

Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

Потійко Олександр Васильович

УДК 617.55–003.2/4–089.819.1/.6

**МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНИМИ РІДИННИМИ
ТА ГНІЙНИМИ УТВОРАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, ПЕЧІНКИ І
ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ ПРОСТОРІВ**

14.01.03 – хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль – 2012

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в державному вищому навчальному закладі „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Семенюк Юрій Степанович**, державний вищий навчальний заклад „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”, професор кафедри хірургії факультету післядипломної освіти.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Матвійчук Богдан Олегович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти;

доктор медичних наук, професор **Шапринський Володимир Олександрович**, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри хірургії № 1.

Захист дисертації відбудеться 1 червня 2012 року об 11 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у державному вищому навчальному закладі „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України” (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці державного вищого навчального закладу „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України” (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8).

Автореферат розісланий 24 квітня 2012 року.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

доктор біологічних наук, професор

І.М. Кліщ

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Гострий панкреатит складає 10-12 % всієї хірургічної патології, який у 73-87 % випадків супроводжується утворенням рідинних скупчень у черевній порожнині та заочеревинному просторі, смертність від ускладнень сягає до 80 % (Б.О. Матвійчук та співавт., 2006; В.П. Андрющенко та співавт., 2009). Післянекротичні псевдокісти підшлункової залози зустрічаються у 29-50 % хворих, абсцес підшлункової залози – у 10-20 % хворих на гострий некротичний панкреатит (Л.Я. Ковальчук та співавт., 2007; В.О. Шапринський та співавт., 2007; І.М. Шевчук та співавт., 2009).

Абсцес печінки виявляють у 0,1-2,0 % випадків серед госпіталізованих пацієнтів із гострою хірургічною патологією черевної порожнини (Ю.А. Пархисенко и соавт., 2004). Летальність у пацієнтів з абсцесами печінки становить від 23 до 60 %, внаслідок пізньої діагностики може сягати 80 % (М.Ю. Ничитайло та співавт., 2005; П.Г. Кондратенко та співавт., 2009).

Після хірургічних втручань на органах черевної порожнини у 58,7 % пацієнтів виникають внутрішньочеревні абсцеси (на частку піддіафрагмальних абсцесів припадає 17,5 %) (М.П. Захараш и соавт., 2008; A. Valint et al., 2000).

Багатьма дослідниками доведена мала травматичність, висока лікувальна ефективність мініінвазивних інтервенційних сонографічних втручань у лікуванні обмежених рідинних та гнійних внутрішньочеревних утворів (М.В. Конькова та співавт., 2004; Ю.А. Нестеренко и соавт., 2004; Y.J. Kim et al., 2006).

Всі ці аспекти обґрунтовують актуальність досліджень, спрямованих на вдосконалення та розробку технологічних підходів, показів та критеріїв об'єктивної оцінки мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки та піддіафрагмальних просторів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ДВНЗ „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України” „Розробка і вдосконалення новітніх технологій ранньої діагностики та операційного лікування хірургічних захворювань на засадах доказової медицини” (№ державної реєстрації 0110U003641), у виконанні якої автором проведено дослідження стосовно визначення ефективності комплексного лікування обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів із застосуванням мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії. Тема дисертації затверджена Проблемною комісією ”Хірургія” (протокол № 5 від 29.03.2007 р.).

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів

шляхом розробки показань та технологічних аспектів, з пріоритетним застосуванням мініінвазивних втручань під контролем сонографії.

Завдання дослідження:

- вивчити причини, частоту, локалізацію обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів;
- оцінити можливості клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження в діагностиці обмежених рідинних та гнійних внутрішньочеревних утворів залежно від локалізації;
- розробити показання до багатоетапних пункційних і пункційно-дренуючих (подвійне, транспорожнинне дронування) мініінвазивних втручань під контролем сонографії при обмежених рідинних і гнійних утворах підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів;
- конкретизувати методологічні прийоми та удосконалити технічні аспекти пункційно-дренуючих мініінвазивних втручань під контролем сонографії залежно від топографо-анатомічного взаємовідношення рідинного та гнійного утвору до шлунка, дванадцятипалої і ободової кишок;
- дослідити ефективність мініінвазивних операційних втручань за рівнем цитобіохімічного індексу інтоксикації та регресу ендотоксикозу;
- провести порівняльну оцінку результатів відкритих і мініінвазивних операційних втручань при обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки та піддіафрагмальних просторів.

Об'єкт дослідження: хворі з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів.

Предмет дослідження: ефективність комплексного лікування обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів із застосуванням мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії.

Методи дослідження: клінічні, лабораторні, біохімічні, сонографічні, ендоскопічні, рентгенологічні, комп'ютерно-томографічні та магнітно-томографічні – з метою постановки діагнозу, оцінки характеру ускладнень, вибору доступу і методів хірургічної корекції; цитологічні, мікробіологічні, амілолітичні дослідження субопераційного матеріалу, цитобіохімічний індекс інтоксикації, цитобіохімічний індекс регресу ендотоксикозу – визначення характеру вмісту утвору, для оцінки тяжкості ендотоксикозу, з метою вибору методу мініінвазивного втручання, для оцінки ефективності проведеного лікування; статистичні – для обробки цифрових даних.

Наукова новизна одержаних результатів. Вивчено топографо-анатомічне взаємовідношення обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки та піддіафрагмальних просторів до шлунка, дванадцятипалої і ободової кишок. Обґрунтовано можливість, показання та протипоказання до мініінвазивних багатоетапних пункційних та пункційно-дренуючих методів лікування під контролем сонографії.

Вдосконалено вже існуючі та розроблено нові технологічні підходи щодо вибору доступу і проведення мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії.

Доведено, що різні методи мініінвазивного втручання у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів не конкурують один з одним, а їх застосування залежить від локалізації, характеру та об'єму патологічного процесу, наявності ускладнень, рівня ендотоксикозу.

Вперше за цитобіохімічним індексом ендогенної інтоксикації прослідковано ефективність проведення різних мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження показали, що ефективність лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів залежить від топографо-анатомічного розміщення та їх відношення до шлунка, дванадцятипалої і ободової кишок, від методів та способів мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії.

Розроблено алгоритм діагностики та лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів, що регламентує етапність виконання мініінвазивних втручань під контролем сонографії з врахування рівня ендогенної інтоксикації.

Запатентовано та впроваджено методику візуально-сонографічного дренування обмежених рідинних та гнійних внутрішньочеревних утворів (патент України на корисну модель 42198). Розроблено пристрій для дренування ретрогастральних (ретродуоденальних) обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози під контролем сонографії (патент України на корисну модель 61818).

У клінічних умовах підтверджено доцільність застосування замкнутої тривалої проточно-промивної дренуючої сонографічної методики лікування обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози і піддіафрагмальних просторів. Розроблено критерії об'єктивної оцінки ефективності мініінвазивних пункційних та дренуючих втручань під контролем сонографії.

Використання мініінвазивних багатоетапних пункційних і пункційно-дренуючих втручань під контролем сонографії у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів, дозволило зменшити термін перебування хворого в стаціонарі з 35,5 до 16,5 ліжко-днів, знизити частоту інтраопераційних ускладнень на 17,5 %, рівень післяопераційної летальності на 7,5 %, частоту післяопераційних ускладнень в оперованих хворих у 9 разів.

Матеріали дисертації впроваджено в практичну діяльність хірургічних відділень Рівненської обласної клінічної лікарні, Рівненської центральної міської лікарні, Тернопільської комунальної міської лікарні № 2, Волинської обласної клінічної лікарні, Житомирської обласної

клінічній лікарні імені О.Ф. Гербачевського, Сарненської центральної районної лікарні.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно проаналізовано наукову літературу за темою дисертації. Мета та завдання дослідження визначені разом із науковим керівником. Усі наведені у роботі результати досліджень здобувач отримав особисто. Самостійно ретроспективно вивчив історії хвороб, склав програму статистичного аналізу, клінічних спостережень, проаналізував і впровадив у клінічну практику алгоритм застосування мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії. Автор брав безпосередню участь в обстеженні та лікуванні більшої частини хворих, обґрунтував оптимальні показання, принципи та етапність застосування мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії. Виконував самостійно та брав участь у виконанні більшості операційних втручань. Здійснив статистичну обробку одержаних даних, провів аналіз та узагальнення одержаних результатів, написав усі розділи дисертації. Обґрунтування висновків та практичних рекомендацій проведено спільно з науковим керівником. У наукових роботах, що опубліковані у співавторстві, основні ідеї, фактичний матеріал, основні положення та висновки належать здобувачу.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи оприлюднені на науково-практичній конференції "Актуальні проблеми малоінвазивної хірургії" (Тернопіль, 2006); II Українській науково-практичній конференції "Актуальні питання діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини" (Донецьк, 2007); ювілейній науково-практичній конференції, присвяченій 90-річчю з дня народження академіка НАН та АМН України, професора О.О. Шалімова "Актуальні питання невідкладної хірургії" (Харків, 2008); підсумкової науково-практичній конференції "Здобутки клінічної і експериментальної медицини" (Тернопіль, 2008); науково-практичній конференції "Актуальні проблеми сучасної хірургії" (Тернопіль, 2008); Всеукраїнській хірургічній науково-практичній та навчально-методичній конференції "Інноваційні технології в хірургії" (Полтава, 2009); науково-практичній конференції "Малоінвазивні технології в хірургії" (Тернопіль, 2009); науково-практичній міждисциплінарній міжнародній конференції "Гепатопанкреатодуоденальний альянс – фізіологія, патологія, клінічні прояви, шляхи корекції" (Ужгород, 2011).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 18 наукових праць, з них 8 статей у фахових виданнях, 1 – у науковому журналі, 7 – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій, 2 патенти на корисну модель.

Обсяг та структура дисертації. Дисертаційна робота викладена на 197 сторінках (основний обсяг становить 170 сторінок) і складається зі вступу, 7 розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел (усього 239 найменувань). Робота ілюстрована 62 таблицями, 31 рисунком.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Клінічний розділ роботи включав аналіз безпосередніх результатів комплексного хірургічного лікування 132 пацієнтів з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів за період від 2003 до 2010 року. Усі вони були обстежені і проліковані на базі хірургічних відділень Рівненської обласної клінічної лікарні. Обстежені пацієнти були розділені на 2 групи. До першої групи (досліджувана група) увійшли 92 пацієнти, яким було проведено мініінвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії, до другої групи (група порівняння) – 40 пацієнтів, яким проведені відкриті лапаротомні операції.

Комісією з біоетики державного вищого навчального закладу „Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського” порушень морально-етичних норм при проведенні досліджень не виявлено (протокол засідання № 9 від 16.11.2011 р.).

Чоловіків було 95 (71,9 %), жінок – 37 (28,1 %). Пацієнти працездатного віку склали 84,1 %; у віці 60-70 років – 9,8 % і віком 70-85 років – 6,1 % хворих. Співвідношення жінок і чоловіків віком 20-59 років склало 1:2,7; віком 60-70 років – 1:2,3; віком 70 і більше років – 1:1,6. Середній вік хворих становив (44,2±5,0) років.

Із 132 хворих з обмеженими рідинними та гнійними внутрішньочеревними утворами у 81 (61,4 %) пацієнта виявлено утвори підшлункової залози, у 26 (19,7 %) пацієнтів – утвори печінки, у 25 (18,9 %) пацієнтів – утвори піддіафрагмального простору (табл. 1).

Таблиця 1

Обмежені рідинні та гнійні внутрішньочеревні утвори

Патологічний процес	Абс.	%
Гостре парапанкреатичне, параколітичне скупчення рідини	23	17,4
Гостра післянекротична кіста ПЗ	20	15,2
Абсцес підшлункової залози, абсцес заочеревинного простору	38	28,8
Абсцес, гематома печінки	26	19,6
Абсцес, обмежений рідинний утвір піддіафрагмального простору	25	19,0
Всього	132	100,0

Супутня патологія була виявлена у 99 пацієнтів (75,0 %). У 33 хворих (25,0 %) віком від 20-59 років як клінічно, та і при функціонально-інструментальних методах обстеження не було виявлено супутніх захворювань. Із 99 хворих з наявною супутньою патологією одне супутне

захворювання було виявлене у 59 (44,7 %), два супутніх захворювання – у 28 (21,2 %), три – у 10 (7,6 %), чотири – у 2 (1,5 %). Серед супутніх захворювань у 45,6 % хворих було виявлено зміни з боку серцево-судинної системи: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний коронаросклероз у 24,4 % хворих, аритмія – 8,1 %, гіпертонічна хвороба – 13,1 %. Цукровий діабет виявлено у 9,1 % хворих. Захворювання дихальної системи відмічено у 7,1 %. Патологія нервової системи – у 8,0 % хворих (з них 4,0 % перенесли інсульт). Захворювання органів травлення – 14,1 %; інші захворювання склали 10,1 %.

Ультрасонографію (УСГ) органів черевної порожнини виконували на ультразвукових діагностичних апаратах Ехотомоскоп SLE-101 PC (Литва), Aloka SSD – 650 (Японія), Simens-Sonoline G50 (Німеччина).

Фіброгастроуденоскопію виконували ендоскопами фірми "Olimpus" (Японія), огляд утвору проводили фіброуретерохоледохоскопом "Olympus URF- P2" (Японія) та цистоскопом фірми "Karl Storz" (Німеччина), комп'ютерну томографію (КТ) – апаратом фірми "SOMA TOM-PLUS 4" Siemens (Німеччина), магнітно-резонансну томографію (МРТ) – на апараті "Signa Hdx 1,5T" (США).

Біохімічні дослідження включали визначення вмісту загального білірубіну, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, сечовини, креатиніну, глюкози, амілази крові та вмісту утвору підшлункової залози.

В ході дослідження проводили визначення рівня ендогенної інтоксикації за вмістом поліпептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) за методом Габріелян (1981), що базується на прямій УФ-спектрометрії депротейнізованого супернатанта, отриманого після осадження білків. Для оцінки тяжкості ендотоксикозу використовували цитобіохімічний індекс інтоксикації (ЦБІ), ефективність лікування хворих оцінювали за цитобіохімічним індексом регресу ендотоксикозу (ЦБІРЕТ), запроновані Вафіним (А.З. Вафин и соавт., 1999).

Для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводили загальноклінічні дослідження.

Отримані дані обробляли із застосуванням параметричних критеріїв. Обробку проводили за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Pentium III 1,8 MHz та прикладної програми для роботи з електронними таблицями Microsoft[®] Excel 2003 в середовищі Windows (США), з використанням програми SPSS Statistics V 17 Multilingual – EQ for Windows. Вираховували середнє значення, стандартне відхилення середнього, мінімальне-максимальне значення, похибку середнього. Достовірність оцінювали за t-критерієм Стьюдента. Відмінності вважали достовірними, якщо величина р склала 95 % і більше ($p < 0,05$).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед етіологічних чинників виникнення обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних

просторів перше місце за частотою займав гострий некротичний панкреатит, що склав 58,3 % (77 хворих); закриту тупу травму живота виявлено у 19 пацієнтів (14,4 %); утвори, які діагностовані після втручань з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, – у 16 пацієнтів (12,1 %); гострий холецистит, холангіт було виявлено у 5 пацієнтів (3,8 %); в 15 хворих (11,4 %) чіткої причини виникнення захворювання не встановлено.

Основним методом інструментального обстеження хворих з обмеженими внутрішньочеревними утворами є ультрасонографія. За допомогою УСГ оцінювали наявність, топографо-анатомічну локалізацію, форму, об'єм, кількість утворів, визначали однорідність вмісту, наявність секвестрів та вільного “еховікна” для проведення мініінвазивного втручання. Інформативність сонографії в оцінці локалізації утвору підшлункової залози, печінки та піддіафрагмального простору, їх вмісту та визначення сонографічного “еховікна” становила 96,2 % (у 127 з 132 хворих). Достовірність діагностики обмежених рідинних та гнійних внутрішньочеревних утворів, за даними КТ та МРТ, становила 100,0 %.

За результатами обчислення інтегративного показника ЦБП у 124 (93,9 %) хворих з обмеженими внутрішньочеревними утворами верифіковано різні ступені тяжкості ЕІ (табл. 2). ЕІ 5 ступеня діагностовано у 9 (7,3 %) хворих, 4 ступеня – у 19 (15,3 %), 3 ступеня – у 42 (33,9 %), 2 ступеня – у 31 (25,0 %), 1 ступеня – у 23 (18,5 %).

Таблиця 2

Ендогосикоз за цитобіохімічним індексом інтоксикації

Патологічний процес	Ендогенна інтоксикація				
	1 ст.	2 ст.	3 ст.	4 ст.	5 ст.
Гостра післянекротична псевдокіста	12	3	1	0	0
Гостре парапанкреатичне скупчення рідини, гостре скупчення рідини у заочеревинному просторі	1	5	9	7	1
Абсцес ПЗ, абсцес заочеревинного простору	6	7	14	6	5
Абсцес печінки	2	8	10	3	2
Абсцес піддіафрагмального простору	2	8	8	3	1
Всього:	23	31	42	19	9

Із 132 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні, 92 (69,7 %) пацієнтам проведено мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УСГ, у 40 (30,3 %) хворих виконано лапаротомні операції.

Множинні утвори спостерігали у 10 (7,6 %) хворих, а поодинокі – у 122 (92,4 %) пацієнтів.

Щодо локалізації, необхідно зазначити, що у кожного 4 хворого – 31 пацієнт (23,5 %), була поєднана локалізація утвору в різних анатомічних відділах підшлункової залози та печінки. Найбільш часто поодинокі утвори локалізувалися у хвостовій частині підшлункової залози (у 26 (19,7 %) хворих), у чепцевій сумці (у 21 (15,9 %) хворого), у піддіафрагмальному просторі справа (у 18 (13,6 %) хворих), у правій частці печінки (у 16 (12,1 %) хворих).

У 85 (64,4 %) оперованих хворих були виявлені обмежені гнійні внутрішньочеревні утвори, у 47 (35,6 %) пацієнтів – обмежені рідинні утвори, що потребувало диференційованого підходу до подальшого лікування та використання певної хірургічної тактики.

Нами розроблено алгоритм лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів, що регламентує етапність лікування із застосуванням мініінвазивних багатоетапних пункційних та пункційно-дренуючих втручань під контролем сонографії з врахування локалізації, об'єму, характеру вмісту утвору та цитобіохімічного показника рівня ендогенної інтоксикації (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм вибору лікувальної тактики у хворих з обмеженими внутрішньочеревними утворами.

Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УСГ виконано у 92 (69,7 %) хворих. Серед них чоловіків – 65 (70,7 %), жінок – 27 (29,3 %). Вікову групу 20-59 років склали 73 (79,3 %) пацієнтів; старше 60 років – 19 (20,7 %). Внутрішньочеревні утвори діагностовано на різних стадіях перебігу та тривалості захворювання: гострі парапанкреатичні скупчення рідини (до 1

місяця існування) – у 10 (10,9 %) хворих, гострі післянекротичні кісти (2-3 місяці існування) – у 14 (15,2 %), панкреатогенний абсцес (більше 3-4 тижнів існування) – у 20 (21,7 %), абсцеси печінки (1-2 місяці існування) – у 25 (27,2 %) хворих, абсцеси піддіафрагмального простору (1-2 місяці існування) – у 19 (20,7 %) хворих, обмежені рідинні утвори печінки та піддіафрагмального простору (до 1 місяця існування) – у 4 (4,3 %) хворих.

Вміст амілази в пунктаті утворів підшлункової залози до 100 ум.од. у 5 (11,4 %) хворих свідчив про відсутність зв'язку утвору з протоками підшлункової залози; вміст амілази 100-225 ум.од. у 39 (88,6 %) пацієнтів – про наявність зв'язку утвору з дрібними протоками підшлункової залози; вміст амілази більше 225 ум.од. (зв'язок з головною протокою) у пацієнтів не виявлено.

Пункційний метод лікування внутрішньочеревних утворів застосований у 50 (54,3 %) хворих з усіх пацієнтів, яким проводили мініінвазивні черезшкірні втручання. Для пункції утвору використовували голки типу Chiba (15-20 G). Пункція здійснювалась під контролем ультрасонографії з використанням пункційного датчика з адаптером, що забезпечує найвищу точність маніпуляції та можливість виконання втручання одним хірургом.

Показаннями до пункційного методу лікування залежно від топографо-анатомічного розміщення обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів відносно шлунка і дванадцятипалої кишки були: гострі парапанкреатичні скупчення рідини та гострі параколітичні скупчення рідини об'ємом до 100 мл; гострі післянекротичні кісти підшлункової залози об'ємом до 100 мл, які не пов'язані з протоковою системою; панкреатогенні абсцеси об'ємом до 100 мл; гемолізовані гематоми та абсцеси печінки об'ємом до 150 мл; обмежені рідинні утвори та абсцеси піддіафрагмального простору об'ємом до 50-100 мл; ендогенна інтоксикація 1-2 ступня за ЦБП; відсутність секвестрів в порожнині утвору; з діагностичною метою; як тимчасовий лікувальний метод.

Залежно від патологічного утвору, слід відмітити, що одноразова пункція була ефективною у 14 (28,0 %) хворих із 50 хворих, яким виконано пункційний метод лікування. У 5 хворих з утворами підшлункової залози, які були незв'язані з протокою та у 2 хворих з утвором підшлункової залози, який зв'язаний з дрібним протоком, у 4 хворих з абсцесом печінки, у 4 хворих з абсцесом піддіафрагмального простору, пункція була ефективна і повторні пункції були не потрібні. Багатоетапні пункційні (БЕП) втручання під контролем сонографії застосовано у 36 (72,0 %) пацієнтів.

Із 44 хворих з утворами підшлункової залози, пункційні методи лікування виконано у 22 (50,0 %) хворих, з яких у 4 (18,1 %) відмічено гостре парапанкреатичне скупчення рідини, у 8 (36,4 %) – гостра післянекротична кіста підшлункової залози, у 10 (45,5 %) – панкреатогенний абсцес. Загалом із 22 хворих, яким виконували пункції утворів підшлункової залози, у 21 (95,5 %) хворого ми отримали успішний результат: у 15 (71,4 %) пацієнтів – усунення утвору, а в інших 6 (28,6 %) –

зменшення порожнини до 10 мл.

У 20 (76,9 %) хворих із 26 пацієнтів з утворами печінки, пункційним методом ліквідовано абсцес печінки у 19 випадках та в 1 випадку гематома печінки, при чому у 16 (80,0 %) хворих виконані БЕП втручання.

Мініінвазивна пункція та повна ліквідація утвору проведена у 8 (36,4 %) з обмеженими утворами піддіафрагмального простору, з них абсцес піддіафрагмального простору був у 7 випадках, гематома – в 1 випадку. У 2 (25,0 %) пацієнтів з абсцесом воріт селезінки успішно виконано черезселезінкові БЕП втручання під контролем сонографії.

Пункційно-дренуючі методики застосовані у 42 (45,7 %) хворих з усіх пацієнтів, яким проводили мініінвазивні черезшкірні втручання. Даний метод втручання проведено у 22 (50,0 %) хворих з обмеженими утворами підшлункової залози, у 6 (23,1 %) хворих з обмеженими утворами печінки та у 14 (63,6 %) хворих з обмеженими утворами піддіафрагмального простору.

Показаннями до пункційно-дренуючих мініінвазивних методів лікування обмежених рідинних та гнійних внутрішньочеревних утворів були: гострі парапанкреатичні скупчення рідини та гострі параколітичні скупчення рідини об'ємом до 200 мл і більше; гострі післянекротичні кісти підшлункової залози об'ємом до 200 мл і більше, які пов'язані з дрібними протоками залози; нагноєні псевдокісти об'ємом більше 100-200 мл; панкреатогенні абсцеси об'ємом більше 100 мл; гемолізовані гематоми та абсцеси печінки об'ємом більше 150 мл; обмежені рідинні утвори та абсцеси піддіафрагмального простору об'ємом більше 100 мл; ендогенна інтоксикація 2-3 ступеня за ЦБП; прогресуюче збільшення об'єму утвору протягом 2-3 діб з моменту поступлення, виражений больовий синдром із відсутністю перитоніту, загроза перфорації та розриву; відсутність ефекту від 2-3 пункцій з інтенсивним збільшенням утвору; як початковий етап в комплексному лікуванні при важкому стані пацієнта. Черезшкірне дронування виконували під ультрасонографічним контролем за допомогою дренажів прямої конструкції та дренажів фірми Balton в точці мінімальної відстані від шкіри до утвору в зоні „акустичного вікна” при відсутності інтерпозиції по ходу робочого інструменту порожнинно-судинних структур. Сама маніпуляція відбувалась під місцевою анестезією з ін'єкцією в зоні пункції 0,5 % новокаїну (або 2 % лідокаїну) з подальшою постановкою катетера в порожнину утвору під контролем сонографії одним із способів: а) кризьшкірне одномоментне дронування стилет-катетером; б) за методом Сельдінгера; в) за допомогою троакару.

Із 28 (66,7 %) хворих з обмеженими рідинними та гнійними внутрішньочеревними утворами, яким проведено пункційно-дренуючий метод лікування, втручання одним трубчатим дренажем виконано у 15 (34,1 %) хворих з обмеженими утворами підшлункової залози, у 6 (23,1 %) хворих з утворами печінки, у 7 (31,8 %) хворих з утворами піддіафрагмального простору.

Мініінвазивне дронування одним дренажем проведено у 2 (4,5 %) хворих з гострим

парапанкреатичним скупченням рідини, у 5 (11,4 %) з гострою післянекротичною кістою, у 8 (18,2 %) з панкреатогенним абсцесом, у 6 (23,1 %) з абсцесом печінки, у 7 (31,8 %) з утворами піддіафрагмального простору (5 хворих з абсцесом, 1 з гематомою і 1 хворий з білою піддіафрагмального простору). Успішного результату після дренивання досягли у 28 пацієнтів, з них утвір був ліквідований у 26 (92,9 %) хворих та значно зменшився у 2 (7,1 %).

Показаннями до подвійного дренивання обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, піддіафрагмальних просторів були: патологічні процеси об'ємом більше 300-400 мл з ендотоксикозом 4-5 ступеня тяжкості; наявність в порожнині утвору значної кількості детриту та секвестрів до 1-3 см. Застосовували методику подвійного дренивання патологічного вогнища, шляхом формування замкненої порожнини з налагодженням постійного тривалого крапельного промивання її розчинами антисептиків. У 14 (33,3 %) хворих з обмеженими внутрішньочеревними утворами проведено подвійне дренивання патологічного процесу, з усіх хворих яким виконували дреноуючі мініінвазивні втручання. Подвійне дренивання вогнища виконано у 7 (15,9 %) пацієнтів з обмеженими утворами підшлункової залози, з них гостре скупчення рідини було ліквідоване у 2 (28,6 %) хворих, гостре параколітичне скупчення рідини – у 2 (28,6 %), гостра післянекротична кіста – у 1 (14,3 %), панкреатогенний абсцес – у 2 (28,6 %). Успішного результату досягли при подвійному дрениванні 7 (31,8 %) хворих з абсцесом піддіафрагмального простору, у всіх пацієнтів абсцес був ліквідований.

Показанням до транспорожнинного мініінвазивного втручання під контролем сонографії була відсутність в точці доступу сонографічного вільного „акустичного вікна”. У 25 (56,8 %) хворих з обмеженими утворами підшлункової залози проведено транспорожнинні втручання, з яких у 8 (32,0 %) виконано при гострому парапанкреатичному скупченні рідини, у 9 (36,0 %) – при гострій післянекротичній кісті, у 8 (32,0 %) – при абсцесі підшлункової залози. Трансгастральні пункції проведені у 16 (64,0 %) хворих, трансгастральне дренивання – у 8 (32,0 %) хворих, трансдуоденальне дренивання – в 1 (4,0 %) хворого. У 2 (9,1 %) пацієнтів з абсцесом воріт селезінки виконано трансселезінкові пункції під контролем сонографії.

У 27 (61,4 %) хворих з обмеженими утворами підшлункової залози, яким планувалось дренивання або транспорожнинні (шлунок, дванадцятипала кишка) втручання під контролем УСГ у передопераційному періоді проводили постановку назоентерального зонда для ентерального харчування з метою: уникнення пасажу їжі по шлунку та дванадцятипалій кишці, виключення секреторної дії їжі на підшлункову залозу, корекції спланхітичного кровообігу і стимуляції репаративних процесів у ділянці підшлункової залози, профілактики інтестино- та кологенної транслокації умовно-патогенних мікроорганізмів із кишківника у патологічне вогнище.

Для ефективного та безпечного дренивання нами розроблено пристрій для трансгастрального (трансдуоденального) дренивання утворів підшлункової залози під контролем

сонографії (Пат. № 61818 Україна). Застосування пристрою дозволяє в сонографічно визначеній зоні сектору маніпуляції проводити чітке дренування ретропорожнинних утворів, забезпечує оптимальні та безпечні умови для проведення дренування утвору дренажем необхідного діаметру, шляхом переміщення передньої стінки шлунка (дванадцятипалої кишки) до очеревини передньої черевної стінки при підтягуванні роздутої гумової манжетки зовнішньої канюлі доверху, з фіксацією всієї конструкції в такому вигляді над шкірою.

У 8 (18,2 %) хворих з обмеженими гнійними утворами підшлункової залози дотримувались методики позапорожнинного дренування. З цією метою для санації панкреатогенних абсцесів впроваджено методику візуального дренування утвору під сонографічним контролем (Пат. № 42198 Україна).

Отже, при виборі методу мініінвазивного хірургічного втручання у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів важливу роль відіграє форма патологічного процесу, характер вмісту утвору, його об'єм, зв'язок з протоковою системою підшлункової залози та ступінь важкості ендогенної інтоксикації.

Про ефективності проведеного мініінвазивного втручання свідчить відсутність або значне зменшення утвору в об'ємі за даними сонографії, нормалізація клініко-лабораторних показників у хворих, зменшення рівня ендогенної інтоксикації у пацієнтів за ЦБІ на 50 % протягом перших 3 діб та його нормалізація на 7-10 добу після операції, регрес ендогенної інтоксикації за ЦБІРЕТ та його нормалізація на 7 добу після операції, відсутність патологічних виділень по дренажу.

Аналізуючи кінцевий результат, слід відмітити, що з 92 (100,0 %) хворих, в яких використовувалися для лікування мініінвазивні черезшкірні пункційні та дренуючі методи операційних втручань, у 83 (90,2 %) пацієнтів обмежені внутрішньочеревні утвори були ліквідовані, у 8 (8,8 %) хворих порожнина утвору значно зменшилась в розмірах. Безуспішним лікуванням було в 1 (1,1 %) хворого після БЕП, якому проведено лапаротомне втручання внаслідок прогресування некротичного панкреатиту.

Із 132 прооперованих хворих у 40 (30,3 %) були виконані лапаротомні операційні втручання. У 3 (7,5 %) пацієнтів були виконані радикальні лапаротомні втручання, у 37 (92,5 %) пацієнтів – умовно-радикальні втручання. Із 37 пацієнтів, у яких проведені умовно-радикальні операційні втручання, у 33 (89,1 %) виконано операцію зовнішнього дренування.

Інтраопераційні ускладнення виникли у 7 (17,5 %) хворих групи порівняння. Під час лапаротомного втручання основним ускладненням була арозивна кровотеча. Інтраопераційних ускладнень в досліджуваній групі не було.

Сумарна частота післяопераційних ускладнень у 132 прооперованих хворих склала 15,2 %. Із 40 хворих, яким виконані лапаротомні операції, у 16 (40,0 %) були післяопераційні ускладнення. У групі із 92 хворих, у яких використані мініінвазивні пункційно-дренуючі втручання під

контролем сонографії, післяопераційні ускладнення були наявні у 4 (4,3 %) хворих.

Після виконання лапаротомних оперативних втручань померли 3 (7,5 %) хворих. Причиною смерті були: поліорганна недостатність – у двох хворих, рецидив арозивної кровотечі – в одного хворого. Летальних випадків після мініінвазивних хірургічних втручань не було (табл. 3).

Таблиця 3

Рівень післяопераційної летальності у хворих з обмеженими рідинними та гнійними внутрішньочеревними утворами

Показник	Характер оперативних втручань	
	Лапаротомні втручання	Мініінвазивні втручання
Кількість операцій	60	149
Кількість померлих	3	0
Летальність (%)	7,5	0

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено нове вирішення наукового завдання, що полягає в покращенні результатів хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів з розробленням алгоритму вибору лікувальної тактики, пріоритетним застосуванням мініінвазивних багатоетапних пункційних та пункційно-дренуючих операційних втручань під контролем сонографії шляхом вивчення сонографічних, топографо-анатомічних взаємовідношень локалізації утвору до шлунка і дванадцятипалої кишки, його вмісту та об'єму, рівня ендогенної інтоксикації, а також окреслення місця і можливості використання мініінвазивних методик як окремо, так і в поєднанні з традиційними відкритими операційними втручаннями.

1. Серед етіологічних причин виникнення обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів гострий некротичний панкреатит становив 58,3 % (77 хворих), закрита тупа травма живота – 14,4 % (19 хворих), ускладнений післяопераційний перебіг у хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини – 12,1 % (16 хворих), криптогенний чинник – 11,4 % (15 хворих), гострий холецистит, холангіт – 3,8 % (5 хворих).

2. У 81 (61,4 %) пацієнтів виявлено обмежені утвори підшлункової залози, у 26 (19,7 %) пацієнтів – утвори печінки, у 25 (18,9 %) пацієнтів – утвори піддіафрагмальних просторів. Обмежені гнійні внутрішньочеревні утвори діагностовано у 85 (64,4 %) пацієнтів, обмежені рідинні утвори – у 47 (35,6 %) пацієнтів. Найбільш часто обмежені рідинні та гнійні утвори локалізувалися в хвостовій частині підшлункової залози у 26 (19,7 %) хворих, чепцевій сумці у 21

(15,9 %), правій частці печінки (4, 6 і 7 сегменти) у 16 (12,1 %) та правому задньоверхньому піддіафрагмальному просторі у 18 (13,6 %) хворих.

3. Інформативна цінність сонографії в діагностиці обмежених рідинних та гнійних внутрішньочеревних утворів складає 96,2 %. Інформативна цінність комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії в діагностиці обмежених внутрішньочеревних утворів становить 100 %. При прогнозуванні тяжкості перебігу захворювання та рівня ендогенної інтоксикації у хворих з обмеженими рідинними та гнійними внутрішньочеревними утворами найвагомніше значення має цитобіохімічний індекс інтоксикації. За результатами обчислення інтегративного показника цитобіохімічного індексу інтоксикації верифіковано різні ступені ендогенної інтоксикації.

4. Багатоетапний пункційний метод лікування є найефективнішим при обмежених рідинних та гнійних утворах підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів при об'ємі вогнища до 100-150 мл, ендогенній інтоксикації 1-2 ступеня, при відсутності зв'язку утвору з панкреатичною протокою. При об'ємі обмеженого рідинного та гнійного внутрішньочеревного утвору більше 200 мл, ендогенній інтоксикації 2-3 ступеня, відсутності секвестрів більше 3 см та зв'язку з головною протокою підшлункової залози, ефективними є пункційно-дренуючі мініінвазивні втручання під контролем сонографії. Подвійне дронування під контролем сонографії показано при обмежених рідинних та гнійних утворах підшлункової залози, піддіафрагмальних просторів об'ємом більше 300-400 мл та ендогенній інтоксикації 4-5 ступеню тяжкості.

5. Виконання пункційно-дренуючих хірургічних втручань з використанням розробленого візуального способу дронування та пристрою для трансгастрального дронування утворів у хворих досліджуваної групи дозволило розширити можливості мініінвазивних втручань при відсутності сонографічного „акустичного вікна” у 56,8 % пацієнтів з утворами підшлункової залози, уникнути ятрогенних і гнійно-запальних ускладнень в 100 % спостережень.

6. Об'єктивними критеріями ефективності проведеного мініінвазивного хірургічного втручання були відсутність або значне зменшення утвору в об'ємі за даними сонографії (КТ або МРТ), нормалізація клініко-лабораторних показників у хворого, зменшення рівня ендогенної інтоксикації у пацієнтів за цитобіохімічним індексом інтоксикації на 50 % протягом перших 3 діб та його нормалізація на 7-10 добу після операції, регрес ендогенної інтоксикації за цитобіохімічним індексом регресу ендотоксикозу та його нормалізація на 7 добу після операції, відсутність виділень по дренажу. Після виконання мініінвазивних черезшкірних пункційних та дренуючих операційних втручань у 90,2 % пацієнтів внутрішньочеревні утвори були ліквідовані, у 8,8 % хворих порожнина утвору значно зменшилась в розмірах.

7. Застосування мініінвазивних пункційних та дренуючих методів лікування обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів

дозволило уникнути інтраопераційних ускладнень, зменшити частоту післяопераційних ускладнень порівняно з традиційними лапаротомними методиками з 40,0 до 4,3 %, знизити тривалість перебування в стаціонарі з $(35,5 \pm 22,5)$ до $(16,5 \pm 8,7)$ ліжко-днів. При використанні мініінвазивних методик післяопераційна летальність склала 0 %, тоді як після лапаротомних методів лікування – 7,5 %. Кумуляційний аналіз віддалених стабільних результатів мініінвазивного хірургічного лікування протягом 5 років спостереження становив 92,0 %, а при лапаротомних втручаннях – 70,1 %.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Семенюк Ю. С. Мініінвазивні хірургічні втручання у хворих з обмеженими рідинно-гнійними ускладненнями при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Т. 7, вип. 1-2 (17-18). – С. 166–167. (Здобувач провів клінічні дослідження, систематизував та здійснив аналіз отриманих результатів, сформулював висновки).
2. Семенюк Ю. С. Міні-інвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії у пацієнтів похилого та старечого віку при невідкладній хірургічній патології органів черевної порожнини / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 3. – С. 74–76. (Здобувач провів клінічні дослідження та аналіз отриманих результатів, підготував статтю до друку).
3. Семенюк Ю. С. Пункційно-дренажні методи лікування обмежених рідинно-гнійних утворів підшлункової залози під контролем сонографії / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Університетська клініка. – 2007. – Т. 3. № 1. – С. 97 – 99. (Здобувач виконав статистичну обробку матеріалу, аналіз отриманих результатів дослідження, підготував статтю до друку).
4. Семенюк Ю. С. Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії у пацієнтів з рідинно-гнійними утворами підшлункової залози / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2 (29). – С. 120–122. (Здобувач провів клінічні дослідження, систематизував та здійснив аналіз отриманих результатів, сформулював висновки).
5. Семенюк Ю. С. Міні-інвазивно-сонографічні втручання у невідкладній абдомінальній хірургії / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 4. – С. 145–147. (Здобувач провів клінічні дослідження, аналіз та узагальнення результатів, підготував статтю до друку).
6. Семенюк Ю. С. Досвід застосування мініінвазивних сонографічних технологій в хірургічному лікуванні порожнистих деструктивних форм гострого панкреатиту / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української медичної

стоматологічної академії. – 2009. – Т. 9, вип. 1 (25). – С. 152–154. (Здобувач провів клінічні дослідження, систематизував та здійснив аналіз отриманих результатів, сформулював висновки).

7. Потійко О. В. Міні-інвазивні хірургічні втручання у хворих на гострий некротичний панкреатит / О. В. Потійко // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 3. – С. 55–59.

8. Семенюк Ю. С. Мініінвазивні втручання в лікуванні обмежених рідинно-гнійних ускладнень гострого панкреатиту / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”. – 2011. – Вип. 2 (41). – С. 221–228. (Здобувач провів відбір клінічного матеріалу, систематизував, обробив та проаналізував результати, провів статистичну обробку, підготував статтю до друку).

9. Пат. на корисну модель № 42198 Україна, МПК (2009) А 61 В 17/00. Спосіб візуального дренивання обмежених рідинно-гнійних утворів черевної порожнини під контролем сонографії / Потійко О. В., Семенюк Ю. С. – № у 2009 00803 ; заявл. 03.02.2009 ; опубл. 25.06.2009, Бюл. № 12.

10. Пат. на корисну модель № 61818 Україна, МПК (2006.01) А 61 В 17/34. Пристрій для трансгастрального дренивання рідинно-гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту під контролем сонографії / Потійко О. В., Семенюк Ю. С. – № у 2011 01623 ; заявл. 11.02.2011 ; опубл. 25.07.2011, Бюл. № 14.

11. Семенюк Ю. С. Мініінвазивні сонографічні технології в хірургічному лікуванні порожнистих деструктивних форм гострого панкреатиту / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Хірургія України. – 2008. – № 4 (28) (Додаток 1). – С. 256–257. (Здобувач провів клінічний підбір хворих, дослідження, інтерпретацію отриманих результатів, мініінвазивні втручання у хворих з порожнистими деструктивними формами гострого панкреатиту, підготував статтю до друку).

12. Семенюк Ю. С. Пункційно-дренажні мініінвазивні хірургічні втручання з приводу обмежених утворень у верхніх відділах черевної порожнини / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 80–81. (Здобувач провів відбір клінічного матеріалу, систематизував, обробив та проаналізував результати, підготував статтю до друку).

13. Semenyuk Y. S. Mini-invasive methods of treatment of limited liquid-purulent mass in abdominal cavity under sonography control in patients with ac. surg. Pathology / Y. S. Semenyuk, O. V. Potiyko // 15-International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES), 4-7 Juli 2007 : abstract book. – С. 106. (Здобувач провів дослідження, аналіз, статистичну обробку, підготував тези до друку).

14. Семенюк Ю. С. Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем ультразвукового дослідження при гнійно-деструктивних ускладненнях деструктивного панкреатиту / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 27. (Здобувач провів дослідження, статистичну обробку результатів, підготував статтю до друку).

15. Семенюк Ю. С. Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії з абсцесами печінки та піддіафрагмальних просторів / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // Здобутки клінічної і експериментальної медицини : наук.-практ. конф., 13 червня 2008 р. : зб. матеріалів конф. – Тернопіль, 2008. – С. 72–73. (Здобувач провів дослідження, аналіз та статистичну обробку матеріалу, підготував тези до друку).

16. Semenyuk Y. S. Minimally invasive interventions in cases of restricted formations of pancreas under the control of sonography / Y. S. Semenyuk, O. V. Potiyko // 16th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery, 11-14 June 2008 : abstract book. – P. 426. (Здобувач провів клінічні дослідження, аналіз та узагальнення результатів, підготував тези до друку).

17. Потійко О. В. Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії у хворих з обмеженими рідинно-гнійними ускладненнями гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини / О. В. Потійко, Ю. С. Семенюк // IV Міжнародні Пироговські читання. XXII з'їзд хірургів України, 2-5 червня 2010 р. : матеріали наук. конгр. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 103–104. (Здобувач провів клінічні дослідження, аналіз та узагальнення результатів, підготував тези до друку).

18. Семенюк Ю. С. Застосування мініінвазивних технологій в комплексному лікуванні рідинно-гнійних ускладнень гострого панкреатиту / Ю. С. Семенюк, О. В. Потійко // IV Міжнародні Пироговські читання. XXII з'їзд хірургів України, 2-5 червня 2010 р. : матеріали наук. конгр. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 135–136. (Здобувач провів дослідження, аналіз та статистичну обробку матеріалу, підготував тези до друку).

АНОТАЦІЯ

Потійко О.В. Мініінвазивні хірургічні втручання у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Державний вищий навчальний заклад "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України", Тернопіль, 2012.

Дисертація присвячена покращенню результатів хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних просторів з розробленням алгоритму вибору лікувальної тактики, пріоритетним застосуванням мініінвазивних багатоетапних пункційних та дренуючих операційних втручань шляхом вивчення сонографічних, топографо-анатомічних взаємовідношень локалізації утвору до шлунка,

дванадцятипалої та ободової кишок, його вмісту та об'єму, рівня ендогенної інтоксикації, а також окреслення місця і можливості використання даних методик. Вивчено динаміку та регрес ендогенної інтоксикації у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози, печінки і піддіафрагмальних утворів, яким проведено мініінвазивні пункційно-дренуючі втручання. Застосування запропонованої діагностично-лікувальної тактики у хворих з обмеженими внутрішньочеревними утворами дозволило знизити частоту інтраопераційних ускладнень з 17,5 % при використанні лапаротомних методів лікування до 0 % при використанні пункційно-дренуючих методик, знизити частоту післяопераційних ускладнень з 40,0 до 4,3 %, рівень післяопераційної летальності з 7,5 до 0 %, середню тривалість перебування в стаціонарі з 35,5 до 16,5 днів відповідно.

Ключові слова: утвори підшлункової залози, печінки, піддіафрагмального простору, ендогенна інтоксикація, сонографія, мініінвазивні методики.

АННОТАЦІЯ

Потийко А.В. Миниинвазивные хирургические вмешательства у больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы, печени и поддиафрагмальных пространств. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Государственное высшее учебное заведение ”Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины”, Тернополь, 2012.

Диссертация посвящена актуальным вопросам лечения ограниченных жидкостных и гнойных внутрибрюшных образований. Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы, печени и поддиафрагмальных пространств путем разработки показаний и технологических аспектов к многоэтапным пункционным и пункционно-дренирующим миниинвазивным вмешательствам под контролем сонографии.

Произведен анализ лечения 132 больных с ограниченными жидкостными и гнойными внутрибрюшными образованиями. Анализ клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования, непосредственных результатов лечения больных с ограниченными внутрибрюшными образованиями дал возможность выделить пять вариантов клинического течения болезни в зависимости от преобладания основных симптомов заболевания.

У 85 (64,4 %) оперированных больных выявлено ограниченные гнойные внутрибрюшные образования, у 47 (35,6 %) – ограниченные жидкостные образования. Острое парапанкреатическое

скопление жидкости диагностировано у 17 (12,9 %) больных, острое параколитическое скопление жидкости – у 6 (4,5 %), острая постнкротическая киста поджелудочной железы – у 20 (15,2 %), абсцесс поджелудочной железы – у 35 (26,5 %), абсцесс забрюшинного пространства – у 3 (2,3 %), абсцесс печени – у 25 (18,9 %), гематома печени – у 1 (0,7 %), абсцесс поддиафрагмального пространства – у 22 (16,7 %), ограниченное жидкостное образование поддиафрагмального пространства (билома, гематома) – у 3 (2,3 %).

Информативная ценность сонографии в диагностике ограниченных жидкостных и гнойных внутрибрюшных образований, определение их локализации, объема и синтопии по отношению к окружающим органам составила 96,2 %.

Оценка степени тяжести состояния и эндогенной интоксикации у больных с ограниченными внутрибрюшными образованиями проведена за цитобиохимическим индексом интоксикации. За результатами вчисления эндогенная интоксикация разной степени тяжести выявлена у 124 (93,9 %) больных. Изучена динамика и регресс эндогенной интоксикации у больных с ограниченными жидкостными и гнойными внутрибрюшными образованиями в зависимости от их локализации, объема и метода миниинвазивного вмешательства.

Анализ результатов этапного лечения больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы, печени и поддиафрагмальных пространств разрешил нам оптимизировать критерии хирургической тактики и разработать алгоритм выбора метода лечения больных, с приоритетным использованием миниинвазивных пункционно-дренирующих методов, с учетом локализации, характера, объема образования, степени эндогенной интоксикации, а также определить место и возможности для выполнения данных методик.

Миниинвазивные операционные вмешательства проведены у 92 (69,7 %) больных. У 39 (88,6 %) больных с ограниченными образованиями поджелудочной железы выявлена связь с системой мелких протоков поджелудочной железы.

У 50 (54,3 %) больных использовались черезкожные пункции внутрибрюшных образований. Однократная пункция проведена у 14 (28,0 %) пациентов, многоэтапные пункционные вмешательства под контролем сонографии выполнены у 36 (72,0 %) пациентов.

У 42 (45,7 %) пациентов произведены дренирующие вмешательства, при этом дренирование одним дренажем выполнено у 28 (66,7 %) больных, двойное дренирование – у 14 (33,3 %).

При отсутствии сонографического „акустического окна” для выполнения миниинвазивного вмешательства у 53 (57,6 %) пациентов проведены трансорганные вмешательства. У 25 (56,8 %) пациентов с ограниченными образованиями поджелудочной железы трансгастральные пункции выполнено у 16 (64,0 %) больных, трансгастральные дренирования – у 8 (32,0 %), трансдуоденальное дренирование – у 1 (4,0 %). У 2 (9,1 %) больных с абсцессом в области ворот селезенки выполнено трансселезеночные пункции.

В общей сложности при использовании пункционно-дренирующих методик у 83 (90,2 %) пациентов полости ограниченного образования поджелудочной железы, печени и поддиафрагмального пространства были ликвидированы, у 8 (8,8 %) больных полости ограниченного образования поджелудочной железы значительно уменьшилась в объеме. Безуспешным лечением было у 1 (1,1 %) больного в результате прогресирования острого некротического панкреатита.

Открытые лапаротомные вмешательства использовались у 40 (30,3 %) больных: у 3 – радикальные вмешательства, у 37 – условно-радикальные.

Доказано, что предложенная лечебно-диагностическая тактика у больных с ограниченными жидкостными и гнойными внутрибрюшными образованиями позволила снизить частоту интраоперационных осложнений с 17,5 % при использовании лапаротомных методов лечения до 0 % при использовании пункционно-дренирующих методик, снизить частоту послеоперационных осложнений с 40,0 % до 4,3 %, уровень послеоперационной летальности с 7,5 % до 0 %, длительность пребывания в стационаре с 35,5 до 16,5 дней соответственно.

Ключевые слова: образования поджелудочной железы, печени, поддиафрагмального пространства, эндогенная интоксикация, сонография, миниинвазивные методики.

ANNOTATION

Potiyko O.V. Mini-invasive surgical operations in treatment of patients with limited fluid and suppurative formations of pancreas, liver and subphrenic space. – On the right of manuscript.

Thesis for obtaining of the academic degree of Candidate of Medical Sciences in specialty 14.01.03 – Surgery. – State Higher Educational Establishment “Ternopil State Medical University named after I.Y. Gorbachevskoho of Ministry of Health of Ukraine”, City of Ternopil, 2012.

Thesis is dedicated to improvement of results of surgical treatment of patients with limited fluid and suppurative formations of pancreas, liver and subphrenic space with algorithm development for choosing of medical tactics, priority usage of the mini-invasive multistage paracentetic and drainage surgical operations with investigation of sonographic, topographic and anatomical dependency of localization of formation in respect to stomach, duodenum and colon, its contents and volume, level of endogenous intoxication; and outlining of places and possibility of usage of such methods. The dynamics and regress of endogenous intoxication of patients with limited fluid and suppurative formations of pancreas, liver and subphrenic space, which were operated with usage of mini-invasive paracentric and drainage surgical operations. The usage of the proposed diagnostic and treatment tactics while treatment of patients with limited inner abdominal formations resulted in declining of the intra operatic rate

complications from 17,5 % while usage of laparotomic methods of treatment to 0% while usage of paracentetic and drainage methods and to decline the rate of post operation complications from 40,00 to 4,3%, level of post operative lethality from 7,5 to 0% and the average period of the hospital treatment was declined from 35,5 to 16,5 days.

Key words: formations of pancreas, liver, subphrenic space, endogenous intoxication, sonography, mini-invasive methods.