

УДК 616.37–006.2–036.17–073–074–089.87(043.3)
DOI: 10.24061/1727-0847.16.1.2017.44

І.А. Криворучко, Н.М. Гончарова, Ю.В. Іванова, Є.В. Мушенко*, О.В. Пастернак**

Харківський національний медичний університет МОЗ України;

**ДУ “Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України”*

ЛАПАРОТОМНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПЕРШОГО ТИПУ

Резюме. Проаналізовані результати хірургічного лікування 32 хворих з ускладненими псевдокістами підшлункової залози першого типу з застосуванням лапаротомних втручань. Для лікування хворих з дисфункцією органу (SOFA>8) у хворих застосовувалися мініінвазивні методики з метою декомпресії псевдокісти з метою “вичікувальної” тактики. Лапаротомні втручання виконували у якості основного методу хірургічного лікування після виконання мініінвазивних методик та стабілізації загального стану. Хворим з SOFA від 3 до 8 виконували лапаротомію з хірургічною обробкою порожнини псевдокісти, а в подальшому, при сформуванні її стінок, формування цистоентероанастомоза. Хворим із псевдокістами з тонкими стінками виконували зовнішнє дренивання їх порожнини. Ускладнення виникли у 28,1% хворих після виконання лапаротомії, у якості першого етапу.

Ключові слова: ускладнені псевдокісти першого типу, підшлункова залоза, лапаротомні втручання, ранні післяопераційні ускладнення.

В останні два десятиріччя проблема хірургічного лікування псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ), яка напряму пов’язана із значним збільшенням кількості хворих на гострий, хронічний панкреатити та травми ПЗ, набуває все більшої зацікавленості серед лікарів [1, 2]. Здатність до самовільної резолуції ПК спонукає багатьох хірургів дотримуватися “вичікувальної” тактики у лікуванні хворих. У теперішній час перевагою в лікуванні ПК ПЗ є широке впровадження та використання мініінвазивних методів (ультразвукових та ендоскопічних), які дозволяють відкласти лапаротомне втручання, а у більшості випадків є кінцевим способом в лікуванні ПК [3]. Лапаротомія є операцією “вибору”, використання якої повинно бути зумовлено низкою показань [4, 5]. Тому розробка діагностичної та лікувальної програми лікування ускладнених ПК ПЗ є актуальною проблемою сучасної хірургії.

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих із псевдокістами підшлункової залози першого типу.

Матеріал і методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 32 хворих з ускладненими ПК ПЗ першого типу із застосуванням ла-

паротомних втручань, які знаходилися у хірургічних відділеннях клініки з 2000 по 2016 рр. Усі хворі обстежені за загальноприйнятими методиками. Під час лікування пацієнтів з гострими ПК ПЗ враховували загальний стан хворого, вид ускладнення та рівень дисфункції органу SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Результати дослідження та їх обговорення.

Для лікування хворих із дисфункцією органу (SOFA>8) у 49 хворих застосовувалися мініінвазивні методики з метою декомпресії ПК та “вичікувальної” тактики для “управління” сепсисом або покращення загального стану пацієнта, який необхідний для подальшого використання “відкритих” втручань на ПЗ. Лапаротомні втручання в хворих з ускладненими ПК ПЗ першого типу застосовувалися у двох випадках: у якості основного методу хірургічного лікування (32 пацієнта), і після виконання мініінвазивних методик та стабілізації загального стану хворого (9 пацієнтів). Хворим без поліорганної недостатності або з помірною дисфункцією органу (SOFA від 3 до 8) виконували лапаротомію з хірургічною обробкою порожнини ПК, а в подальшому, при сформуваннях стінках ПК, формування цистоентероанасто-

мозу. Хворим із ПК ПЗ з тонкими стінками виконували зовнішнє дренажування їх порожнини з додатковою тампонадою великим чепцем.

У якості основного методу лікування хворим з ускладненими ПК ПЗ першого типу виконано 32 (39,5 %) лапаротомні втручання. У 5 хворих з інфікованими ПК ПЗ першого типу, з гострим панкреонекрозом (ПН) виконані лапаротомії, панкреатонекроеквестректомії (ПНСЕ), зовнішнє дренажування ПК, у двох – з формуванням оментобурсостоми (ОБС), у тому числі в одного, з використанням VAC–методики за допомогою набору пов'язок NPWT Dressing Kit, Англія. Лапаротомії з ЗД ПК ПЗ виконані у 7 хворих з інфікованими ПК ПЗ, у тому числі в одного хворого з інфікованою ПК тіла-хвоста ПЗ, з норицевою перфорацією у шлунок.

Цистопанкреатоєюностомії (ЦПЕС) виконані у двох пацієнтів, які мали ПК з сформованими стінками, у тому числі у 1 з інфікованою ПК ПЗ, ускладненою крововиливом у її порожнину, механічною жовтяницею (доповнена холецистоєюностомією); в одного хворого – ЦПЕС на зовнішньому дренажі.

Один хворий поступав до клініки повторно. В анамнезі – дренажування чепцевої сумки під контролем УЗД, лапаротомія, ПНСЕ, дренажування позаочеревинного простору. Через місяць після виконання операції виник напад гострого панкреатиту, ПК ПЗ, ускладнена нагноєнням та зовнішньою панкреатичною норицею. Виконана релапаротомія, зовнішнє дренажування ПК, санація та дренажування черевної порожнини.

За наявності ПК ПЗ першого типу, ускладненою кровотечею у її порожнину, двом хворим виконані лапаротомії, ПНСЕ, ОБС. В одного хворого в анамнезі виконувалися операції з приводу гострого змішаного ПН, ферментативного перитоніту (лапароскопічне дренажування чепцевої сумки, релапароскопія, редренажування чепцевої сумки та позаочеревинного простору зліва, пункції неускладненої ПК). У ранньому післяопераційному періоді у нього виникла панкреатична нориця (дебіт до 50 мл панкреатичного соку). Одному пацієнту з гострим розповсюдженим ПН, гострою інфікованою ПК з кровотечею у її порожнину, розповсюдженим серозно-фібринозним перитонітом, абдомінальним компартмент-синдромом, абдомінальним сепсисом виконана лапаротомія з ПНСЕ, гемостазом, тампонуванням порожнини ПК та лапаростомією з використанням

VAC–методики за допомогою набору пов'язок NPWT Dressing Kit, Англія. У післяопераційному періоді сформувалася товстокишкова нориця, через контрапертуру у лівому підребер'ї встановлено дренаж. Нагноєння післяопераційних ран, загноєння вторинним натягом спостерігалось у двох хворих з ПК ПЗ першого типу, ускладненими кровотечами.

Зовнішнє дренажування ПК ПЗ, ускладненою кровотечею у її порожнину, на фоні гострого інфікованого ПН виконано одному хворому.

При ПК ПЗ першого типу, ускладнених перфорацією, двом хворим виконані лапаротомії, ПНСЕ, зовнішнє дренажування ПК ПЗ та черевної порожнини. В одного хворого у післяопераційному періоді виникла зовнішня гнійно-панкреатична нориця, він у анамнезі оперований з приводу гострого ПН (дренажування черевної порожнини, сформувалася цистобіліарна нориця).

В одного хворого з розривом ПК та розповсюдженим перитонітом виконано лапаротомію, ПНСЕ, зовнішнє дренажування холедоха, лаваж та дренажування черевної порожнини, зовнішнє дренажування ПК ПЗ, програмований лаваж черевної порожнини.

Одному пацієнту з гострим панкреатитом, розривом ПК ПЗ, розповсюдженим фібринозно-гнійним перитонітом виконано лапаротомію, санацію та дренажування черевної порожнини, з програмованим лаважом черевної порожнини. У післяопераційному періоді у хворого виникли зовнішня панкреатична нориця та зовнішня кишкова нориця.

У чотирьох хворих з розривами ПК ПЗ, розповсюдженими перитонітами виконані лапаротомії, зовнішнє дренажування ПК, санація та дренажування черевної порожнини. Перебіг ГП в одного пацієнта ускладнився реактивним плевритом, який був усунутий за допомогою дренажування плевральної порожнини за Бюлау. В однієї хворої з гострою ПК, ускладненою розривом, парапанкреатичним піддіафрагмальним скупченням, асцитом виконана релапаротомія з наступною санацією та дренажуванням черевної порожнини.

При ПК ПЗ першого типу, ускладнених компресією шлунка та/чи ДПК, трьом хворим виконані лапаротомії, зовнішні дренажування ПК ПЗ, санації та дренажування черевної порожнини. В однієї хворої у післяопераційному періоді виникла гіпостатична двобічна пневмонія.

Хворому з гострим дрібновогнищевим ПН,

постнекротичною ПК ПЗ, ускладненою гострою механічною жовтяницею, тромбозом селезінкової вени виконана лапаротомія, ПНСЕ, зовнішнє дренирування ПК, холецистектомія.

Лапаротомні втручання виконані у 9 хворих, з ускладненими ПК ПЗ першого типу, у якості II етапу після декомпресії ПК під контролем УЗД та стабілізації стану хворого.

При інфікованих ПК ПЗ, у якості II етапу лікування, одному пацієнту з гострим ПН та компресією шлунка, після пункції під контролем УЗД, після стабілізації загального стану, виконано лапаротомію, ПНСЕ, ОБС з тампонадою порожнини ПК за методикою клініки (Патент України на корисну модель №95264 від 10.12.2014. “Спосіб хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених нагноєнням”)

Пацієнту з гострим ПН, ПК ПЗ, тромбозом селезінкової вени, панкреатогенним асцитом-перитонітом, після зовнішнього черезшкірного дренирування, у якості II етапу, на 12 добу виконана лапаротомія, санація та дренирування черевної порожнини та, у зв'язку з прогресуванням перитоніту, через 14 діб – релапаротомію, санацію та редренирування черевної порожнини. Одному хворому з гострим асептичним ПН, тромбозом селезінкової вени та вторинною портальною гіпертензією, після пункції під контролем УЗД, на 9 добу, після стабілізації стану хворого, виконано лапаротомію, ПНСЕ з дренируванням чепцевої сумки за Бегером. Іншому хворому з ГП, напруженою посттравматичною ПК голівки ПЗ з інфікуванням вмісту виконано пункції під контролем УЗД, з метою декомпресії ПК та запобігання її розриву та, у подальшому, після сформування стінки ПК виконано лапаротомію, ЦПСС.

Хворому з ПК ПЗ, ускладненою компресією шлунку, після пункції ПК під контролем УЗД напруженої ПК, з метою декомпресії та запобігання

її розриву, після формування стінки ПК виконано, у якості II етапу, лапаротомію, ЦПСС. Другому хворому з тотальним інфікованим ПН, ПК ПЗ, що деформувала шлунок та ДПК, гострим розповсюдженим фібринозним перитонітом, абдомінальним сепсисом, після пункції ПК під контролем УЗД, у якості II етапу, виконано лапаротомію, ПНСЕ, санацію та дренирування черевної порожнини.

У двох пацієнтів з ПК ПЗ, ускладненими кровотечею, після пункції ПК ПЗ під контролем УЗД, у якості II етапу, після стабілізації стану, виконано лапаротомію, ЦПСС. Хворому з гострим інфікованим ПН, ПК ПЗ, ускладненою кровотечею у її порожнину та перфорацією, розповсюдженим серозно-фібринозним перитонітом, у якості I етапу, виконано пункцію із зовнішнім дренируванням ПК під контролем УЗД за типом “pig tail”, з подальшою лапаротомією, санацією, дренируванням черевної порожнини та тампонуванням порожнини ПК за методикою клініки, у якості II етапу (Патент України на корисну модель №95265 від 10.12.2014. “Спосіб хірургічного лікування гострих псевдокіст підшлункової залози, ускладнених арозивною кровотечею у порожнину псевдокісти”).

Висновки. 1. Для хірургічного лікування ускладнених гострих ПК ПЗ необхідно застосовувати диференційований індивідуальний підхід, з урахуванням загального стану хворого, виду ускладнення, ступеню дисфункції органу SOFA. 2. Застосування мініінвазивних технологій дозволяли відтермінувати “відкриті” втручання та суттєво знизити кількість післяопераційних ускладнень у таких хворих.

Перспективи подальших наукових досліджень. У подальшому буде розроблений алгоритм надання хірургічної допомоги хворим на псевдокісти підшлункової залози залежно від типу кісти.

Список использованой литературы

1. Гострий панкреатит: аналіз пріоритетних складових комплексного хірургічного лікування з позицій сучасних наукових досліджень / В.П. Андрющенко, Д.В. Андрющенко, В.А. Мальований, Л.М. Козут // Укр. ж. хірург. – 2011. – № 5(14). – С. 83-87.
2. До питання лікування псевдокіст підшлункової залози / О.А. Жупанов, М.І. Покидько, М.Д. Желіба, М.Г. Богачук // Вісн. Вінницького нац. мед. ун-ту. – 2014. – Т. 18, № 1(1). – С. 124-125.
3. Brun A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / A. Brun, N. Agarwal, C. Pitchumoni // J. Clin. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 45. – P. 614-625.
4. Huber W. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Current recommendation / W. Huber, R. M. Schmid // Internist (Berl). – 2011. – Vol. 52, № 7. – P. 823-830.
5. Vege S. Peripancreatic collections in acute pancreatitis: correlation between computerized tomography and operative findings / S. Vege, J. Fletcher // World J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 6, № 34. – P. 4291-4296.

**ЛАПАРОТОМНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ
ПСЕВДОКИСТАМИ ПСЕВДОКИСТАМИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРВОГО
ТИПА**

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 32 больных с осложненными псевдокистами поджелудочной железы первого типа с использованием лапаротомных вмешательств. Для лечения больных с дисфункцией органа (SOFA>8) в больных применяли миниинвазивные методики с целью декомпрессии псевдокисты с виждательной” тактикой. Лапаротомные вмешательства проводили в качестве основного метода хирургического лечения после выполнения миниинвазивных методик и стабилизации общего состояния. Больным с SOFA от трех восьми проводили лапаротомию с хирургической обработкой полости псевдокисты, а в дальнейшем, при формировании ее стенок, формирование цистоэнтероанастомоза. Больным с псевдокистами с тонкими стенками проводили наружное дренирование их полостей. Осложнения возникли в 28,1 % больных после выполнения лапаротомии, в качестве первого этапа.

Ключевые слова: осложненные псевдокисты первого типа, поджелудочная железа, лапаротомные вмешательства, ранние послеоперационные осложнения.

LAPAROTOMY IN PATIENTS WITH COMPLICATED PANCREATIC PSEUDOCYST OF THE FIRST TYPE

Abstract. The results of surgical treatment of 32 patients with complicated pancreatic pseudocyst, first type, using laparotomy are analyzed. For the treatment of patients with organ dysfunction (SOFA>8) mini-invasive techniques were used for the purpose of pseudocyst decompression with the aim of “expectant” tactics. Laparotomy was performed as the main method of surgical treatment after performing of mini-invasive techniques and stabilization of general condition. Patients with SOFA from 3 to 8 underwent laparotomy with surgical treatment of pseudocyst cavity followed by the formation of cystoenteroanastomosis while forming its walls. Patients with pseudocyst with thin walls underwent external drainage of their cavities. Complications occurred in 28.1% of patients after laparotomy as the first stage.

Key words: complicated pseudocyst first type, pancreas, laparotomy, early postoperative complications.

Kharkiv national medical university MZ of Ukraine (Kharkiv);
Governmental Institution “V.T. Zaycev Institute of General and
Urgent Surgery of National Academy of Medical Sciences of Ukraine” (Kharkiv)

Надійшла 23.01.2017 р.

Рецензент – д.мед.н. Максимюк В.В.