

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

ДРОНЯК МИКОЛА МИКОЛАЙОВИЧ

УДК: 616-089+616.052+616.37-002+616.36-008.5

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ
СИНДРОМОМ ЖОВТЯНИЦІ

14.01.03 – хірургія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль - 2007

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Івано–Франківському державному медичному університеті МОЗ України.

Науковий керівник: доктор медичних наук професор **Шевчук Ігор Михайлович**,
Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України,
завідувач кафедри госпітальної хірургії.

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Шідловський Віктор Олександрович**, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, завідувач кафедри загальної та оперативної хірургії з топографічною анатомією, травматологією і ортопедією;

доктор медичних наук, професор **Копчак Володимир Михайлович**, Інститут хірургії та трансплантології АМН України, завідувач відділу хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчних шляхів.

Провідна установа: Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, м. Київ, кафедра загальної хірургії № 1.

Захист відбудеться 23 лютого 2007 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, Майдан Волі, 1).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стільців, 8).

Автореферат розісланий 5 січня 2007 року.

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради

доктор медичних наук, професор

Я. Я. Боднар

Загальна характеристика роботи

Актуальність теми. Актуальність проблеми гострого панкреатиту зумовлена значним зростанням захворюваності, частоти виявлення некротичних форм, відсутністю тенденції до зниження показників летальності (М.Г.Шевчук і співавт., 2002; А.А.Шалимов и соавт., 2003).

Захворюваність на гострий панкреатит в Україні складає 5,2–5,9 на 10 тис населення, причому хворіють переважно особи працездатного віку (М.П.Павловський, 2002; І.О Геленко і співавт., 2005). Зростає захворюваність на некротичні форми гострого панкреатиту, що зумовило високі показники летальності, яка складає від 24,7 до 45–70 %, а при розвитку гнійно–септичних ускладнень сягає 85,7 % (Т.И.Тамм и соавт., 2000; В.М. Копчак і співавт., 2003). Якщо у 80–ті роки некротичну форму гострого панкреатиту діагностували у 34,4 % хворих, то на сьогодні її діагностують у 56–72 % пацієнтів (В.С.Земсков, 2000; В.О.Шідловський і співавт., 2003).

Синдром жовтяниці діагностують у 42–50 % хворих з гострим некротичним панкреатитом (Зайцев и соавт., 1998). Виникнення жовтяниці значно погіршує перебіг захворювання, сприяючи розвитку системних порушень, гнійного холангіту, печінково–ниркової недостатності, холямичних кровотеч та ін. Наявність жовтяниці суттєво впливає на вибір лікувальної тактики і результати лікування (А.А.Шалимов и соавт., 2000; Б.М.Даценко и соавт., 2003; В.М. Копчак і співавт., 2004;).

Більшість авторів дотримуються активної хірургічної тактики у хворих на гострий панкреатит біліарного генезу, що передбачає застосування відкритого втручання з виконанням холецистектомії, корекцію патології позапечінкових жовчних шляхів, їх зовнішнє дренивання та дренивання сальникової сумки (В.І.Мамчич і співавт., 1999). За даними інших дослідників у хворих на гострий панкреатит з синдромом жовтяниці було ефективним застосування мініінвазивних технологій, які включають втручання на загальній жовчній протоці, лапароскопічну холецистектомію і санацію черевної порожнини (J. Vober et al., 1995; В.В.Бойко и соавт., 2002) Інші автори у хворих на гострий панкреатит і обтураційну жовтяницю вважають за необхідне проводити ендоскопічну корекцію патології жовчних шляхів і тільки після нормалізації або часткового відновлення функції печінки виконувати лапароскопічну холецистектомію, санацію черевної порожнини та сальникової сумки (В.С.Тарасенко и соавт., 2000).

Однією із безпосередніх причин розвитку обтураційної жовтяниці у хворих на гострий панкреатит може бути набряк головки підшлункової залози, проте особливості вибору хірургічної тактики у таких випадках недостатньо відображені в літературі і є дискусійними (О.И.Бондарчук, 2001).

У вітчизняній та закордонній літературі наявні тільки поодинокі повідомлення про систематизовану програму діагностичних заходів у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці (С.І.Баранник і співавт., 2002). Відсутні чіткі критерії діагностики ступеня

деструкції підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, не визначені терміни оперативного втручання, не проведена диференціація доступу та об'єму хірургічної допомоги у залежності від наявності та ступеня жовтяниці (E.Kemppainen et al., 1998).

Відомі системи прогнозування перебігу гострого панкреатиту мають певні недоліки, для їх використання необхідно проводити складні дослідження, що не завжди можливо, тому є необхідність у подальшій розробці методів прогнозування захворювання та їх удосконалення (В.О.Сипливий і співавт., 2004).

Ряд авторів у хворих на гострий некротичний панкреатит в фазі ферментної токсемії і прогресуванні мультиорганної дисфункції пропонують застосовувати методи екстракорпоральної детоксикації, зокрема, інтермітуючу вено–венозну гемодіафільтрацію. Застосування методу дозволяє зменшити прояви мультиорганної дисфункції в середньому на 40 % та скоротити летальність в 1,5 раза (І.М.Шевчук і співавт., 2005).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної наукової роботи кафедри госпітальної хірургії Івано–Франківського державного медичного університету: “Клініко–функціональна характеристика стану печінки після хірургічної корекції закупорок жовчних проток та при гострому панкреатиті” (номер державної реєстрації 10104008341), при виконанні якої автором визначено і удосконалено комплексну хірургічну тактику у хворих на гострий панкреатит з синдромом жовтяниці. Тема дисертації затверджена Проблемною комісією МОЗ України „хірургія” (протокол № 12 від 24.05.2003 р.).

Мета дослідження: покращити результати хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці шляхом розроблення і впровадження оптимальної хірургічної тактики з пріоритетним застосуванням мініінвазивних технологій та визначенням особливостей і прогнозу захворювання.

Завдання дослідження:

1. Вивчити особливості клінічного перебігу гострого панкреатиту ускладненого синдромом жовтяниці, оцінити інформативність клініко–лабораторних та інструментальних методів дослідження у встановленні характеру та причини жовтяниці.
2. Розпрацювати методику прогнозування перебігу гострого панкреатиту, ускладненого синдромом жовтяниці.
3. Розробити показання та оптимальні терміни до застосування мініінвазивних технологій та відкритих оперативних втручань у лікуванні хворих на ГП, ускладнений синдромом жовтяниці.
4. Порівняти ефективність застосування мініінвазивних та відкритих методів оперативних втручань у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці.
5. Розробити алгоритм консервативного лікування та оцінити ефективність

екстракорпоральних методів детоксикації у лікуванні хворих на гострий панкреатит.

6. Опрацювати показання до застосування лапаротомних хірургічних втручань у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці, а також варіанти хірургічної тактики при виникненні гнійно-септичних ускладнень.

Об'єкт дослідження: хворі на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці.

Предмет дослідження: хірургічна тактика при гострому панкреатиті, ускладненому синдромом жовтяниці

Методи дослідження: Для встановлення діагнозу та клініко-лабораторного моніторингу перебігу захворювання виконували загальноклінічні дослідження (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові з визначенням білків, білірубину, трансаміназ, альфа-амілази, коагулограму, визначення вмісту глюкози в сироватці крові). Для визначення хірургічної тактики проводили ультразвукове дослідження з доплерографічним картуванням, комп'ютерну томографію з контрастним підсиленням, бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату і матеріалу, отриманого під час черезшкірної пункції сальникової сумки; виконували фібро-гастродуоденоскопію, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію.

Наукова новизна одержаних результатів. Робота є комплексним дослідженням, у якому проведено оцінку особливостей клінічного перебігу гострого панкреатиту у хворих з синдромом жовтяниці. Вперше встановлено, що для раннього прогнозування тяжкості перебігу гострого панкреатиту з синдромом жовтяниці найбільшу цінність має визначення пептидів середньої молекулярної маси та концентрації продуктів перекисного окислення ліпідів (малонового діальдегіду та дієнових кон'югат). Запропоновано власну систему прогнозування перебігу гострого панкреатиту з синдромом жовтяниці. Вперше доведено ефективність застосування двохетапної хірургічної тактики лікування хворих на гострий панкреатит з синдромом жовтяниці за пріоритетного використання мініінвазивних методик. Встановлено показання до застосування ранніх відкритих оперативних втручань у хворих на біліарний інтерстиціальний та некротичний гострий панкреатит з синдромом жовтяниці. Вперше показано ефективність застосування інтермітуючої вено-венозної гемодіафільтрації у хворих на гострий некротичний панкреатит з поліорганною недостатністю.

Практичне значення одержаних результатів. Дослідження сироваткової концентрації пептидів середньої молекулярної маси та продуктів перекисного окислення ліпідів (малонового діальдегіду та дієнових кон'югат) дозволяє вже на ранніх стадіях прогнозувати перебіг захворювання. Застосування двохетапної хірургічної тактики дозволяє у більшості хворих на біліарний та аліментарний гострий панкреатит уникнути розвитку печінково-ниркової недостатності, забезпечити асептичний характер панкреонекрозу, зменшити кількість ускладнень після операції. При цьому, першим етапом необхідно проводити ендоскопічну декомпресію позапечінкових жовчних шляхів, ліквідацію холедохолітазу, стенозуючого папіліту, стриктури великого дуоденального сосочка,

гнійного холангіту. При стисненні інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки головкою підшлункової залози проводити тимчасове ендобіліарне стентування. Другим етапом, після стабілізації стану хворого, доцільно виконувати лапароскопічну холецистектомію з санацією та дренажуванням черевної порожнини. При локальних гнійно-септичних ускладненнях панкреонекрозу у вигляді заочеревинної флегмони, абсцесів сальникової сумки, пріоритетним має бути застосування мініінвазивних технологій. Відкриті оперативні втручання слід виконувати при інфікованому поширеному панкреонекрозі, об'єм операції включає проведення панкреатосеквестрэктомії з формуванням закритої сальникової сумки і наступним тривалим промиванням її після операції розчинами антисептиків. Результати наукових досліджень впроваджено в хірургічну практику Івано–Франківської обласної клінічної лікарні, та Тернопільської комунальної міської лікарні № 2, що підтверджено відповідними актами. Основні наукові положення дисертації залучено у навчальний процес на кафедрі госпітальної хірургії Івано–Франківського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Внесок пошукача в отримання результатів дослідження є основним і полягає у виборі обсягу та методів дослідження, визначенні мети і формулюванні задач, самостійному проведенні інформаційно–патентного пошуку, аналізі літературних джерел за темою дисертації. Дисертантом проведений аналіз архівного матеріалу і порівняльна оцінка клініко–лабораторних та інструментальних методів дослідження хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці. Більшість оперативних втручань виконано здобувачем чи за його безпосередньої участі. Він особисто сформував базу даних, виконав статистичне обчислення результатів дослідження та узагальнення результатів наукової роботи, сформулював висновки і написав всі розділи дисертації. У роботах, опублікованих у співавторстві здобувачеві належить фактичний матеріал, його участь була визначальною і полягала у бібліографічному пошуку, проведенні клінічних, інструментальних досліджень, хірургічних втручань, статистичних досліджень, аналізу отриманих результатів, формулюванні висновків.

Ряд лабораторних досліджень проведено на кафедрах факультетської терапії та мікробіології Івано–Франківського державного медичного університету, у біохімічній лабораторії Івано–Франківської обласної клінічної лікарні. Участь автора полягала у зборі проб для досліджень, їх первинній обробці та інтерпретації отриманих результатів.

Апробація результатів дисертації. Основні матеріали та положення дисертації оприлюднені на науково–практичній конференції “Сучасні підходи до лікування ургентної хірургічної патології” (Тернопіль, 2004); першій Всеукраїнській науково–практичній конференції „Актуальні питання стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії” (Львів, 2004); науково–практичній конференції „Актуальні питання хірургії XXI століття” (Київ, 2005); науково–практичній конференції „Актуальні питання хірургічного сепсису” (Тернопіль, 2005); Всеукраїнській науково–практичній конференції студентів та молодих вчених „Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної

медицини та стоматології” (Донецьк, 2005); 9-ому Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених” (Тернопіль, 2005); матеріалах XXI з’їзду хірургів України (Запоріжжя, 2005); засіданнях Івано–Франківського осередку Асоціації хірургів України (2004, 2005).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 14 наукових праць, серед них 9 – у фахових журналах, рекомендованих ВАК України (4 з них – самостійних), 5 – у матеріалах з’їздів, конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена українською мовою на 192 сторінках друкованого тексту (обсяг основної частини становить 154 сторінки), ілюстрована 20 таблицями та 16 рисунками. Текст дисертації складається із вступу, 6 розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних джерел літератури (всього 284 найменування).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал і методи дослідження. Дослідження ґрунтується на аналізі результатів клініко-лабораторних, інструментальних методів дослідження та хірургічного лікування 194 хворих на гострий панкреатит (ГП), ускладнений синдромом жовтяниці (основна група) та 53 хворих контрольної групи, у яких захворювання проходило без жовтяниці, що знаходились на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні та відділенні малоінвазивної хірургії Івано–Франківської обласної клінічної лікарні впродовж 1997-2005 років.

Хірургічні втручання та інвазивні дослідження проводились з дотриманням принципів біоетики. Комісією з питань біоетики Івано-Франківського державного медичного університету МОЗ України (протокол № 9/06 від 21.03.2006 р) не виявлено порушень етичних норм при проведенні науково – дослідної роботи.

Серед етіологічних чинників розвитку ГП провідними виступали жовчнокам’яна хвороба та її ускладнення і аліментарні фактори, серед яких переважало зловживання алкоголем. Так, у 121 (62,4 %) із 194 хворих етіологічним чинником захворювання була патологія позапечінкових жовчних шляхів, у 73 (37,6 %) - надмірне вживання алкоголю. У контрольній групі патологія позапечінкових жовчних була причиною ГП у 28 (52,8 %), надмірне вживання алкоголю – у 25 (47,2 %) хворих. Гострий інтерстиціальний панкреатит (ГІП) діагностовано у 91 (46,9 %) хворого, гострий некротичний панкреатит (ГНП) – у 103 (53,1 %) хворих. У хворих контрольної групи ГІП діагностовано у 18 (34 %) хворого, ГНП – у 35 (66 %) хворих.

У 173 (89,2 %) хворих жовтяниця була обтураційною, у 21 (10,8 %) – паренхіматозною. Серед етіологічних чинників обтураційної жовтяниці у хворих на ГП виділяли холедохолітіаз, вклинений конкремент і великий дуоденальний сосочок (ВДС), збільшення розмірів головки підшлункової залози (ПЗ), кісти, абсцеси в ділянці головки ПЗ, синдром Міріцці,

парапанкреатичний інфільтрат в ділянці головки ПЗ, стенозуючий папіліт, стриктура ВДС. Причинами паренхіматозної жовтяниці був токсичний гепатит та печінкова недостатність.

При поступленні хворого в стаціонар, в до- і післяопераційний період та в процесі лікування хворих на ГП з синдромом жовтяниці проводили моніторинг лабораторних показників, використовували комплекс інструментальних методів дослідження.

Визначення органної дисфункції проводили за шкалою J. C. Marshall et al., 1995.

Результати дослідження та їх обговорення.

На основі аналізу клінічної картини нами відмічено деякі особливості у хворих з синдромом жовтяниці, зокрема всі хворі при госпіталізації скаржилися на постійний біль в надчеревній ділянці, жовтушність шкірних покривів, нудоту. У 12 (6,2 %) хворих жовтушність шкіри супроводжувалась шкірним зудом. У 22 (21,4 %) із 103 хворих на ГНП при госпіталізації встановлено зниження систолічного артеріального тиску нижче 100 мм рт. ст. (13,33 кПа). Дихальна недостатність різного ступеня спостерігалась у 22 (11,3 %) хворих на ГНП. Симптоми подразнення очеревини були позитивними у 21 (10,8 %) хворого на ГП, ускладнений ферментативним перитонітом.

Кількість лейкоцитів у периферичній крові при госпіталізації перевищувала верхню межу норми у 87 (44,8 %) із 194 хворих і становила в середньому $10,7 \pm 0,95 \times 10^9$ г/л, у хворих контрольної групи – $9,8 \pm 0,91 \times 10^9$ г/л ($P > 0,05$). Відзначено суттєву різницю між вмістом паличкаядерних нейтрофілів у хворих основної та контрольної групи, зокрема в основній групі їх кількість становила в середньому $8,9 \pm 0,86$ %, у хворих контрольної групи – $7,3 \pm 0,72$ % ($P < 0,05$).

Рівень загального білірубіну в сироватці крові у 89 (45,9 %) із 194 хворих основної групи не перевищував 50 мкмоль/л і в середньому становив $72,4 \pm 7,58$ мкмоль/л, у хворих контрольної групи – $14,8 \pm 1,62$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Активність АсАТ у 78 (84,8 %) хворих, незалежно від характеру жовтяниці, становила в середньому $0,99 \pm 0,11$ мкмоль/л-год, у хворих контрольної групи – $0,24 \pm 0,08$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Активність АлАТ на час госпіталізації була збільшеною у 53 (57,6 %) із 92 хворих, і становила в середньому $1,12 \pm 0,14$ мкмоль/л-год., у хворих контрольної групи – $0,48 \pm 0,06$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Із 37 хворих на ГП з жовтяницею активність ЛФ була збільшеною у 30 (81,1 %) і становила в середньому 2374 ± 252 нмоль/с-л, у хворих контрольної групи – 1682 ± 176 нмоль/с-л ($P < 0,05$).

Із 174 обстежених хворих у 105 (60,3 %) активність α -амілази у хворих основної групи становила в середньому $66,4 \pm 6,72$ г/л-год, у хворих контрольної групи – $72,8 \pm 7,44$ г/л-год ($P > 0,05$). Гіпокаліємію виявлено у 14 (17,7 %) із 79 хворих, гіпокальціємію виявлено у 11 (15,7 %) із 70 хворих, суттєвої різниці між основною і контрольною групою не було. Погіршення функціонального стану печінки, підвищення концентрації білірубіну, активності АсАт, АлАТ та ЛФ призводило до розвитку

гострої печінкової недостатності, яка мала місце у 4 (2 %) хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці.

У хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці спостерігали значно вищі рівні таких показників, як паличкоядерні нейтрофіли, білірубін, аспартатамінотрансфераза, аланінамінотрансфераза, лужна фосфатаза, порівняно з хворими на гострий панкреатит без синдрому жовтяниці, отже жовтяниця значно погіршує перебіг та прогноз захворювання.

УЗД було пріоритетним при обстеженні хворих на ГП з синдромом жовтяниці. Так, ГП діагностований у 91 (46,9 %), ГНП – у 103 (53,1 %) хворих. Важливими критеріями для обтураційної жовтяниці були діаметр і зміни стінки загальної жовчної і печінкових проток, наявність конкрементів, неоднорідного вмісту і ехо-позитивних включень. У 17 (8,8 %) хворих з паренхіматозною жовтяницею внаслідок токсичного ураження гепатоцитів виявлено збільшену печінку з підвищеною ехогенністю, неоднорідною структурою та непоширеними внутрішньо- і позапечінковим жовчними протоками. Чутливість УЗД в діагностиці ГП склала 87,6 % , специфічність – 78,8 %.

КТ підшлункової залози проведено у 42 (21,7%) хворих: у 9 (21,4 %) з ГП, у 33 (78,6 %) – з ГНП. За класифікацією Balthazar et al. (1990) стадія А встановлена у 2, стадію В – у 7 хворих з ГП. КТ з контрастним підсиленням використовували при розвитку гнійно-септичних ускладнень. Серед хворих з ГНП у 8 діагностовано стадію В, у 16 – стадію С, у 9 хворих – стадію D.

Ендоскопічні методи діагностики застосовані у 155 (79,9 %) із 194 хворих. При ЕГДФС відсутність пасажу жовчі через ВДС встановлено у 69 (83,1 %) із 83 обстежених хворих з біліарним і у 5 (6,9 %) із 72 обстежених хворих з аліментарним ГП. Поступлення жовчі в ДПК через ВДС тонкою цівкою виявлено у 52 (62,7 %) і у 18 (24,7 %) хворих, відповідно.

Показанням до ЕРПХГ вважали розширення загальної жовчної протоки до 0,8 см і більше, наявність холедохолітіазу, холангіту, стенозуючого папіліту, відсутність чітких даних за пряму обструкцію загальної жовчної протоки при її розширенні, недиагностовану причину жовтяниці, а також підвищений рівень загального білірубіну в сироватці крові до 50 мкмоль/л і вище. Чутливість ЕРПХГ складає 96 %, специфічність – 92%. У хворих контрольної групи ЕРПХГ ми не проводили.

Завдяки своєчасному застосуванню ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії з холедохолітоекстакцією, папілосфінктеротомією, та ендобіліарним стентуванням нам вдалося уникнути відкритих оперативних втручань у 30,9 % хворих, причому, у 13,4 % хворих з некротичними формами захворювання.

Зважаючи на результати наших досліджень, для прогнозування тяжкості перебігу ГП з синдромом жовтяниці ми пропонуємо застосовувати такі показники, як: 1) вік хворого понад 60 років, оскільки 5 (62,5 %) із 8 хворих основної групи, які померли, мали вік понад 60 років, тоді як троє із

чотирьох померших хворих з контрольної групи мали вік до 60 років, тому цей критерій мав більш вагоме значення саме у хворих на ГП з синдромом жовтяниці;

2) кількість лейкоцитів у периферичній крові понад 12×10^9 г/л, оскільки така кількість була у 57 (55,3 %) із 103 хворих на ГНП із синдромом жовтяниці, тоді як така кількість лейкоцитів спостерігалась тільки у 16 (30,2 %) хворих на ГП без жовтяниці;

3) рівень загального білірубіну в сироватці крові понад 50 мкмоль/л, оскільки, перевищення цього рівня було у 31 (34,1 %) із 91 хворого на ГП та у 58 (56,3%) із 103 хворих на ГНП, тоді як у хворих контрольної групи він був у межах норми;

4) активність ЛФ понад 1400 нмоль/л-с, оскільки перевищення цього рівня виявлено у 12 (75 %) із 16 хворих на ГП та у 18 (85,7 %) з 21 хворого на ГНП, а у хворих контрольної групи вона була у межах норми;

5) вміст дієнових кон'югат (ДК) понад 2,5 од оптичної щільності, оскільки, таку концентрацію ДК діагностовано у 46 (44,7 %) із 103 хворих на ГНП, ускладнений синдромом жовтяниці, тоді як у контрольній групі така концентрація була тільки у 9 (25,7 %) хворих;

6) вміст малонового діальдегіду (МДА) понад 5 нмоль/мл. Така концентрація спостерігалась у 41 (39,8 %) хворого основної групи і тільки у 10 (28,6 %) хворих контрольної групи;

7) найбільш інформативним було визначення концентрації пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ). Тільки у 7 (20 %) хворих рівень ПСММ перевищував 0,350 ум. од., тоді як у хворих на ГП з синдромом жовтяниці ПСММ сягали такої концентрації у 52 (50,5 %) хворих. Попередня апробація цієї системи ствердила її чутливість 71,2 %, а специфічність 81,4 %.

Згідно з підходами, які ми опрацювали, лікування хворих передбачає максимальне поєднання інтенсивної консервативної терапії із малоінвазивними хірургічними втручаннями на всіх етапах захворювання. Ранні відкриті оперативні втручання здійснювались у хворих на біліарний ГП при неможливості проведення декомпресії жовчовивідних шляхів в перші дві доби з часу госпіталізації. При розвитку гнійно-септичних ускладнень панкреонекрозу лапаротомне втручання проводили на 2–3 тиждень захворювання за умови неефективності мініінвазивних методів оперативного лікування та комплексної консервативної терапії.

Із 194 хворих на ГП з синдромом жовтяниці, які знаходились на лікуванні, тільки консервативні методи лікування застосовано у 40 (20,6 %) хворих, прооперовано 154 (79,4 %), у контрольній групі тільки консервативні методи лікування застосовано у 13 (24,5 %) хворих, прооперовано 40 (75,5 %) хворих. Застосований арсенал хірургічних втручань включав мініінвазивні технології, відкриті втручання, а також їх поєднання. Мініінвазивні хірургічні технології застосовані у 122 (62,9 %) із 194 хворих основної групи та у 29 (54,7 %) хворих контрольної групи. Відкриті оперативні втручання виконано у 32 (16,5 %) хворих основної групи та у 11 (20,8 %) хворих контрольної групи.

Тільки методи інтенсивного консервативного лікування нами були застосовані у 40 (20,6 %) із 194 хворих основної групи та у 13 (24,5 %) хворих контрольної групи. У всіх хворих згідно шкали Marshall J.C. (1995 р.) MODS становив 1–4 бали, що відповідало прогнозованій летальності від 0 до 7 %. Середній ліжкодень при консервативному лікуванні становив $21,4 \pm 2,6$ днів. Всі хворі цієї групи видужали.

У 52 (43 %) хворих на біліарний ГПП з синдромом жовтяниці, декомпресію жовчних шляхів в перші дві доби з часу госпіталізації проводили мініінвазивними методами, зокрема ЕПСТ, ЛХЕ. У 17 (32,7 %) в першу добу з часу госпіталізації проведено ЛХЕ з причини гострого калькульозного холециститу, ускладненого паравезікальним інфільтратом чи абсцесом, які були причиною жовтяниці. Двохетапну тактику лікування застосували у 17 (32,7 %) хворих із холедохолітіазом чи вклиненим конкрементом у ВДС. Першим етапом лікування була ЕПСТ з холедохолітоекстракцією. Другим етапом на 2–4 добу проводили ЛХЕ. У 9 (17,3 %) хворих діагностовано стенозуючий папіліт і виконано ЕПСТ з відновленням пасажу жовчі. Ще у 4 (7,7 %) хворих при ЕРПХГ діагностовано стриктуру ВДС, яким також проведено ЕПСТ. ЛХЕ цим хворим проводили на 2-4 день після ендоскопічного втручання. У хворих контрольної групи лікування розпочинали з комплексної консервативної терапії і тільки після стабілізації стану на 3-4 добу у 9 (81,8%) хворих проведено ЛХЕ.

У 52 (75,4 %) хворих з біліарним ГПП основної групи та у 12 (70,6 %) хворих контрольної групи, були застосовані мініінвазивні хірургічні технології. У 25 (36,2 %) хворих основної групи в перші дві доби з моменту госпіталізації першим етапом виконано ЕПСТ. Виконання ЛХЕ, як другого етапу хірургічного лікування вважали можливим після стабілізації і покращення стану хворого і позитивній динаміці лабораторних показників. У всіх хворих контрольної групи з моменту госпіталізації проводили консервативну терапію, і тільки після стабілізації стану хворих, нормалізації лабораторних показників, даних УЗД, на 17-21 добу вважали можливим проведення ЛХЕ. Такий тактичний підхід до хірургічного лікування застосовано у 5 (29,4 %) хворих. За наявності розлитого ферментного перитоніту у 10 (14,5%) хворих основної групи та у 3 (17,6 %) хворих контрольної групи проводили лапароскопічне дренування черевної порожнини. У 7-ми хворих з калькульозним холециститом, при відсутності УЗД даних за розширення загальної жовчної протоки, холедохолітазу, гнійного холангіту одночасно проведено ЛХЕ. У цих хворих діагностована паренхіматозна жовтяниця.

На стадії формування парапанкреатичного інфільтрату, тобто на 4–6 день з часу захворювання, госпіталізовано 8 (11,6 %) хворих. Причиною обтураційної жовтяниці у них був холедохолітаз. Цим хворим в першу добу з часу госпіталізації проводили ЕПСТ. У хворих контрольної групи потреби у ЕПСТ не виникало.

У 26 (37,7 %) хворих з біліарним некротичним ГП діагностовано гострі рідинні утворення в сальниковій сумці і головки ПЗ, що були причиною обтураційної жовтяниці. При відсутності даних за

гострий калькульозний холецистит, холангіт у 16 (61,5%) хворих та 2 (11,8 %) хворих контрольної групи проведена черезшкірна тонкоголкова пункція сальникової сумки під УЗД контролем. При формуванні абсцесу у сальниковій сумці у 10 (38,5%) хворих основної групи та у 2 (11,8 %) хворих контрольної групи проводили черезшкірне дронування гнійника під контролем УЗД катетером типу “поросичий хвостик”.

Методом вибору у лікуванні хворих на аліментарний ГПІ вважали комплексне консервативне лікування. Проте, у 5 (12,8 %) хворих, не дивлячись на лікування, жовтяниця наростала, з метою декомпресії жовчовивідних шляхів їм проводили тимчасове ендобіліарне стентування холедоха (ЕБС). У всіх хворих контрольної групи ефективною була комплексна консервативна терапія.

У 12 (35,3 %) хворих на аліментарний ГПІ, ускладнений жовтяницею, та у 5 (27,8 %) хворих контрольної групи при розлитому ферментному перитоніті проведено лапароскопічну санацію та дронування сальникової сумки і черевної порожнини. Жовтяниця у хворих основної групи носила паренхіматозний характер.

На стадії формування парапанкреатичного інфільтрату, на 5–10 добу захворювання, госпіталізовано 13 (38,2 %) хворих основної групи та 8 (44,4 %) хворих контрольної групи. Причиною жовтяниці у хворих основної групи було збільшення розмірів головки ПЗ та стиснення зовні інтрапанкреатичної частини холедоха. Застосування інтенсивної терапії дозволило у цих хворих ліквідувати ознаки обтураційної жовтяниці вже на 5–7 день перебування в стаціонарі.

У 5 хворих основної групи та у 2 хворих контрольної групи діагностовано гостру постнекротичну кісту, у 4 хворих основної групи та у одного хворого контрольної групи – абсцес сальникової сумки. При відсутності панкреатичного сепсису, перитоніту методом вибору у цих хворих вважали черезшкірну пункцію сальникової сумки під УЗД контролем. При формуванні абсцесу у сальниковій сумці у 4 хворих проводили черезшкірне дронування гнійника під УЗД контролем стилет–катетером.

Таким чином, наявність жовтяниці суттєво впливає на терміни та об’єм хірургічного втручання, зокрема у хворих контрольної групи ЕПСТ не проводились, тоді як у хворих основної групи з метою декомпресії жовчовивідних шляхів такі операції проводились вже в перші дві доби з моменту госпіталізації,

Відкриті оперативні втручання у хворих з біліарним інтерстиціальним ГПІ з синдромом жовтяниці виконані у 2 (5,1 %) хворих з множинними фіксованими конкрементами у загальній жовчній протоці, коли конкременти при ЕПСТ видалити не вдалося. Обсяг операції включав холецистектомію, холедохолітотомію, субопераційну холангіографію, зовнішнє дронування загальної жовчної протоки і черевної порожнини. Ще троє хворих основної групи та двоє контрольної групи прооперовані за невідкладними показами при наявності перитоніту, зумовленого гострим калькульозним гангренозно-перфоративним холециститом. Обсяг операції

включав холецистектомію, дренування черевної порожнини. Такі оперативні втручання ми проводили в перші дві доби з моменту госпіталізації хворих в стаціонар. При аліментарному ГП відкриті оперативні втручання не проводили.

У 17 (24,6 %) хворих на некротичний біліарний ГП з синдромом жовтяниці застосовано відкрите хірургічне втручання. В перші дві доби з часу госпіталізації відкритим методом прооперовано 11 (64,7 %) хворих за наявності обтураційної жовтяниці, перитоніту, даних УЗД за холедохолітіаз і холангіт, які неможливо ліквідувати мініінвазивними методами. У хворих контрольної групи такі оперативні втручання не проводились.

Головним показанням до виконання відкритих оперативних втручань на 2–3 тижні захворювання було розвиток гнійно–септичних ускладнень панкреонекрозу. У 16 (8,3 %) хворих основної групи та 9 (17 %) хворих контрольної групи обсяг оперативного втручання включав панкреатосеквестректомію, широке дренування парапанкреатичних гнійників, заочеревинних флегмон. Застосовували методику формування замкненої сальникової сумки з проведенням тривалого постійного промивання її після операції.

Таким чином, наявність жовтяниці у хворих основної групи вимушувало нас з метою декомпресії жовчовивідних шляхів відкриті оперативні втручання проводити вже в перші дві доби з моменту госпіталізації, тоді як у хворих контрольної групи ранні відкриті оперативні втручання не проводились. У хворих на ГП, ускладнений синдромом жовтяниці, пріоритетним вважали застосування мініінвазивних технологій, які проводились вже в перші дві доби з моменту госпіталізації хворих в стаціонар. Відкриті оперативні втручання в перші дві доби виконували тільки у випадках, коли блок жовчовивідних шляхів неможливо усунути мініінвазивними методиками. При розвитку гнійно-септичних ускладнень панкреонекрозу оптимальним терміном виконання відкритих оперативних втручань вважали 2-3 тижень захворювання.

У групі хворих на ГП, ускладнений синдромом жовтяниці, яких лікували мініінвазивними методами, клінічне покращення у вигляді зменшення болю, зникнення нудоти та блювання ми стверджували вже на 3–ю добу після мініінвазивних методів оперативного лікування. При УЗД у цих хворих на 3–5 добу встановлено зменшення до норми діаметра холедоха. У групі хворих, яким були застосовані мініінвазивні технології на 3–ю добу лікування кількість лейкоцитів у периферичній крові становила в середньому $8,4 \pm 0,88 \times 10^9 / \text{л}$ ($p < 0,05$). Відбулося вірогідне зниження концентрації білірубіну в сироватці крові, в середньому до $22,8 \pm 2,21$ мкмоль/л ($p < 0,05$), зниження активності α -амілази порівняно з даними на час госпіталізації, в середньому до $34,3 \pm 3,6$ г/л-год ($p < 0,05$). Активність лужної фосфатази також зменшувалась, і становила в середньому 2243 ± 221 нмоль/с-л. ($P > 0,05$). Показники ПОЛ та ПСММ нормалізувались швидше, як у хворих після лапаротомії, і на 7-у добу були практично в межах норми. Зокрема, рівень ПСММ на 3–ю добу після мініінвазивних

втручань зменшувався в середньому до $0,353 \pm 0,029$ ум. од. а на 7-му добу він становив в середньому $0,286 \pm 0,031$ ум. од. ($p < 0,05$). Концентрація ДК на 3-ю добу після мініінвазивних втручань зменшувалася в середньому до $2,247 \pm 0,164$ од. опт. щільн., тоді як на 7-му добу вона вже становила в середньому $2,231 \pm 0,272$ од. опт. щільн. ($p < 0,05$). Концентрація МДА на 3-ю добу після мініінвазивних втручань зменшувалася в середньому до $4,321 \pm 0,038$ нмоль/мл, тоді як на 7-му добу вона вже становила в середньому $4,176 \pm 0,386$ нмоль/мл ($p < 0,05$). Синдром поліорганної дисфункції на 3-ю добу після мініінвазивних оперативних втручань виявлено тільки у 16 (15,5 %) хворих на некротичний ГП з синдромом жовтяниці. З них всі хворі мали дисфункцію печінки (1–2 бали), дисфункцію нирок 6 хворих (1–4 бали), 2 хворих мали дисфункцію серцево–судинної системи (1–2 бали), Порушення згортальної системи крові у вигляді зменшення кількості тромбоцитів виявлено у одного хворого (1 бал), і у одного хворого відзначили дисфункції центральної нервової системи (1 бал), що згідно з шкалою Marshall J.C. (1995р) відповідало прогнозованій летальності від 0 до 50 %. На 7-му добу після застосування мініінвазивних методик синдром поліорганної дисфункції зберігався у 3-х хворих, яким в наступному виконали відкриті оперативні втручання. У двох хворих на 2–3 добу після лапароскопічного дренивання черевної порожнини поліорганна недостатність наростала, що призвело до смерті.

У хворих на некротичний ГП, яким проведено лапаротомні втручання на 3-ю добу після операції не відбувалося значних змін серед основних лабораторних показників, проте стверджено зменшення клінічних проявів захворювання, у вигляді зменшення болю, проходила нудота, блювання. При УЗД–контролі на 7-у добу встановлено зменшення до норми діаметра холедоха. Зниження лабораторних показників у хворих, яких оперували лапаротомним методом відбувалося в більшості випадків на 7–14 добу. У групі хворих, яким були застосовані відкриті оперативні втручання кількість лейкоцитів у периферичній крові зменшувалась до 7-ї доби і становила в середньому $7,87 \pm 0,72 \times 10^9$ /л ($p < 0,05$). До 3-ї доби відбулося вірогідне зниження концентрації білірубину в сироватці крові, в середньому до $32,6 \pm 3,4$ мкмоль/л ($p < 0,05$), зниження активності α -амілази порівняно з даними на час госпіталізації на 3-ю добу після лапаротомії в середньому до $56,1 \pm 5,8$ г/л-год ($p < 0,05$). Активність лужної фосфатази в групі хворих, прооперованих з використанням відкритих оперативних втручань на 3-ю добу практично не змінилася, а на 7-му добу зменшилась несуттєво і становила в середньому 2219 ± 224 нмоль/с-л. ($P > 0,05$). У групі хворих, яких лікували лапаротомним методом показники ПОЛ та ПСММ зберігалися високими до 7-ї доби, а надалі до 14-ї доби поступово зменшувались. Зокрема, рівень ПСММ на 7-у добу після лапаротомії зменшувався в середньому до $0,378 \pm 0,035$ ум. од., а на 14-ту добу він становив в середньому $0,317 \pm 0,038$ ум. од. ($p < 0,05$). Концентрація ДК у хворих на некротичний ГП на 7-у добу після лапаротомії зменшувалася в середньому до $2,348 \pm 0,264$ од. опт.

щілнь., тоді як на 14-ту добу вона вже становила в середньому $2,268 \pm 0,284$ од. опт. щільн ($p < 0,05$). Концентрація МДА на 7-у добу після відкритих оперативних втручань зменшувалася в середньому до $4,354 \pm 0,412$ нмоль/мл, тоді як на 14-ту добу вона вже становила в середньому $4,211 \pm 0,389$ нмоль/мл ($p < 0,05$). Синдром поліорганної дисфункції на 3-ю добу після лапаротомних втручань виявлено у всіх 16 хворих на ГНП з синдромом жовтяниці. На 7-му добу синдром поліорганної дисфункції встановлено у 12-ти хворих. В подальшому у 2-ох хворих відбувалося прогресування синдрому поліорганної дисфункції і вони померли від поліорганної недостатності.

Тривалість перебування хворих в стаціонарі після застосування мініінвазивних методик становила в середньому $15,6 \pm 1,9$ днів, після відкритих оперативних втручань – $26 \pm 5,6$ днів, а за розвитку гнійно-септичних ускладнень – $36 \pm 3,8$ днів.

Після мініінвазивних методів оперативних втручань померло двоє хворих внаслідок розвитку поліорганної недостатності. На 2–3 добу після лапаротомних втручань від тромбоемболії легеневої артерії померло двоє хворих і на 14 та 16 добу двоє хворих померло від поліорганної недостатності та двоє хворих від арозивної кровотечі.

Проведені нами дослідження переконливо показали перевагу застосування мініінвазивних хірургічних методик у хворих на некротичний біліарний ГП, ускладнений синдромом жовтяниці перед відкритими втручаннями.

Метод інтермітуючої вено–венозної гемодіафільтрації ми застосували у 13 (12,6 %) хворих на некротичний ГП, ускладнений синдромом жовтяниці, при розвитку в них поліорганної недостатності. Вено–венозну ГДФ проводили в об'ємі 10 ± 2 год/добу, спочатку щодня, а надалі за показаннями, що є достатньо ефективним і технічно простішим варіантом ГДФ, який, на нашу думку, не перешкоджає проведенню інших елементів комплексної терапії. У двох хворих на аліментарний некротичний ГП застосування інтермітуючої вено–венозної ГДФ після лапароскопічного дренивання черевної порожнини з приводу розлитого ферментного перитоніту не привело до стабілізації гемодинаміки і вони померли на 2 і 3 день. Ще два хворих на біліарний некротичний ГП померли від наростання поліорганної недостатності на 12 і 14 день. Застосування інтермітуючої вено–венозної гемодіафільтрації в комплексній терапії хворих із гострим некротичним панкреатитом в стадії ферментної ендотоксемії та в післяопераційному періоді у хворих, прооперованих з приводу гнійно–септичних ускладнень панкреонекрозу дозволяє зменшити прояви мультиорганної дисфункції, сприяє нормалізації порушень центральної нервової системи, дихальної системи, відновленню роботи шлунково–кишкового тракту і ліквідації олігоанурії.

ВИСНОВКИ

Дисертаційна робота містить новий підхід до розв'язання наукової проблеми діагностики та хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці. На підставі удосконалення діагностичної програми, доповнення її дослідженням інтоксикаційних тестів та визначенням інтенсивності пероксидації ліпідів оптимізовано вибір лікувальної та хірургічної тактики. Шляхом розпрацювання алгоритму лікувальної тактики, застосування мініінвазивних технологій лікування хворих на гострий панкреатит з синдромом жовтяниці досягнуто більш високих показників ефективності лікування на стадії асептичного панкреонекрозу. При виникненні гнійно-септичних ускладнень панкреонекрозу та панкреатичного сепсису опрацьовані шляхи підвищення ефективності лапаротомних санаційних хірургічних втручань.

1. Для встановлення характеру жовтяниці у хворих на гострий панкреатит найбільш інформативним є визначення рівня загального білірубіну і його фракцій, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази та лужної фосфатази в сироватці крові. Чутливість цих показників складає 89 %, специфічність – 76 %. Для встановлення причини жовтяниці доцільно застосовувати ультразвукове дослідження, чутливість якого складає 87,6 %, специфічність – 78,8 %, та ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, чутливість якої складає 96 %, специфічність – 92%.

2. При прогнозуванні перебігу гострого панкреатиту з синдромом жовтяниці найбільш інформативним було визначення вмісту пептидів середньої молекулярної маси та продуктів перекисного окислення ліпідів (малонового діальдегіду та дієнових кон'югатів), які у хворих з несприятливим перебігом захворювання перевищували норму в 1,5–2 рази. Запропонована нами робоча шкала прогнозу захворювання дозволяє оцінити ймовірну тяжкість захворювання з чутливістю 71,2 %, специфічністю – 81,4 %.

3. У хворих на гострий панкреатит з синдромом обтураційної жовтяниці, спричиненої холедохолітазом, стенозуючим папілітом, стриктурою великого дуоденального сосочка впродовж першої доби з часу госпіталізації показано здійснення ранньої декомпресії жовчовивідних шляхів шляхом ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії і папілосфінктеротомії. У хворих на аліментарний гострий панкреатит з жовтяницею, спричиненою зовнішнім стисненням інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки збільшеною головкою підшлункової залози показано виконання тимчасового ендобіліарного стентування. Застосування мініінвазивних методів лікування та комплексного консервативного лікування дозволяє у 83,5 % хворих на гострий панкреатит уникнути прогресування захворювання.

4. Застосування у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці, мініінвазивних технологій із застосуванням ендоскопічної папілосфінктеротомії, лапароскопічної холецистектомії, лапароскопічного дренивання черевної порожнини, черезшкірних

пункційно–дренуючих втручань під контролем ультразвукового дослідження, ендобіліарного стентування дозволило зменшити летальність після застосування мініінвазивних технологій у порівнянні з відкритими оперативними втручаннями у три рази.

5. У хворих, які отримували тільки консервативне лікування стабілізація загального стану переважно відбувалася вже в перші сім діб лікування, про що свідчить покращення загального стану, нормалізація лабораторних показників, дані інструментальних методів дослідження. Всі хворі цієї групи видужали. Застосування інтермітуючої вено–венозної гемодіафільтрації в комплексній терапії хворих із гострим некротичним панкреатитом в стадії поліорганної недостатності у хворих, прооперованих з приводу розлитого ферментативного перитоніту чи гнійно–септичних ускладнень панкреонекрозу дозволяє зменшити прояви мультиорганної дисфункції, сприяє нормалізації порушень центральної нервової системи, дихальної системи, відновленню роботи шлунково–кишкового тракту і ліквідації олігоанурії.

6. У хворих на біліарний інтерстиціальний і некротичний гострий панкреатит з синдромом жовтяниці ранні відкриті оперативні втручання, повинні виконуватися за обмеженими і чітко визначеними показаннями, зокрема, у випадках коли блок жовчевідтоку не вдається ліквідувати мініінвазивними методами. При розвитку гнійно–септичних ускладнень панкреонекрозу відкриті оперативні втручання доцільно виконувати на 2-3 тиждень захворювання. При розвитку локальних постнекротичних і гнійних ускладнень панкреонекрозу у вигляді гострого скупчення рідини чи абсцесу в сальниковій сумці, заочеревинної флегмони показано застосування черезшкірно–дренуючого втручання під ультразвуковим контролем, або виконання ізольованої люмботомії. Це дозволяє уникнути лапаротомії у третини хворих з гострим некротичним панкреатитом.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Для діагностики гострого панкреатиту, ускладненого синдромом жовтяниці, слід визначати рівень загального білірубіну і його фракцій, аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази та лужної фосфатази в сироватці крові. З інструментальних методів дослідження необхідно застосовувати ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію та ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію. Для прогнозування перебігу гострого панкреатиту, ускладненого синдромом жовтяниці, слід визначати вміст пептидів середньої молекулярної маси та продуктів перекисного окислення ліпідів (малонового діальдегіду та дієнових кон'югатів).

2. У хворих на некротичний гострий панкреатит з поліорганною недостатністю необхідно застосовувати інтермітуючу вено–венозну гемодіафільтрацію.

3. У хворих на аліментарний гострий панкреатит з жовтяницею, спричиненою зовнішнім стисненням інтрапанкреатичної частини загальної жовчної протоки або збільшеною головкою підшлункової залози, показано тимчасове ендобіліарне стентування. Стент слід видаляти на 7–10 добу після нормалізації рівня білірубіну в сироватці крові.

4. У хворих на біліарний інтерстиціальний гострий панкреатит з холедохолітіазом після декомпресії жовчовивідних шляхів за допомогою ендоскопічної ретроградної літоекстракції на 2–4 добу показана лапароскопічна холецистектомія. У хворих на біліарний некротичний гострий панкреатит лапароскопічну холецистектомію слід проводити на 17–21 добу після стабілізації лабораторних показників і загального стану хворих.

5. При невдалій ендоскопічній літоекстракції у хворих на гострий біліарний некротичний панкреатит з синдромом жовтяниці показано відкрите втручання, об'єм якого повинен включати холецистектомію, холедохолітотомію, зовнішнє дренивання загальної жовчної протоки, дренивання сальникової сумки та черевної порожнини.

6. При виконанні відкритих оперативних втручань у хворих гострим деструктивним панкреатитом з синдромом жовтяниці у період гнійно–септичних ускладнень слід виконувати панкреатосеквестректомію із формуванням закритої сальникової сумки і її наступним тривалим промиванням антисептичними розчинами в післяопераційному періоді.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Шевчук М.Г., Шевчук І.М., Ткачук О.Л., Дроняк М.М. Діагностика важкості панкреонекрозу та обґрунтування хірургічної тактики лікування // Архів клінічної медицини. – 2002. – № 1. – С.73-75. (Здобувачеві належить частина матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

2. Шевчук І.М., Ткачук О.Л., Копчак О.М., Дзвонковський Т.М., Дроняк М.М. Діагностика та хірургічна тактика у лікуванні хворих на гострий панкреатит // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія „Медицина”. – 2003. – Вип. 20. – С. 165–167. (Здобувачеві належить частина матеріалу дослідження, наукова редакція, підготовка до друку).

3. Шевчук І.М., Дроняк М.М., Побуцький О.О., Мізюк В.М. Хірургічна тактика у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С. 158–160. (Здобувачеві належить ідея, частина матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

4. Дроняк М.М. Диференційована хірургічна тактика у хворих з гострим біліарним панкреатитом та синдромом жовтяниці // Клін. хірургія. – 2005. – № 1. – С. 32–34.

5. Дроняк М.М. Малоінвазивні технології у хворих на гострий аліментарний панкреатит із синдромом жовтяниці // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 24-27.
6. Дроняк М.М. Післяопераційні ускладнення при хірургічному лікуванні хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці та методи їх корекції // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 2.1(17). – С. 58-61.
7. Шевчук М.Г., Шевчук І.М., Герич Р.П., Ткачук О.Л., Дроняк М.М., Протас В.В. Системна запальна реакція і сепсис у хворих на гострий біліарний некротичний панкреатит // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 4. – С. 32-35. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).
8. Шевчук М.Г., Шевчук І.М., Дзвонковський Т.М., Дроняк М.М. Стандартизація лікувальних заходів у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці // Хірургія України. – 2005. – № 1(13). – С. 157–158. (Здобувачеві належить ідея, матеріал дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів).
9. Дроняк М.М. Мініінвазивні хірургічні технології в лікуванні хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці // Буковинський медичний вісник. – 2006. – Т. 10, № 1. – С. 142–145.
10. Шевчук І.М., Ткачук О.Л., Дроняк М.М. Лікування біліарного панкреатиту з синдромом жовтяниці // Клін. хірургія. – 2003. – № 1(719). – С. 36-37. (Здобувачеві належить ідея, матеріал дослідження, підготовка до друку).
11. Побуцький О.О., Сорочинський І.М., Дроняк М.М. Рання лабораторна діагностика панкреонекрозу // Матеріали I Всеукраїнської наук.-практ. конф. „Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів, 2004. – С. 134-135. (Здобувачеві належить частина матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів).
12. Дроняк М.М. Особливості лікування хворих на аліментарний некротичний гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці // Матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. студентів та молодих вчених „Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної медицини та стоматології”. – Донецьк, 2005. – С. 11.
13. Дроняк М.М. Алгоритм лікувальної тактики у хворих на гострий біліарний некротичний панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці // Матеріали 9-го Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих учених. – Тернопіль, 2005. – С. 43-43.
14. Шевчук М.Г., Шевчук І.М., Дроняк М.М., Герич Р.П., Протас В.В. Хірургічне лікування хворих на гострий некротичний панкреатит // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005 – Т. 1. – С. 301–303. (Здобувачеві належить ідея, частина матеріалу дослідження, статистичне обчислення отриманих результатів, підготовка до друку).

АНОТАЦІЯ

Дроняк М.М. Хірургічне лікування хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці.– Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2007.

Дисертація присвячена поліпшенню результатів хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці з пріоритетним застосуванням мініінвазивних технологій.

На основі аналізу результатів клінічного та лабораторного моніторингу показано ефективність застосування у хворих на біліарний гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці, двохетапної хірургічної тактики, що полягає в ранній декомпресії жовчовивідних шляхів за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії вже в перші дві доби з часу госпіталізації та виконання другим етапом, після стабілізації стану хворих, лапароскопічної холецистектомії. У хворих на аліментарний гострий панкреатит методом вибору є комплексна консервативна терапія, а при наростанні білірубінемії – тимчасове ендобіліарне стентування.

Відкриті оперативні втручання в ранні терміни з моменту госпіталізації хворих в стаціонар проводяться при неможливості усунути блок жовчовивідних шляхів мініінвазивними методами, а в пізні терміни (2–3 тиждень захворювання) – при розвитку гнійно–септичних ускладнень панкреонекрозу.

Реалізація розробленої хірургічної тактики у хворих на гострий панкреатит, ускладнений синдромом жовтяниці дозволила зменшити летальність після застосування мініінвазивних технологій до 1,64 %, після відкритих оперативних втручань до 18,75 %.

Ключові слова: гострий панкреатит, синдром жовтяниці, хірургічне лікування.

АННОТАЦИЯ

Дроняк Н.Н. Хирургическое лечение больных на острый панкреатит, осложненный синдромом желтухи.– Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я.Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2007.

Диссертация посвящена решению одной из актуальных проблем заболеваний желудочно-кишечного тракта – хирургическому лечению острого панкреатита, осложненного синдромом желтухи с приоритетным использованием миниинвазивных технологий.

На основании анализа результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования доведена эффективность применения у больных на билиарный острый панкреатит двухэтапной хирургической тактики, что предусматривает раннюю декомпрессию желчевыводящих путей с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии в первые две суток с момента поступления больного в стационар и выполнение вторым этапом, после стабилизации состояния больных, лапароскопической холецистэктомии. У больных алиментарным острым панкреатитом методом выбора есть комплексная консервативная терапия, а при нарастании билирубинемии – временное эндобилиарное стентирование.

При диагностировании у больных острым некротическим панкреатитом, осложненным синдромом желтухи, разлитого ферментативного перитонита проводилось лапароскопическое дренирование брюшной полости. У больных билиарным некротическим острым панкреатитом одновременно проводилась лапароскопическая холецистэктомия.

Открытые оперативные вмешательства в первые двое суток с момента поступления больного в стационар выполнялись при невозможности удалить блок желчевыводящих путей миниинвазивными методами. В таких случаях проводилась лапаротомия, холистэктомия, холедохолитотомия, внешнее дренирование холедоха, интраоперационная холангиография, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

При развитии гнойно-септических осложнений панкреонекроза на 2-3 неделю выполняли лапаротомию, панкреатосеквестрэктомия, внешнее дренирование сальниковой сумки, забрюшинных флегмон, дренирование брюшной полости.

При развитии локальных постнекротических и гнойных осложнений панкреонекроза в виде острого скопления жидкости или абсцесса в сальниковой сумке, забрюшинной флегмоне использовали чрезкожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвукового исследования или выполняли изолированные люмботомии. Это позволило избежать открытых оперативных вмешательств у трети больных острым панкреатитом, осложненным синдромом желтухи.

При выяснении характера желтухи у больных острым панкреатитом наиболее информативным есть определение уровня общего билирубина и его фракций, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Чувствительность этих показателей составила 89 %, специфичность – 76 %. Для определения причины желтухи использовали ультразвуковое исследование и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, чувствительность которой составила 96 %, специфичность – 92 %.

Разработана индивидуализированная рабочая шкала прогнозирования тяжести течения острого панкреатита с синдромом желтухи. Наиболее информативным было определение возраста больного, количества лейкоцитов в периферической крови, количества билирубина в сыворотке

крови, активности щелочной фосфатазы, уровня пептидов средней молекулярной массы и продуктов перекисного окисления липидов (малонового диальдегида и диеновых конъюгат), которые у больных с неблагоприятным прогнозом увеличивались в 1,5-2 раза. Чувствительность предложенной нами шкалы прогнозирования тяжести заболевания составила 71,2 %, специфичность – 81,4 %.

У больных острым некротическим панкреатитом после открытых оперативных вмешательств и после лапароскопического дренирования брюшной полости при разлитом ферментативном перитоните при развитии полиорганной недостаточности мы использовали метод интермитирующей вено–венозной гемодиализации. Этот метод проводили в количестве 10±2 час/сутки, сначала каждый день, а далее по показаниям, что есть эффективным и технически простым вариантом гемодиализации, который, по нашему мнению, не вредит проведению других элементов комплексной терапии. Значительное улучшение состояния больных отмечали уже после 2-3 сеансов интермитирующей вено-венозной гемодиализации.

Реализация разработанной хирургической тактики у больных острым панкреатитом, осложненным синдромом желтухи, способствовала уменьшению летальности после применения миниинвазивных технологий до 1,64 %, после открытых оперативных вмешательств – до 18,75 %.

Ключевые слова: острый панкреатит, синдром желтухи, хирургическое лечение.

ANNOTATION

Dronyak M.M. Syrgical treatment of acute pancreatitis complicated by jaundice syndrome. –Manuscript.

Dissertation for candidate of medical science degree in the speciality 14.01.03 – Surgery. I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ministry of Publik Health of Ukraine, Ternopil, 2007.

The work is devoted to the improvement of the results of surgical treatment of acute pancreatitis complicated by jaundice syndrome with the priority application of miniinvasion technologies.

On the results of clinical and laboratory monitoring the effectiveness of two-stage surgery tactics applied to the treatment of biliary and acute pancreatitis complicated by jaundice syndrome is showed. This tactics lies in early decompression of biliary with the help of endoscopic papilosphinkterotomy during the first two days from the time of hospitalization, and as a second stage – after the stabilization of the patient - laparoscopic cholecystectomy. As an alternative treatment for the patients with alimentary acute pancreatitis there exists complex conservative therapy, and when bilirubinemia grows – endobiliary stent implantation.

Open surgical intervention right after the hospitalization of patients are to be done when it's impossible to remove the block in biliary with the help of miniinvasion methods, the later intervention (2nd -3rd week of disease) – when the pyoin-septic complications of pancreatitis develop.

The realization of the developed surgery tactics in acute pancreatitis complicated by jaundice syndrome treatment helped to minimize the lethality after the application of miniinvasion technologies to 1,64 %, and after open surgical interventions – up to 18,75 %.

Key words: acute pancreatitis, jaundice syndrome, surgical treatment.