

Реферат

ДИАГНОСТИКО-ЛЕЧЕБНЫЙ АЛГОРИТМ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ.

Капустянский Д.В.

Ключевые слова: аппендицит, культя отростка, SIRS, демукозация, Октенисепт, диагностика, лечение.

Целью исследования была разработка эффективного и одновременно удобного в применении в условиях большинства лечебных учреждений хирургического профиля диагностического-лечебного алгоритма у больных с острым аппендицитом. Проведено клиническое исследование 437 больных. В результате исследования были определены прогностические критерии, которые базировались на стандартных показателях ССВО и разработанной авторами шкалы, что обеспечило диагностический этап алгоритма у больных с сомнительным диагнозом. В основу лечебного этапа алгоритма было положено способ дифференцированной обработки культы червеобразного отростка в зависимости от клинико-морфологической формы острого аппендицита (получен патент Украины) в сочетании с предложенной схемой антибиотикотерапии. Использование лечебно-диагностического алгоритма позволило значительно снизить количество послеоперационных осложнений, тем самым повысив эффективность лечения больных с острым аппендицитом и облегчив диагностический этап лечения у больных с сомнительным диагнозом.

Summary

ALGORITHM FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE APPENDICITIS AND ITS COMPLICATIONS.

Kapustyansky D.V.

Keywords: appendicitis, appendiceal stump, SIRS, demucosation, Octenisept, diagnosis, treatment.

The aim of the study was to develop an efficient and easy-to-use algorithm for diagnosis and treatment in patients with acute appendicitis. Clinical trial was carried out on 437 patients. The study identified prognostic criteria, which were based on standard indicators of SIRS and developed by the authors of the scale, that provided diagnostic phase of the algorithm in patients with doubtful diagnosis. The therapeutic stage of the algorithm included differentiated treatment of the stump of the appendix, depending on the clinical and morphological forms of acute appendicitis (the patent of Ukraine) in combination with the scheme of antibiotics we suggested. The implementation of the algorithm into medical practice significantly reduced the number of postoperative complications, thereby increased the effectiveness of the treatment of patients with acute appendicitis and promoted diagnostic phase of treatment in patients with doubtful diagnosis.

УДК: 616.37-002:616.94-08

Коритна Г.Ю., Муравйов П.Т., Шарапов І.В., Шевченко В.Г., Колодій В.В.

КОРЕКЦІЯ СИНДРОМУ ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ В ТЕРАПІЇ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Одеський національний медичний університет

Одеський обласний центр хірургії печінки та підшлункової залози

Гострий панкреатит (ГП) - актуальна проблема невідкладної хірургії. Зростає кількість поширених форм панкреонекрозу, що супроводжуються розвитком панкреатогенного шоку, гнійних ускладнень. Проведено аналіз комплексного лікування 141 хворого на гострий деструктивний панкреатит, що отримали лікування в обласному центрі гепатопанкреатології за період з 2006 по 2011 роки, з них 52 жінки та 87 чоловіків, віком від 18 до 80 років. Основну групу спостереження (68 (48,2%) хворих) склали хворі, яким одночасно з інфузійною терапією та оперативними методами лікування проводився мембранний плазмаферез. В контрольній групі (73 (51,8%) хворих) корекція синдрому ендогенної інтоксикації проводилась без застосування екстракорпоральної детоксикації. Застосування мембранного плазмаферезу в комплексному хірургічному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту дозволяє суттєво зменшити прояви синдрому ендогенної інтоксикації, гострої ниркової недостатності, досягти більш швидкого зменшення больового синдрому. У хворих із використанням методів екстракорпоральної детоксикації в комплексній терапії ГП спостерігається «обрив» захворювання на ранніх стадіях розвитку і, як наслідок, зниження кількості гнійно-некротичних ускладнень з 32,8% до 13,2% і загальної летальності з 27,3% до 11,7%.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, детоксикація, плазмаферез, хірургічне лікування, комплексна терапія.

Гострий панкреатит (ГП) - актуальна проблема невідкладної хірургії. Зростає кількість поширених форм панкреонекрозу, що супроводжуються розвитком панкреатогенного шоку, гнійних ускладнень. [6,7]. Не дивлячись на вдосконалення методів сучасної діагностики та лікування загальна летальність коливається від

4,5% до 15%, при деструктивних формах складає 24-60%, а післяопераційна сягає 70% та не має тенденції до зниження [2,7]. Серед причин високої летальності одне з провідних місць займає ендотоксичний шок, прогресуюча поліорганна недостатність на фоні абдомінального сепсису та пізня діагностика септичних паран-

креатичних ускладнень [4].

Наслідком аутолізу підшлункової залози є накопичення токсичних метаболітів в організмі, та порушення функції природних детоксуючих систем, їх виснаження та розвиток синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ) [5]. В перебігу захворювання можна виділити два піки ендотоксикозу, що мають клінічне значення: перша хвиля – ферментативна інтоксикація в однойменній фазі гострого деструктивного панкреатиту (ГДП), і друга хвиля – при розвитку гнійних ускладнень. Важкий ендотоксикоз може призвести до розвитку поліорганної недостатності та смерті хворого [1,3], тому боротьба з ним має велике значення в комплексній терапії гострого деструктивного панкреатиту.

Мета дослідження

Поліпшення результатів комплексного лікування хворих з гострим деструктивним панкреатитом, шляхом «обриву» захворювання на ранніх етапах його розвитку.

Матеріал і методи

Проведено аналіз комплексного лікування 141 хворого на гострий деструктивний панкреатит, що отримали лікування в обласному центрі гепатопанкреатології за період з 2006 по 2011 роки, з них 52 жінки та 87 чоловіків, віком від 18 до 80 років. Основну групу спостереження (68 (48,2%) хворих) склали хворі, яким одночасно з інфузійною терапією та оперативними методами лікування проводився мембранний плазмаферез. В контрольній групі (73 (51,8%) хворих) корекція синдрому ендогенної інтоксикації проводилась без застосування екстракорпоральної детоксикації. В першій групі легку форму ГДП діагностовано в 34 (50%) хворих, середньої тяжкості – 21 (30,8%) хворих, тяжкий деструктивний панкреатит – у 13 (19,2%) хворих. Легку форму ГДП діагностовано в 37 (50,6%) хворих другої групи, у 22 (30,1%) хворих зареєстровано панкреатит середньої тяжкості, тяжким деструктивним панкреатитом страждало 14 (19,3%) хворих.

Верифікація діагнозу здійснювалась на підставі даних клінічного обстеження, лабораторних показників (гіперамілаземія, гіперамілазурія, рівні ліпази, еластази, інтерлейкінів 2, 6, кальцію), інструментальних методів дослідження (оглядової рентгенографії органів грудної та черевної порожнини, УЗД, ФЕГДС, КТ). У ряді випадків, при неясній клінічній картині, виконувалася діагностична лапароскопія, при проведенні якої виявляли набряк кореня брижі поперечної ободової кишки, склоподібний набряк гепато-дуоденальної зв'язки, наявність прозорого випоту з високою ферментативною активністю, стеатонекрози.

Ступінь важкості ендогенного ендотоксикозу визначали на підставі рівнів сечовини, креатиніну, трансаміназ, лейкоцитарного індексу інтоксикації, загального білірубину та його фракцій, мо-

лекул середньої маси.

Обмежений (дрібновогнищевий – до 30% паренхіми органу) панкреонекроз був виявлений у 50 (35,5%) хворих, поширений (середньо- та крупно вогнищевий – від 30 до 50%) – у 78 (55,4%) хворих, субтотальний – у 9 (6,3%) хворих і тотальний – у 4 (2,8%) хворих. Ізольоване ураження паранефральної клітковини праворуч виявлено у 15 (10,6%) хворих, ліворуч – у 19 (13,4%) хворих, ураження параколярної та паранефральної клітковини ліворуч – у 39 (27,6%) хворих, праворуч – у 17 (12%) хворих і у 9 (6,3%) хворих – з обох боків.

У 73 (51,8%) хворих діагностовано асептичний панкреонекроз, постнекротичні псевдокісти виявлені у 11 (7,8%) хворих, постнекротичний парапанкреатичний інфільтрат (ППІ) – у 20 (14,2%), інфікований панкреонекроз – у 37 (26,2%) пацієнтів. Результатом ППІ була регресія інфільтрата – 4 хворі, асептична секвестрація – 9 хворих і септична секвестрація – 7 хворих.

З метою оцінки тяжкості та визначення прогнозу захворювання користувались шкалою Ranson. Консервативна терапія включала застосування міотропних спазмолітиків, нестероїдних протизапальних засобів, з метою знеболення, у всіх хворих. Інгібітори протеаз, аналоги соматостатину призначались у перші три доби від початку захворювання. Для декомпресії шлунка і кишечника застосовували назогастральну або назоінтестинальну інтубацію. Пригнічення секреторної активності ПЗ досягалось також введенням 5 фторурацилу. Також хворим проводилася антицітокінова, антиоксидантна терапія.

Усім хворим призначали багатокомпонентну внутрішньовенну та внутрішньоартеріальну інфузійну терапію, спрямовану на корекцію водно-електролітних, кислотно-основних порушень, детоксикацію. Більшості хворим проводилась раннє ентеральне (зондове) харчування.

Мембранний плазмаферез здійснювали, в більшості випадків, в фазі ферментної токсемії, за допомогою апарату «Гемофенікс», використовуючи плазмафільтри ПФМ-01-ТТ, згідно з розробленою в клініці методикою (патент України № 62538 «Спосіб комплексного лікування гострого деструктивного панкреатиту»). Антикоагулянтна тактика – комбіноване застосування гепарину 1000 ОД до початку сеансу внутрішньовенно та 150 мл розчину глюрициру фракційно, крапельно в екстракорпоральний контур під час сеансу. Кількість сеансів залежала від ступеню важкості ГП. При важкому перебігу кількість сеансів досягала 4 - 5.

Результати та їх обговорення

У переважній більшості хворих спостерігалось значне підвищення рівнів амілази, АЛТ, АСТ, сечовини, креатиніну, лейкоцитарного індексу інтоксикації, молекул середньої маси, білірубину.

В основній групі спостерігалось більш швидке зменшення больового синдрому, покращення загального стану. Рівень амілази зменшився на 53% до кінця другої доби. При застосуванні мембранного плазмаферезу, на другій добі лікування, спостерігалось зниження рівнів сечовини та креатиніну на 62% та 56% в порівнянні з вихідними значеннями. В контрольній групі значної динаміки рівнів амілази, сечовини, креатиніну на протязі 48 годин не спостерігалось.

Санация і дренування черевної порожнини та чепцевої сумки, при асептичному панкреонекрозі, виконано у 71 (49,6%) хворого, дренування параколярних просторів у 29 (20,5%) хворих. При наявності біліарної гіпертензії та деструктивного холециститу лапароскопічна холецистектомія виконана 29 (20,5%) хворим, ендоскопічна папілосфінктеротомія – 19 (13,4%) хворим.

При асептичній секвестрації ППІ виконувались мініасистовані мініінвазивні хірургічні втручання у вигляді зовнішнього дренування за «напіввідкритим» типом. У разі гнійно-септичної секвестрації ППІ проводились мініасистовані мініінвазивні програмовані некректомії та дренування заочеревинного простору. Хворим з гнійним панкреатитом і за очеревинною флегмоною застосовувались «відкриті» оперативні втручання.

Спостерігалось зниження кількості гнійно-некротичних ускладнень в основній групі 13,2% (9 хворих), порівняно з контрольною групою – 32,8% (24 хворих).

В основній групі померло 8 хворих – 3 від ферментативного шоку та респіраторного дистрес-синдрому, 2 від гострої серцево-судинної недостатності та 3 – від гнійно-септичного шоку з поліорганною недостатністю. Летальність в основній групі склала 11,7%. В контрольній групі основними причинами смерті були прогресую-

чий септичний стан, арозивні кровотечі, поліорганна та гостра серцева недостатність. Летальність склала 27,3% (20 хворих).

Висновки

1. Застосування мембранного плазмаферезу в комплексному хірургічному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту дозволяє суттєво зменшити прояви синдрому ендогенної інтоксикації, гострої ниркової недостатності, досягти більш швидкого зменшення больового синдрому.

2. У хворих із використанням методів екстракорпоральної детоксикації в комплексній терапії ГДП спостерігається «обрив» захворювання на ранніх стадіях розвитку і, як наслідок, зниження кількості гнійно-некротичних ускладнень з 32,8% до 13,2% і загальної летальності з 27,3% до 11,7%.

Література

1. Багненко С.Ф. Возможности использования плазмафереза при остром деструктивном панкреатите / С.Ф.Багненко, К.В.Б.расногоров, В.Р.Гольцов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – Т. 12, № 1. – С. 15-22.
2. Бебурушвили А.Г. «Технологическая» классификация миниинвазивных операций / А.Г. Бебурушвили, С.И.Панин, П.А.Пирожено // *Хирургия*. – 2009. – № 7. – С. 29-32.
3. Запорожченко Б.С. Аспекти комплексної терапії гострого деструктивного панкреатиту / Б.С.Запорожченко, О.Б.Зубков, А.Ю.Коритна, П.Т.Муравйов // *Харківська хірургічна школа* – 2011. – №3(48). – С. 14-16.
4. Самарцев В.А. Использование метаболической терапии и методов гемокоррекции в интенсивной терапии острого панкреатита / В.А. Самарцев [и др.] // *«Русский медицинский журнал» Хирургия*. – 2009. – Т. 17, № 14. – С. 892-893.
5. Костенко В.С. Современные медицинские технологии в комплексной терапии синдрома эндогенной интоксикации / В.С.Костенко // *Український журнал хірургії*. – 2008. – № 2. – С. 109-110.
6. Сыромятникова Е.Д. Оценка детоксикации организма при остром панкреатите / Е.Д. Сыромятникова [и др.] // *Клинич. лаборатор. диагностика*. – 2002. – №9. – С. 47-49.
7. Пугаев А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М., 2007. – 216 с.

Реферат

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.

Корытная Г.Ю., Муравьев П.Т., Шарипов И.В., Шевченко В.Г., Колодий В.В.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, детоксикация, плазмаферез, хирургическое лечение, комплексная терапия.

Острый панкреатит (ОП) - актуальная проблема неотложной хирургии. Растет количество распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся развитием панкреатогенного шока, гнойных осложнений. Проведен анализ комплексного лечения 141 больного острым деструктивным панкреатитом, получивших лечение в областном центре гепатопанкреатологии за период с 2006 по 2011 годы, из них 52 женщины и 87 мужчин в возрасте от 18 до 80 лет. Основную группу наблюдения (68 (48,2%) больных) составили больные, которым одновременно с инфузионной терапией и оперативными методами лечения проводился мембранный плазмаферез. В контрольной группе (73 (51,8%) больных) коррекция синдрома эндогенной интоксикации проводилась без применения экстракорпоральной детоксикации. Применение мембранного плазмафереза в комплексном хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита позволяет существенно уменьшить проявления синдрома эндогенной интоксикации, ОПН, достичь более быстрого уменьшения болевого синдрома. У больных с использованием методов экстракорпоральной детоксикации в комплексной терапии ОДП наблюдается «обрыв» заболевания на ранних стадиях развития и, как следствие, снижение количества гнойно-некротических осложнений с 32,8% до 13,2% и общей летальности с 27,3% до 11,7%.

Summary

CORRECTION OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN THERAPY OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS.

Korytnaya A.Y., Muravyov P.T., Sharapov I.V., Shevchenko V.G., Kolodiy V.V.

Key words: acute destructive pancreatitis, detoxification, plasmapheresis, surgery, complex therapy.

Acute pancreatitis (AP) is an actual problem of emergency surgery. A number of prevalent forms of pancreatic necrosis is constantly growing, resulting in pancreatic shock and septic complications. The analysis of complex treatment was carried out on 141 patients with acute destructive pancreatitis who took the treatment course at the Regional Center of Hepato-Pancreatology from 2006 to 2011, including 52 women and 87 men aged 18-80. The main test group (68 (48.2%) patients) involved patients who subjected to infusion therapy and surgeries as well as membrane plasmapheresis. In the control group (73 (51.8%) patients) correction of endogenous intoxication syndrome did not include extracorporeal detoxification. The application of membrane plasmapheresis in the complex surgical treatment of acute destructive pancreatitis can significantly reduce the manifestations of endogenous intoxication, acute renal failure, and helps reach more rapid relief of pain syndrome. Patients who were treated by applying extracorporeal detoxification methods showed break of the disease in its early stages and, as a consequence, there was a reduction in a number of necrotic complications from 32.8% to 13.2% and total mortality from 27.3% to 11.7%.

УДК: 616.37-001-089

**Криворучко І.А., Тесленко С.М., Сикал М.О.,
Тесленко М.М., Тонкоглас О.А.**

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА

Харківський національний медичний університет

У статті проведено аналіз 230 хворих, які були прооперовані з 1985-2012 рр. з приводу травми підшлункової залози. Показано, що тактика оперативного лікування при пошкодженнях підшлункової залози залежить як від ступеня вираженості її травматизації, так і тяжкості стану потерпілого, відсутності або наявності супутніх ушкоджень анатомо-функціональних областей. У сумнівних діагностичних ситуаціях слід ширше користуватися відеолапароскопією, яка дозволяє уникнути непотрібних лапаротомій і супроводжується низькими цифрами ускладнень і летальності. Запропонований індивідуалізований діагностичний і лікувально-тактичний підхід надання допомоги хворим з травмами підшлункової залози, дозволив в 1,8 рази знизити летальність у перший період травматичної хвороби та на 32,7% - від гнійно-септичних ускладнень, що розвинулись.

Ключові слова: гостра травма, підшлункова залоза, тактика, лікування.

Вступ

Пошкодження підшлункової залози є досить рідкісним видом травми і складають 1-4% від загального числа пошкоджень органів черевної порожнини. Підшлункова залоза (ПЗ) пошкоджується частіше при закритій травмі [5:1] (Росін В.В.).

Відносно рідкість ушкоджень ПЗ пояснюється топографо-анатомічним положенням її в черевній порожнині: залоза захищена іншими органами, хребтом і потужними м'язами спини. В останні роки відмічається збільшення частоти ушкоджень ПЗ, що пов'язано зі значним зростанням числа постраждалих із множинною і поєднаною травмою. Також наголошується переважання закритих ушкоджень ПЗ над відкритими і поєднані пошкодження над ізольованими(2,5).

При поєднаній травми, крім ПЗ, з органів живота найбільш часто ушкоджуються печінка, селезінка, нирки, тонка кишка та її брижа. Характерною для поєднаних ушкоджень є значна частота внутрішньочеревних кровотеч і заочеревинних крововиливів (2,5).

Характер і обсяг механічних пошкоджень ПЗ залежать насамперед від виду травми. При

відкритій травмі переважає колото-різані ушкодження, а останнім часом все частіше стали з'являтися вогнепальні пошкодження; а при закритій травмі - крововиливи і удари. Звичайно, можливі й непомітні оку дрібні крововиливи і струси тканини залози. Незважаючи на досягнення сучасної хірургії, травма органів панкреатодуоденальної зони залишається актуальною проблемою, що пов'язано з тяжкістю стану постраждалих, труднощами в розпізнаванні травми та її лікування.

В даний час частота травматичних ушкоджень ПЗ становить 1-3% при закритих і 6% при відкритих травмах черевної порожнини [4].

Об'єкт і методи дослідження

Проведений аналіз хірургічного лікування 230 постраждалих обох статей з травмою ПЗ з 1980 по 2012рр.

Постраждалих з ушкодженнями ПЗ I ст. було 130 (55,8%), II ст. - 38 (16,8%), III ст. - 34 (15,1%) і IV ст. - 28 (12,3%). Найчастіше ушкодження локалізувалися: в тілі ПЗ - 102 (44,7%), хвості - 42 (18,1%), голівці - 34 (14,4%), перешийку - 12 (4,9%). Поліфокальне пошкодження ПЗ мало місце у 40 (17,7%) постраждалих.

У постраждалих діагностична програма