

УДК 616.37-002.1

В.В. Максим'юк*Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю. Полянський) ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці***МІНІІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ПАНКРЕАТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

Резюме. Резюме. Проведено інтегровану оцінку ультрасонографічних ознак відмежованих панкреатогенних гнійників черевної порожнини. На основі цього напрацьовано нові діагностично-лікувальні підходи, що дозволило суттєво покращити кінцеві результати лікування таких хворих.

Ключові слова: панкреатогенний гнійник, лікування, мініінвазивні технології.

Одне із провідних місць у структурі ускладнень гострого некротичного панкреатиту займають відмежовані гнійники очеревинної порожнини, летальність при виникненні яких сягає від 18% до 60 % [1-4]. Незадоволеність результатами традиційного лікування таких хворих сприяла опрацюванню та впровадженню у клінічну практику цілої низки мініінвазивних втручань, серед яких особливе місце належить таким, що здійснюються під контролем ультразвуку [1, 2, 5-8]. Останні через малу травматичність майже ніколи не призводять до тяжких ускладнень та летальних наслідків [1, 3, 5, 7]. Проте питання, що стосуються показань, термінів виконання, а також вибору способу та об'єму операції залишаються суперечними й не до кінця вирішеними.

Мета дослідження: провести інтегровану оцінку ультрасонографічних ознак відмежованих панкреатогенних гнійників черевної порожнини, на основі чого напрацювати нові ефективні підходи до їх діагностики та лікування.

Матеріал і методи. Проведено аналіз результатів лікування 88 хворих на відмежовані панкреатогенні гнійники очеревинної порожнини віком від 23 до 65 років. Хворих розподіляли на дві групи: контрольну та дослідну. Контрольну групу становили 26 хворих, серед яких 12 пацієнтів з абсцесами сальникової сумки, 8 – з піддіафрагмовими абсцесами, 6 – з підпечінковими абсцесами. У дослідну групу увійшло 62 особи, серед яких 32 пацієнти з абсцесами сальникової сумки, 21 – з піддіафрагмовими абсцесами, 19 – з підпечінковими абсцесами.

У контрольній групі хворих діагностика та лікування проводилось згідно із сучасними стандартами надання медичної допомоги. Під час

проведення діагностичного скринінгу та лікування пацієнтів дослідної групи застосовувались напрацьовані підходи до вибору лікувальної тактики у хворих на панкреатогенні відмежовані гнійники очеревинної порожнини, які базувались на інтегрованій оцінці ультрасонографічних параметрів.

Ультразвукове обстеження (УЗО) проводилось з використанням сонографічного апарата “SIEMENS” з датчиками 3,5 і 5 мГц у двох ультразвукових режимах: 3D-режим і режим кольорового доплерівського картування.

Результати дослідження та їх обговорення. При УЗО підшлункової залози проводили обов'язкову оцінку таких ультрасонографічних ознак: розміри (голівка, тіло, хвіст); контури: чіткі, “підкреслені”, нечіткі (“стерті”, “розмиті”), вірогідно не визначаються; ехогенність: нормальна, підвищена, понижена; ехоструктура: однорідна, неоднорідна; головна протока підшлункової залози: нормальна, розширена, звивиста, вірогідно не візуалізується; наявність рідини в сальниковій сумці.

Усі УЗ-ознаки оцінювались відповідно до бальної системи (наявність однієї вірогідної ознаки оцінювалось у 1 бал), після чого проводилось їх статистичне опрацювання. На основі цього напрацьовано діагностичну шкалу: сума балів >4 – наявність абсцесу є невірогідною; сума балів 5-7 – низько-вірогідною; сума балів 8-10 – вірогідною; сума балів 11-16 – високо-вірогідною. Внаслідок проведення комплексного статистично-аналітичного аналізу діагностичної значимості запропонованої шкали встановлено, що її діагностична чутливість становила – 92,9%, діагностична точність – 86,7%.

Окрім наведених УЗ-ознак внутрішньоочеревинних абсцесів під час проведення ультрасонографії обов'язково чітко визначали локалізацію гнійника та особливості його топографоанатомічного розташування по відношенню до прилеглих органів черевної порожнини. З метою оцінки можливості застосування пункційних методів лікування гнійників проводили визначення проєкції порожнини абсцесу на різні відділи черевної стінки з обов'язковою оцінкою акустичного вікна – безпечної проєкційної траєкторії проведення пункційної голки чи дренажу.

У діагностично тяжких випадках або з метою вірогідного уточнення топографоанатомічних особливостей розташування стінок абсцесу та прилеглих до них структур, що слугувало основним критерієм вибору операційного доступу та методу хірургічної інвазії, застосовували КТ з 3D-площинною реконструкцією.

Після проведення діагностичного скринінгу лікування хворих здійснювалось згідно з визначеною лікувальною тактикою: встановлений діагноз відмежованого гнійника очеревинної порожнини слугував абсолютним (життєвим) показанням до ургентного операційного втручання.

Операційне втручання спрямовувалось на вирішення таких основних завдань: топографічно обґрунтований вибір адекватного оперативного доступу до порожнини гнійника, або оптимальної (безпечної) траєкторії проведення пункційної голки чи спеціальної дренажної трубки; евакуація вмісту абсцесу та ліквідація причини його виникнення; ефективна санація порожнини гнійника; адекватне дренування порожнини абсцесу і забезпечення умов для пролонгованого місцевого впливу на перебіг відмежованого внутрішньоочеревинного запального процесу.

Вирішення першого завдання, залежно від локалізації, розмірів, топографічних особливостей розташування та причини виникнення відмежованих інтраперитонеальних гнійників, потребувало диференційованого підходу до вибору

адекватного оперативного доступу. При цьому, за умов відсутності протипоказань, перевагу, в першу чергу, надавали мініінвазивним ехоконтрольованим методам хірургічної інвазії з використанням пункційних голок G19-21 та дренажів 9-11 F. У тих випадках, коли використання вказаного підходу було неможливим, з метою адекватного розкриття порожнини абсцесу, за чітко визначеними показаннями, застосовували місцеві проєкційні доступи або лапаротомію.

Після евакуації вмісту гнійника проводили санацію його порожнини за напрацьованою методикою: чотириразове ірриго-аспіраційне промивання підігрітими до 38°C оксигенованими розчинами декасану та мірамістину з сумарною експозицією впродовж 20 хв.

У випадках пролонгації інтраперитонеального запального процесу (абсцеси великих розмірів), застосовували місцеве підведення розпрацьованих дренажно-сорбційно-санаційних конструкцій (патенти № 52878, № 66673, № 66934, № 62379), що забезпечувало можливість впродовж тривалого часу проводити активну сорбцію вмісту абсцесу та здійснювати пролонгований антибактеріальний вплив на його стінки.

Висновок. Внаслідок комплексного аналізу результатів лікування хворих на відмежовані панкреатогенні гнійники очеревинної порожнини встановлено, що застосування напрацьованих діагностично-лікувальних підходів дозволило підвищити інформативність доінтервенційної діагностики до 92,9%, прискорити терміни нормалізації клініко-лабораторних параметрів у середньому на 12-14 діб, скоротити тривалість загоєння операційної рани та стаціонарного лікування в середньому на 16-18 ліжко-днів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективною є розробка нових інформативних діагностично-прогностичних маркерів гострого некротичного панкреатиту та його ускладнень, що дозволить покращити результати лікування таких хворих.

Список використаної літератури

1. Беляева О.А. Чрескожные навигационные вмешательства у детей с абсцессами брюшной полости / О.А. Беляева, В.М. Розин, А.В. Золотарева // *Укр. ж. хірург.* – 2012. – Т. 19, № 4. – С. 35-38.
2. Ничитайло М.Ю. Панкреонекроз. Профілактика інфікування та лікування інфекційних ускладнень / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, Ю.В. Снопко // *Укр. ж. хірург.* – 2009. – № 4. – С. 104-108.
3. Шулуток А.М. Возможности ультразвукового исследования в диагностике и лечении интраабдоминальных абсцессов / А.М. Шулуток, Ф.Н. Насиров, А.Г. Натрошвили // *Сб. тез. науч.-практ. конф. по чрескожным и интраскопическим вмешательствам в хирургию.* – М., 2010. – С. 91-92.
4. Beger H.G. Severe acute pancreatitis: clinical course and management / H.G. Beger, B.M. Rau // *World J. Gastroenterol.* – 2007. – № 13(38). – P. 5043-5051.
5. Конькова М.В. Ультразвуковая диагностика и диагностика острого панкреатита / М.В. Конькова, Н.Л. Смирнов, А.А. Юдин // *Укр. ж. хірург.* – 2013.

– Т. 22, № 3. – С. 132-135. 6. Прогнозування ефективності пункційно-дренувальних санаційних втручань під контролем ультразвукового дослідження з приводу тяжкого гострого панкреатиту / В.Д. Шейко, А.В. Оганезян, О.А. Шкуруній, Р.А. Прихідько // *Клін. хірург.* – 2013. – № 11. – С. 24-26. 7. Chang J. Diagnosing acute pancreatitis: amylase or lipase? / J. Chang, C. Chung // *Hong Kong J. Emerg. Med.* – 2011. – Vol. 18, № 1. – P. 20-25. 8. Endoscopic ultrasound guided drainage of pancreatic fluid collections: Assessment of the procedure, technical details and review of the literature / R. Puri, R.B. Thandassery, A.A. Alfadda, S.A. Kaabi // *World J. Gastrointest. Endosc.* – 2015. – Vol. 16, № 4. – P. 354-363.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. Проведено інтегровану оцінку ультрасонографічних ознак панкреатогенних гнійників брюшної порожнини. На основі цього напрабовано нові діагностичні лікувальні підходи, що дозволило суттєво покращити кінцеві результати лікування таких хворих.

Ключевые слова: панкреатогенный гнойник, лечение, миниинвазивные технологии.

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF PANCREATOGENIC ABDOMINAL ABSCESSSES

Abstract. An integrated assessment of the ultrasonic signs of pancreatogenic abdominal abscesses is made. On the basis of these findings new diagnostic and therapeutic approaches are outlined, which enables to improve significantly the outcomes of treatment of such patients.

Key words: pancreatogenic abscess, treatment, minimally invasive technology.

Higher State Educational Establishment of Ukraine
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 28.10.2015 р.
Рецензент – проф. Сидорчук Р.І. (Чернівці)