

суючих ускладнень гострої абдомінальної патології та первинних оперативних втручань.

2. У структурі релапаротомії доцільно виділяти “вимушену” і “програмовану” релапаротомію - етапно-санаційну, експлоративну (за принципом Sekond Look) та “за потребою” (“вірогідно можливо”).

3. Диференційований підхід до різних видів РЛТ є вагомим важелем оптимізації хірургічної тактики у лікуванні найбільш важких хворих з гострими захворюваннями органів черевної порожнини.

Література

1. Андрищенко В.П., Федоренко С.Т. Застосування череззондової лікувальної програми у хворих з гострою непрохідністю кишечника та перитонітом // Клінічна хірургія. – 1997. - № 9-10. – С. 18-20.
2. Бондаренко М.В. Релапаротомія у хворих з високим операційним ризиком // Клінічна хірургія. -2004. -№3. –С. 26-29.
3. Ольшанецкий А.А., Румянцев Г.В., Глазунов В.К. Управляемые релапаротомии и многоэтапные операции при сомнительной жизнеспособности кишки у больных с ущемленной грыжей и острой непроходимостью кишечника // Харківська хірургічна школа.- 2004. - №1-2. –С. 122-124.4. Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Ткаченко А.А. Релапаротомия. – Киев: Феникс, 2001. – 360с.
5. Van Goer H., Nulsebos R.G., Bleichroolt R.P. Complication of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis // Eur. J. Surg. – 1997, 163(1): 61-66.
6. Zaniewsky M., Urbanek T., Knipwies A., Kazibudzi M. et al. Sec-

ond-look in abdominal surgery // Wiad. Lek. – 1997, 50(2) : 241-246.

Андрищенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин А.Н.

Релапаротомии в неотложной абдоминальной хирургии: терминологическая дефиниция содержания и принципы реализации

Резюме. Осуществлен анализ результатов лечения 160 пациентов, которым выполнялась релапаротомия. Вынужденных релапаротомией выполнено 104 (65%), программируемых - 56 (35%). Изучена структура основных причин, которые требовали выполнения вынужденных релапаротомий. Определены терминологические дефиниции “вынужденная”, “программируемая” и “по потребности” релапаротомии. Очерчен круг показаний для проведения каждой из них. Общая летальность после выполнения релапаротомий составила 30,6%.

Ключевые слова: *программируемая релапаротомия, терминология, содержание.*

Andriushchenko V.P., Fedorenko S.T., Dvorchyn O.M.

Relaparotomy in Emergency Abdominal Surgery: Terminological Definitions, Contents and Principles of Realization

Summary: Carried out analysis of the treatment results of 160 patients which had relaparotomy. There was 104 (65%) forced relaparotomies executed, programmable - 56 (35%). The structure of principal reasons which required implementation of forced relaparotomies is studied. Determined terminologic definitions of “forced”, “programmed”, and for “demand”. General mortality after implementation of relaparotomy was 30,6%.

Key words: *programmed relaparotomy, terminology, content.*

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616.37-036.11-085.246.1-037

Бідюк Д.М., Лисюк Ю.С., Андрищенко В.П.

Гострий панкреатит: сучасні аспекти хірургічної тактики

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії, м.Львів, Україна

Резюме. За період з 01.2000 по 12.2010 р проліковано 2609 хворих на гострий панкреатит (ГП): біліарний – 581 (22,3 %); етанольний – 2028 (77,7 %). Ініціальна терапія ГП була консервативною; в різні терміни прооперовано 480 (18 %) пацієнтів. Показаннями до відтермінованих оперативних втручань були відсутність ефекту від консервативної терапії з наростанням абдомінальної симптоматики, поліорганної недостатності та розвиток септичних ускладнень, а також поєднана прогресуюча біліарна патологія. Оперативне лікування ґрунтувалося на диференційованому застосуванні малоінвазивних пункційних дренажів та відкритих хірургічних втручань. При абсцесах і нагноєних псевдокістах санація вогнищ ураження поєднувалася з тривалим проточно-промивним дренажуванням, при некротичних панкреатитах і поширених паранекротичних – з ретроперитонеостомією із наступними програмованими ревізіями. У пацієнтів із біліарними формами ГП, яким засобами консервативної терапії вдалося досягнути абортівного перебігу захворювання, через 2-3 тижні виконували планову санацію жовчовивідних шляхів. Загалом післяопераційна летальність становила 14,8%.

Ключові слова: *гострий панкреатит, комплексне хірургічне лікування, малоінвазивні методики.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лікування гострого панкреатиту (ГП) залишається відкритою, незважаючи на вагомі досягнення в інтенсивній терапії та застосуванні різноманітних хірургічних тактик [4, 5, 6, 9, 10]. Удосконалення схем консервативної терапії та малоінвазивних хірургічних методик хоча загалом і поліпшують результати лікування, тяжкі клінічні форми ГП залишаються значною клінічною проблемою [5, 6, 8, 9].

Мета дослідження. На основі проспективного вивчення проаналізувати результати лікування пацієнтів із запальними ураженнями підшлункової залози та окреслити основні тенденції в тактиці ведення цих хворих.

Матеріал і методи дослідження

Вивченням охоплено 2609 хворих на ГП, які отримали лікування

у спеціалізованому центрі на базі клініки загальної хірургії в умовах комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м.Львова за період з 2000 по 2010 роки. Для характеристики форм перебігу захворювання застосовували визнані класифікаційні дефініції: набряковий та некротичний панкреатит, панкреатичний абсцес, постнекротична псевдокіста [4, 7, 8, 9]. Діагностика ґрунтувалася на оцінці клініко-лабораторних даних та результатів додаткових методів обстеження (ультрасонографії, комп'ютерної томографії, лапароскопії).

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл за етіологічними чинниками засвідчив істотну перевагу контингенту пацієнтів із панкреатитом етанольного генезу (2028 хворих; 77,7 %) над біліарним (581; 22,3 %).

Виключно консервативне лікування отримали 2129 (81,6%) хворих, 480 (18,4 %) – були оперовані у різні терміни захворювання. Медикаментозна терапія пацієнтів була комплексною, скерованою на різні патогенетичні ланки ГП [7]. Гемодинамічна підтримка забезпечувалась стандартними схемами відновлення ОЦК, профілактики постперфузійних ускладнень в умовах палат інтенсивної терапії [2, 8]. Обезболююча терапія базувалася на системному та регіональному (ПДА) введенні відповідних препаратів. Блокада секреторної активності підшлункової залози, активності панкреатичних ферментів та медіаторів системної запальної відповіді забезпечувалася голодуванням, аспірацією шлункового вмісту через назогастральний зонд, холінолітичними та нестероїдними протизапальними препаратами, блокаторами протонної помпи, гормональними препаратами (окрестатин/сандостатин).

Профілактика септичних ускладнень здійснювалася шляхом призначення антибіотиків [7]. На сьогодні в клініці за стандарт прийнята схема поєднаного застосування препаратів трьох груп – цефалоспоринів, фторхінолонів та імідазолів, які перекривають весь основний спектр аеробної/анаеробної мікрофлори [5].

Препарати групи карбапенемів використовували при тяжкому перебігу процесу, розвитку ускладнень або як резервну групу на другому-третьому режимах антибіотикотерапії. Ентеральне харчування забезпечувалося при можливості в ранні терміни [8], при відновленні кишкової моторики. В післяопераційному періоді дотримувалися принципи гіпераліментатції.

Показаннями до оперативного втручання при некротичному панкреатиті були відсутність ефекту від консервативної терапії на фоні наростання абдомінальної симптоматики, поліорганної недостатності та/або поява ознак септичних ускладнень [4, 6, 7, 8]. При сформованих панкреатичних абсцесах та нагноєних псевдокістах оперативні втручання полягали в санації гнійного вогнища із подальшим тривалим проточно-промивним дренажуванням. У випадках некротичних панкреатитів із поширеним ураженням заочеревинного простору виконували розкриття парапанкреатичних та ретроколярних некротично-гнійних вогнищ з наступними програмованими релапаротоміями [3].

У пацієнтів із біліарними формами панкреатиту, яким засобами консервативної терапії вдавалося досягнути регресу захворювання, мінімум через 2-3 тижні виконувалася планова санація біліарного тракту.

Післяопераційна летальність на фоні коливань в окремі роки вказувала на тенденцію її зниження упродовж десяти років: 2000 – 17,9 %; 2001 – 29,7 %; 2002 – 15,1 %; 2003 – 15 %; 2004 – 18,2%; 2005 – 13,9 %; 2006 – 17,9 %; 2007 – 11,1 %; 2008 – 13,7%; 2009 – 16,3 %; 2010 – 11 %.

За десятирічний період вивчення в комплексному лікуванні хворих на ГП проявилися певні тенденції. Стандартизація схем ініціальної терапії [2] сприяла досягненню суттєвих результатів у лікуванні панкреатитів легкого ступеня тяжкості, що у випадках біліарного генезу захворювання уможливило виконання у плановому порядку санаційних операцій на жовчовивідних шляхах [1]. Ефективним і патогенетично обґрунтованим при тяжких формах перебігу ГП було застосування диференційованої вибіркової тактики, котра передбачала якісну реалізацію усіх можливостей консервативної терапії в поєднанні із малоінвазивними методиками (черезшкірні пункції та/або дренажування зон рідинних скупчень під контролем ультрасонографії), а також виконання відкритих оперативних втручань. Впровадження в алгоритм лікування ГП малоінвазивних методик дозволило оптимізувати ведення хворих – локалізувати патологічний процес, а в деяких випадках сприяти абортивному перебігу захворювання та значно знизити рівень летальності у даних пацієнтів. Паралельно із проведенням комплексної медикаментозної терапії виконувалася УСГ–моніторинг, при потребі – комп'ютерне томографічне обстеження.

Доцільно вказати, що принциповим моментом у лікувальній програмі є виконання оперативних втручань у більш відтермінований період захворювання [5, 7], завдяки чому вдається максимально провести медикаментозну корекцію ускладнень, стабілізувати стан хворого, досягти демаркації некротичного ураження та здійснити адекватну санацію некротично-гнійного вогнища.

Висновки

1. Ініціальні підходи в лікуванні ГП полягають у діагностично-лікувальному алгоритмі з акцентом на інтенсивну консервативну терапію в умовах анестезіолого-реаніматологічного відділу.

2. Відсутність ефекту від консервативної терапії як показання до оперативного лікування формулюється на основі комплексної оцінки клінічної симптоматики, даних УЗД/КТ–моніторингу і результатів пункційної діагностики.

3. Оперативне лікування некротичного панкреатиту може включати етап малоінвазивних пункційних методик, при їх недостатній ефективності або поширеному інфікованому панкреонекрозі – необхідним є хірургічне втручання із застосуванням тривалого проточно-промивного дренажування або програмованих ревізій.

4. Оптимізація лікувально-діагностичних програм при ГП доцільна в умовах спеціалізованих центрів з оцінкою існуючих

та розпрацюванням нових тактичних підходів.

Література

1. Андрищенко В.П., Лисюк Ю.С., Бідюк Д.М., Кушнірук О.І. Гострий біліарний панкреатит: обґрунтування диференційованих тактичних підходів // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”. – 2011. – вип. 41. – С. 14–17.
2. Березницький Я.С., Дука Р.В., Верховал І.Л. и др. Оптимизация лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара // Медицинские перспективы. – 2012. – Т. XVII. – №1. – Ч.1. – С.58-60.
3. Бідюк Д.М. Релапаротомія в лікуванні септичних ускладнень деструктивного панкреатиту: аргументація показань і контрверсії // Acta medica Leopoliensia. – 2001. – Т.7. – №4. – Ст. 62 – 65.
4. Брискин Б.С., Халидов О.Х., Алияров Ю.Р. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т.14. – №3. – С.63-68.
5. Тамм Т.И., Белов С.Г., Мамонтов И.Н. и др. Выбор хирургической тактики при лечении осложненных форм острого панкреатита // Медицинские перспективы. – 2012. – Т. XVII. – №1. – Ч.1. – С.61-64.
6. Хомяк И.В. Хирургическое лечение острого некротического панкреатита. Современный стан проблемы // Клиническая хирургия. – 2009. – №3. – С.57-59.
7. AGA Institute Technical Review on Acute Pancreatitis // Gastroenterology. – 2007; 132:2022-2044.
8. Banks P.A., Freeman M.L. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis // American Journal of Gastroenterology. – 2006;101:2379-2400.
9. Beger H. G., Matsuno S., Cameron J. L. Diseases of the Pancreas. Current Surgical Therapie. – Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. – 905 S.
10. Bradley III Edward L. Indications for Surgery in Necrotizing Pancreatitis – A Millennial Review JOP. J Pancreas (Online) 2000; 1(1):1-3.

Бідюк Д.М., Лисюк Ю.С., Андрищенко В.П.

Острый панкреатит: современные аспекты хирургической тактики

Резюме. За период с 01.2000 по 12.2010 г пролечено 2609 больных с острым панкреатитом (ОП): билиарный - 581 (22,3%) этанольный - 2028 (77,7%). Инициальная терапия ОП была консервативной; в разные сроки прооперированы 480 (18%) пациентов. Показаниями к отсроченным операциям были отсутствие эффекта от консервативной терапии с нарастанием абдоминальной симптоматики, полиорганной недостаточности и развитие септических осложнений, а также объединенная прогрессирующая билиарная патология. Оперативное лечение основывалось на малоинвазивных функциональных дренированиях и открытых хирургических вмешательствах. При абсцессах и нагноениях псевдо кист, санация очагов поражения сочеталась с длительным проточно-промывным дренированием, при некротических панкреатитах и распространенных парапанкреатитах - с ретроперитонеостомией со следующими программируемыми ревизиями. У пациентов с билиарным формами ОП, средствами консервативной терапии удавалось достичь abortивного течения заболевания, через 2-3 недели выполняли плановую санацию желчевыводящих путей. Всего послеоперационная летальность составила 14,8%.

Ключевые слова: острый панкреатит, комплексное хирургическое лечение, малоинвазивные методики.

Bidyuk D.M., Lysiuk Yu.S., Andriyushenko V.P.

Acute Pancreatitis: Modern Aspects of the Surgical Tactics

Summary: For the period strating from 01.2000 to 12.2010 2609 patients suffering from acute pancreatitis (AP) were treated : biliary (n=581; 24,2 %) and alcohol (2028; 77,7 %) etiology. Initial therapy of AP was conservative, in different terms 480 (18%) patients were operated. Indicators for performing of delayed operations were absence of efficiency of conservative therapy with predomination of abdominal symptoms, multiple organ dysfunction syndrome, development of septic complications or combined biliary pathology. Operations were based on differential usage of minimally invasive punctual draining and opened surgical interventions In cases of organized abscesses and purulent pseudocysts the operations were based on exploration of affected foci and flow-washing draining; in cases of necrotic pancreatitis with spreading parapancratis the disclosure of the affected areas was conducted, retroperitoneostomy with follow-up programmed revisions was done. Patients suffering from biliary forms of acute pancreatitis after satisfactory conservative therapy in 2–3 weeks underwent planned sanitation of biliary tract. In general (overall) the percent of post-operative mortality was 14,8 %.

Key words: acute pancreatitis, complex surgical treatment, minimally invasive technics.

Надійшла 25.06.2012 року.