 sick 33 punctures of an abdominal cavity carried out under ultrasound control. At 10 patients it is reached recourse of pathological process in a pancreas, at the others treatment is added by traditional operations. In total 52 operative interventions, including miniinvasive technologies at 33 patients are executed. Operative activity has consisted 53%, the fatal in group has made 3,1 %.

In control group it is executed 51 operation at 39 patients. Operative activity has made 38,1 %. The mortality rate in group has consisted 7,5 %.

**Conclusions.** Reduction The mortality rate in the basic group is caused by application sparing miniinvasive technologies in complex treatment of the complicated forms of acute pancreatitis, reduction endogenous intoxications after evacuation inflammatory liquid from abdominal cavity.

**Keywords**: the complicated forms of acute pancreatitis, a puncture of abdominal cavity under ultrasound control, endogenous intoxication.

# 

# **Використана література**

1. Шалимов С.А., Радзиховський А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. – К., 1990. – 350 с.
2. Стандарти діагностики і лікування гострого панкреатиту (Методичні рекомендації) / під заг. ред. Є.П.Коновалова. – К., 2004. – 27с.
3. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное.- СПб.: Издательство "Деан", 2000; 480с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит в свете современных представлений о сепсисе. Анналы хирургии. 1999; 5: 26-9.
5. Rau B., Pralle U., Mojer J.M., Beger H.C. Role of ultrasonographically quided fine needle aspiration cytology in diagnosis of infected pancreatic necrosis. -Brit J Surg 2000; 85: 179-84.
6. United Kindom guidelines for the management of acute pancreatitis// Gut 2008; 42 (suppl. 2): S1- S13.

Авторська довідка

д.мед.н., завідувач кафедри Крижевський Вадим Віталійович

### Мироненко Олександр Іванович, к. мед.н., доцент

Мошковський Генадій Юрійович, д.мед.н

Адреса для листування: Мироненко Олександр Іванович

моб.тел: +380672475803; 8(044) 497 12 43

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Каф. загальної та невідкладної хірургії тел.(044)497 1072; 497 12 43