

УДК 616.37-002.1-073.48

*А.Г. Оганезян***ЕФЕКТИВНІСТЬ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕННЯХ У ХВОРИХ НА ТЯЖКИЙ ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ***ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава*

Клінічний перебіг гострого панкреатиту ускладнюється розвитком рідинних скупчень в черевній порожнині та заочеревинному просторі у 30-50% хворих. Дискутуються питання, пов'язані з показаннями до використання при лікуванні обмежених рідинних скупчень як мініінвазивних, так і традиційних хірургічних втручань. Мета роботи – оцінити ефективність мініінвазивних втручань під ультразвуковим контролем при обмежених рідинних скупченнях у хворих на тяжкий гострий панкреатит та визначити показання для використання діаплевтичних методик. Проаналізовані результати обстеження та лікування 42 хворих з обмеженими парапанкреатичними рідинними скупченнями. Трансдермальні пункції та дренивання обмежених рідинних скупчень під контролем УЗД виконані 14 хворим, 15 хворим виконані традиційні оперативні втручання, 13 хворих проліковані консервативно та продовжували лікування в лікувальному закладі за місцем проживання. У 8 (57,1%) хворих мініінвазивне втручання під контролем УЗД було остаточним в лікуванні, 2 (14,3%) хворих потребували повторних пункцій, 4 (28,6%) хворих в подальшому після мініінвазивного втручання під контролем УЗД прооперовано (при “локалізації” та демаркації осередку запалення). Ускладнень, пов'язаних з виконанням пункції чи дренивання під контролем УЗД не спостерігали. Застосування даної методики дозволяє оптимізувати лікування обмежених рідинних скупчень у хворих на тяжкий гострий панкреатит, нівелювати поліорганну дисфункцію у край важких хворих, сприяє створенню кращих умов для виконання традиційних операцій.

Ключові слова: тяжкий гострий панкреатит, обмежені рідинні скупчення, мініінвазивні та традиційні хірургічні втручання.

Провідне місце в діагностиці гострого панкреатиту та його ускладнень посідають інструментальні методи візуального контролю (ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія, ендоскопічні методи) [2, 3, 7]. Розширення можливостей променевої діагностики в оцінці динаміки патоморфологічних змін при гострому панкреатиті і виявлення його ускладнень дозволяє покращити результати лікування. Клінічний перебіг гострого панкреатиту ускладнюється розвитком рідинних скупчень в черевній порожнині та заочеревинному просторі у 30-50% хворих. До цих пір суперечливими залишаються уявлення про те, як варто вчинити в конкретній клінічній ситуації при формуванні гострих обмежених рідинних скупчень (ОРС). При цьому дискутуються питання, пов'язані з показаннями до використання при лікуванні ОРС як мініінвазивних, так і традиційних хірургічних втручань. За даними досвіду останніх років, в комплексі лікування одними з найбільш ефективних з сучасних методик є трансдермальні пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем. [1, 3-6]. Застосування мініінвазивних втручань (МІВ) під контролем

УЗД в комплексі лікування хворих з ОРС черевної порожнини та заочеревинного простору дозволяє уникнути багатьох післяопераційних ускладнень, зменшити терміни перебування хворих в стаціонарі та реабілітації. Але, незважаючи на успіхи, досягнуті в удосконаленні патогенетично обґрунтованої інтенсивної терапії та мініінвазивних методів хірургічного лікування, загальна летальність при тяжкому гострому панкреатиті (ТГП) залишається високою як в нашій країні, так і за кордоном, що визначає актуальність продовження досліджень по удосконаленню методів діагностики та лікування ТГП, в тому числі з використанням МІВ [7].

Мета роботи – оцінити ефективність МІВ під контролем УЗД при ОРС у хворих на тяжкий гострий панкреатит (ТГП) та визначити показання для використання діаплевтичних методик.

Матеріал та методи

Проаналізовані результати обстеження та лікування 42 хворих з обмеженими парапанкреатичними рідинними скупченнями, які знаходились на лікуванні в хірургічному від-

діленні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2000 по 2011 рік. Чоловіків було 29 (69%), жінок – 13 (31%). Вік хворих коливався від 25 до 72 років. Оцінку характеру патологічних змін при ТГП та ефективності лікування здійснювали на основі клінічних, лабораторних даних, сонографічного моніторингу, динамічної спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), черездренажного рентгенконтрастного дослідження. Всім хворим виконували УЗД в день госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому кожні 3-4 доби, а при необхідності щоденно. УЗД в режимі сірої шкали дає можливість визначити зміни розмірів і контуру підшлункової залози, ехонеоднорідність з ан-, гіпо- та гіперехогенними ділянками, ОРС (локалізацію, розміри, контури, ехоструктуру), стан біліарної системи та плевральних порожнин. При доплерографії визначали наявність або відсутність змін паренхіматозного судинного малюнку, а також змін показників кровотоку при дуплексному скануванні. При розповсюдженні патологічного процесу на заочеревинний простір даних УЗД недостатньо для оцінки характеру та обсягу ураження. СКТ виконували для динамічної візуалізаційної оцінки стану заочеревинного простору, планування обсягу хірургічного втручання. УЗД та СКТ не завжди забезпечують диференціацію інфікованого та стерильного характеру процесу. В зв'язку з цим методом діагностики інфікованих ускладнень є транскутанна пункція під контролем УЗД з подальшим бактеріологічним дослідженням матеріалу. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалами APACHE II та Ranson.

Трансдермальні пункції та дренивання ОРС під контролем УЗД виконані 14 хворим на апараті "Logiq C5" (GE) з конвексним датчиком 3,5 МГц під місцевою анестезією за методикою "free hand". В залежності від локалізації ОРС обирали зону пункції і визначали оптимальну траєкторію каналу. Під час дренивання видаляли патологічний вміст (100-2500 мл), виконували візуальну оцінку, бактеріологічне, цитологічне дослідження, досліджували активність -амілази. Характер вмісту ОРС залежав від термінів розвитку ТГП і у 7 (50%) хворих був бурим, у 1 (7,1%) – світло-жовта рідина, у 6 (42,8%) – отримано гній. Активність -амілази складала 256-4096 од. Після аспірації вмісту утворення його порожнину проми-

вали антисептичним розчином і повторювали це 1-2 рази на добу. 15 хворим з ОРС виконані традиційні оперативні втручання. 13 хворих з ОРС проліковані консервативно та продовжували лікування в лікувальному закладі за місцем проживання.

Результати та обговорення

Критеріями ефективності лікування були: покращення загального стану хворого, зниження температури тіла, незначний дебіт виділень по катетеру або відсутність виділень, позитивна динаміка лабораторних показників, значне зменшення або відсутність ОРС при контрольному УЗД або СКТ, зменшення або відсутність ознак деструкції підшлункової залози, зменшення розмірів або відсутність парапанкреатичного інфільтрату.

У 8 (57,1%) хворих МІВ під контролем УЗД було остаточним в лікуванні. 2 (14,3%) хворих потребували повторних пункцій. 4 (28,6%) хворих в подальшому після МІВ під контролем УЗД прооперовано (при "локалізації" та демаркації осередку запалення), а проведене МІВ надало додаткову інформацію про характер ураження, дозволило оптимізувати лікувальну хірургічну тактику, зменшити рівень ендогенної інтоксикації. Причиною "неефективності" МІВ була наявність в порожнині ОРС великих секвестрів, що підтримувало запальний процес.

Ускладнень, пов'язаних з виконанням пункції чи дренивання під контролем УЗД не спостерігали. В групі хворих, яким виконано МІВ під контролем УЗД, був 1 (7,1%) летальний випадок. Летальність в групі хворих, яким виконані традиційні операції становила 4 (26,7%).

Висновки

МІВ під сонографічним контролем дозволяють провести диференційну діагностику та оцінку в динаміці патоморфологічних змін при некротичному панкреатиті. МІВ під контролем УЗД є одномоментно остаточним методом лікування у 57,1% хворих, 14,3% хворих потребують повторні пункції, у 28,6% хворих МІВ під контролем УЗД сприяє нівелюванню ознак поліорганної дисфункції і виконанню оперативного втручання в віддалені терміни при більш сприятливих умовах. Раціональне поєднання та послідовне використання різних варіантів мініінвазивного та тради-

ційного хірургічного лікування дозволяє знизити летальність та покращити результати лікування ОРС у хворих на ТПП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОТГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.Г. Оганезян

Клиническое течение острого панкреатита осложняется развитием жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве у 30-50% больных. Дискутируются вопросы, связанные с показаниями к выполнению при лечении отграниченных жидкостных скоплений как миниинвазивных, так и традиционных оперативных вмешательств. Цель работы – оценить эффективность миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем при отграниченных жидкостных скоплениях у больных с тяжелым острым панкреатитом и определить показания для использования диаплевтических методик. Проанализированы результаты обследования и лечения 42 больных с отграниченными парапанкреатическими жидкостными скоплениями. Трансдермальные пункции и дренирования отграниченных жидкостных скоплений под контролем УЗИ выполнены 14 больным, 15 больным выполнены традиционные оперативные вмешательства, 13 больных получали консервативное лечение и продолжали лечение в лечебном учреждении по месту жительства. У 8 (57,1%) больных миниинвазивное вмешательство под контролем УЗИ было окончательным в лечении, 2 (14,3%) больных нуждались в повторных пункциях, 4 (28,6%) больных в дальнейшем после миниинвазивного вмешательства под контролем УЗИ прооперированы (при “локализации” и демаркации очага воспаления). Осложнений, связанных с выполнением пункции или дренирования под контролем УЗИ не наблюдали. Применение данной методики позволяет оптимизировать лечение отграниченных жидкостных скоплений у больных с тяжелым острым панкреатитом, нивелировать полиорганную дисфункцию у крайне тяжелых больных, способствует созданию лучших условий для выполнения традиционных операций.

Ключевые слова: тяжелый острый панкреатит, отграниченные жидкостные скопления, миниинвазивные и традиционные хирургические вмешательства.

EFFECTIVENESS OF MINIINVASIVE MANAGEMENT UNDER ULTRASONOGRAPHIC CONTROL OF SEPARATE FLUID COLLECTIONS IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

A.G. Oganезyan

In 30-50% cases fluid collections in abdominal or retroabdominal cavity are develop in patients with severe acute pancreatitis. The introductions to miniinvasive management and traditional operations in time of separate fluid collections are discussed.

The aim – to estimate the efficiency of miniinvasive management under ultrasonographic control in time of separate fluid collections in patients with severe acute pancreatitis and to determine the indications for diaplevtical methods. The results of diagnosing and treatment of 42 patients with separate peripancreatic fluid collections were analyzed. Transcutaneous punctures and drainages of separate fluid collections under ultrasonographic control were applied in 14 patient. Traditional surgical intervention was done in 15 patients. 13 received appropriate therapy and continued treatment at the hospitals in according to their residence. In 8 (57,1%) patients miniinvasive management under ultrasonographic control was final at the treatment, 2 (14,3%) patients needed repunctures, 4 (28,6%) patients were operated after miniinvasive management under ultrasonographic (in time of “localization” and demarcation of the area of inflammation). There were no complications related with transcutaneous punctures and drainages under ultrasonographic control. Application of this method is allows to improvement the treatment of separate fluid collections in patients with severe acute pancreatitis, to level multiorgan dysfunctions in exceedingly seriously patients, promotes making traditional surgical interventions in better conditions.

Key words: severe acute pancreatitis, separate fluid collections, minimal invasive and traditional surgical intervention.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антирович О.Ф. Малоинвазивные вмешательства при некротизирующем панкреатите / О.Ф. Антирович, П.М. Назаренко // Эндоск. хирургия. – 2001. – Т. 7, № 3. – С. 26.
2. Возможности первинного экстренного ультразвукового исследования в диагностике и определении тактики лечения больных острым панкреатитом / Н.А. Кузнецов, Л.С. Аронов, С.В. Харитонов и др. // *Анналы хирургии*. – 2004. – № 2. – С. 52-58.
3. Кондратенко П.Г. Ранние дренирующие миниинвазивные дренирующие вмешательства и их влияние на распространенность и инфицирование панкреонекроза / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова // *Эксперим. и клин. медицина*. – 2004. – № 3. – С. 46-48.
4. Шабунин, А.В. Сравнительный анализ лапаротомного и пункционно-дренирующего способов лечения при несформированных постнекротических кистах поджелудочной железы / А.В. Шабунин, А.Ю. Лукин, В.В. Бедин // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. – 2000. – Том 159, № 5. – С. 20-22.
5. Шаврина, Н.В. Значение ультразвукового метода исследования в диагностике и определения тактики лечения панкреатогенных жидкостных образований / Н.В. Шаврина, Е.Ю. Трофимова, А.В. Гришин // *Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита: материалы гор. семинара*. – М.: НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, 2007. – Т. 195. – С.42-44.
6. Andreeva I.V. Interventions for focal liquid formations of the pancreas and surrounding tissues using mini-invasive technologies / I.V. Andreeva, M.S. Efimov // *Klin Khir.* – 2009. – Vol. 7-8. – P. 5-7.
7. Sahora K. The role of surgery in severe acute pancreatitis / K. Sahora, R. Jakesz, P. Götzinger // *European Surgery*. – 2009. – № 6. – 280-285.

Стаття надійшла 22.03.2011