

УДК:616.37-002.9-06:615.833.3

МІНІІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКУ НА ЕТАПАХ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПАНКРЕАТИТУ

В.І. Десятерик, О.В. Котов

Дніпропетровська державна медична академія

Реферат. Проблема хірургічного лікування ускладнень панкреатиту була і залишається актуальною. Автори проаналізували результати мініінвазивних втручань під контролем ультразвуку у 35 хворих зі сформованими та не сформованими, інфікованими та не інфікованими рідинними скупченнями в сальниковій сумці, підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині, що виникли внаслідок ускладненого перебігу панкреатиту. Дренування виконували під контролем УЗД із застосуванням доплера троакар-катетерами типу «Pigtail» фірми «Balton» діаметром 6-12F. Пункції проводили за допомогою голка «СНІВА», діаметром 22-23G. У 17 хворих з абсцесами різної локалізації пункційно-дренажний метод був остаточним в лікуванні. Строки дренування коливались від 8 до 24 діб. Серед 18 хворих зі сформованими, не інфікованими рідинними скупченнями (кістами) у 14 хворих протягом 12-16 діб відбувся їх повний спонтанний регрес; у 1 хворого виконано склерозування, у 2-цистостоюностомія, у 1-панкреатоєностомія. Летальних наслідків не було. Застосований метод при відповідних показах показав надійність та високу ефективність.

Ключові слова: панкреатит, мініінвазивні втручання, лікування

Проблема хірургічного лікування ускладнень панкреатиту була і залишається актуальною, незважаючи на значний науковий та технічний прогрес, досягнутий протягом останніх років. У 20-25% хворих на гострий панкреатит, він має тяжкий перебіг з формуванням рідинних скупчень в сальниковій сумці, підшлунковій залозі, заочеревинній клітковині у вигляді як вогнищевих, так і поширених уражень з утворенням капсули навколо, або без неї. Такі рідинні скупчення необхідно видаляти як можна раніше: для зменшення проявів синдрому системної відповіді на запалення, для запобігання їх інфікування, формування постнекротичних псевдокіст і т.ін [1]. Якщо раніше це робили під загальним знеболюванням шляхом лапаротомії, то зараз, з розвитком сучасних інтервенційних технологій є можливість робити те саме, без втрати кінцевого радикалізму, але з мінімальною травматичністю під місцевим знеболюванням [2]. За ефективністю, у 63,5-83,9% хворих зі сформованими рідинними скупченнями ці втручання можуть бути остаточними, але у інших їх використовують як перший етап підготовки до хірургічного втручання [3].

Мета роботи

Проаналізувати результати мініінвазивних втручань під контролем ультразвуку в лікуванні хворих з ускладненнями панкреатиту, оцінити надійність та ефективність застосованого методу.

Матеріал та методи

Проаналізовані результати лікування 35 хворих (31 чоловік та 4 жінки) зі сформованими та не сформованими, інфікованими та не інфікованими рідинними скупченнями в сальниковій сумці, підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині, віком від 22 до 76 років з використанням мініінвазивних хірургічних втручань під контролем УЗД. Строки госпіталізації всіх цих хворих перевищували 2 тижні від початку захворювання. Інфіковані скупчення рідини (абсцеси) різної локалізації спостерігали у 17 хворих; кісти на різних етапах формування – у 18. За локалізацією по даним УЗД та КТ: в ділянці головки ПЗ рідинні скупчення спостерігали у 9 хворих, в ділянці тіла – у 15, в ділянці хвоста – у 11; у 9 хворих водночас спостерігали 2-3 скупчення рідини поєднаної локалізації. Строки формування кіст були різними: від 3 тижнів до 3 місяців. Об'єм рідинних утворень сягав від 120 до 1500 мл.

У всіх хворих виконали зовнішнє дренування. У 5 хворих, поряд із дренуванням «основної» порожнини, виконували пункцію невеликих рідинних скупчень до 3-5 см в Ш. Дренування виконували під контролем УЗД із застосуванням доплера (для вибору «безпечного» місця) троакар-катетерами типу «Pigtail» фірми «Balton» діаметром 6-12F через черевну стінку в тих місцях, де рідинне скупчення найближче всього до неї прилягало з урахуванням розташування шлунка, дванадцятипалої та товстої кишок. Пункції проводили за допомогою голка «СНІВА», діаметром 22-23G.

Контрольне УЗД виконували наступної доби і далі кожні 5-7 діб. Рідину з порожнини кісти направляли на цитологічне дослідження, визначали рівень амілази, а у випадках її інфікування проводили бактеріоскопію, висів з визначенням чутливості до антибіотиків. При аб-

спесах різної локалізації, після санації порожнини та припинення ексудації по дренажу останній видаляли (після УЗД-контролю). При кістах на 12-16 добу, в разі продовження ексудації по дренажу, виконували фістулографію через дренаж 60% розчином триомбрасту. При відсутності зв'язку з головною панкреатичною протокою і якщо така кіста повністю самостійно не регресувала за вказаний вище час, проводили склерозування її порожнини 96е спиртом. При встановленні зв'язку з головною протокою хворого оперували.

У всіх хворих, поряд із застосуванням пункційно-дренажних методів, проводили інтенсивну консервативну терапію, згідно стандартів ведення хворих на панкреатит.

Результати та обговорення

У 17 хворих з абсцесами різної локалізації пункційно-дренажний метод був остаточним в лікуванні. Всі хворі одужали. Строки дренивання коливались від 8 до 24 діб і залежали від розмірів гнійної порожнини та перебігу деструктивного процесу. Серед 18 хворих зі сформованими, не інфікованими рідинними скупченнями (кістами) у 14 хворих після дренивання порожнини кісти протягом 12-16 діб відбувся їх повний спонтанний регрес, причому у 4 хворих, незважаючи на об'єктивно доведений (рентгенологічно) зв'язок порожнини кісти з головною панкреатичною протокою спостерігали самостійне зникнення кіст. Серед 9 хворих з кількома рідинними скупченнями у 4 – випорожнення сусідніх, менших за розміром кіст (від 2 до 5см), відбулось самостійно в дренаж протягом перших двох діб від моменту його постановки; у 5 хворих такого випорожнення не спостерігали: через 2-3 доби після постановки дренажу виконали пункцію цих кіст. У 1 хворого нами проведено склерозування остаточної порожнини кісти, діаметром 3,2см, яке виявилось ефективним. Оперативне втручання в обсязі цистоеюностомії на виключеній за Ру петлі кишки виконано 2 хворим; 1 хворому з калькульозно-кістозним панкреатитом виконано продольну панкреатоеюностомію. Летальних випадків не було. У віддалені строки, у більшості пацієнтів, як після відкритих, так і пункційно-дренажних методів лікування спостерігали наявність клінічних, лабораторних та інструментальних ознак хронічного панкреатиту, який з часом, в окремих випадках, набував рецидивного характеру, визначаючи таким чином подальший стан здоров'я пацієнтів.

З а к л ю ч е н н я

Мініінвазивні втручання під контролем УЗД мають своє чітко визначене місце в комплексному лікуванні хворих на ускладнений панкреатит і ні в якому разі не замінюють інші види лікування, в тому числі і традиційні хірургічні. В перебігу ускладненого панкреатиту є такі етапи, коли міні втручання не тільки доцільно, але й необхідно використовувати з урахуванням тяжкості захворювання, віку хворих, наявності супутньої патології; коли їх ефективність і перевага перед традиційними є очевидною. Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УЗД є надійним та ефективним методом, здатним забезпечити уникнення низки тяжких ускладнень, покращити в цілому результати лікування цього важкого контингенту хворих.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИТА

В.И. Десятерик, А.В. Котов

Реферат. Проблема хирургического лечения осложненного панкреатита была и остается актуальной. Авторы проанализировали результаты миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ у 35 больных с сформированными и несформированными, инфицированными и неинфицированными жидкостными образованиями в салниковой сумке, поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатки, что возникло в следствие осложненного протекания панкреатита. Дренирование выполняли под контролем УЗИ с использованием доплера троакаратетерами типа «Pigtail» фирмы «Balton» диаметром 6-12 F. Пункции проводились с помощью иголок «СНІВА», диаметром 22-23G. У 17 больных с абсцессами разной локализации пункционно-дренажный метод был окончательным в лечении. Сроки дренирования изменялись от 8 до 24 суток. Среди 18 больных из сформированными, неинфицированными жидкостными образованиями (кистами) у 14 больных на протяжении 12-16 суток проходил полный спонтанный регресс; у 1 больного выполнено склерозирование, у 2 – цистоеюностомия, у 1 – панкреатоеюностомия. Летальных случаев не было. Используемый метод при определенных показателях показал надежность и высокую эффективность.

Ключевые слова: панкреатит, миниинвазивные вмешательства, лечение

MINIINVASIVE INTERVENTIONS UNDER THE ULTRASOUND CONTROL AT STAGES OF DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS OF PANCREATITIS

V.I. Desjaterik, A.V. Kotov

Abstract. The problem of surgical treatment of complications of a pancreatitis was and remains actual. Authors have analysed results of miniinvasive interventions under the control of ultrasonic at 35 patients with the generated and not generated, infected and not infected liquid formations in an omental bag, a pancreas and a parapancratic fat that has arisen in a consequence of the complicated course of a

pancreatitis. A drainage carried out under the control of ultrasonic with use of doppler by the catheters of trocar of type «Pigtail» firms «Balton» in diameter 6-12 F. Punctures were spent by means of needles «CHIBA», diameter 22-23G. At 17 patients with abscesses of different localisation the punktsionno-drainage method was definitive in treatment. Drainage terms changed from 8 till 24 days. Among 18 patients from generated, not infected liquid formations (cysts) at 14 patients throughout 12-16 days there passed full spontaneous retrogress; At 1 patient it is executed scleroing, at 2–cystojejunostomy, at 1–pancreato-jejunosomy. Lethal cases was not. The used method at certain indicators has shown reliability and high efficiency.

Key words: a pancreatitis, miniinvasive interventions, treatment

ЛІТЕРАТУРА

1. Вашетко Р.В., Толстой Л.Д., Курыгин А.А., Стойко Ю.М. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы.-СПб.:«Питер»,2000.-320с.
2. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Острый панкреатит.-Донецк, 2008.-352с.
3. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии.- М.: Триада-Х, 2003.-216с.