

3. Klymenko AV. [Surgical treatment of chronic pancreatitis]. [dissertation]. Zaporizhzhia. 2013;36.

4. Karmazanovsky GG, Kozlov IA, Yashina NI, et al. [Computer tomographic criteria for the selection of the evaluation method and the results of the surgical treatment of chronic pancreatitis]. Meditsinskaya vizualizatsiya. 2006;3:75-87. Russian.

5. Jareshko VG, Mihejev YuO, Zhyvytsia SG, Bambyzov LM. [Low-invasive technologies in the treatment of chronic pancreatitis complications]. Visnyk Vynnytskogo natsionalnogo medychnogo universytetu. 2017;1(21):71-75. Ukrainian.

6. Nychytajlo MYu, Snopok YuV, Hil'ko YuO. [Pseudocysts of the pancreas complicated by bleeding: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment]. Klinichna khirurgiia. 2009;1:57-61. Ukrainian.

7. Kim HC, Yang DM, Kim HJ, et al. Computed tomography appearances of various complications associated with pancreatic pseudocysts. Acta Radiol. 2008;49:727-34.

8. Gupte AR, Forsmark CE. Chronic Pancreatitis. Curr Opin Gastroenterol. 2014 Sep;30(5):500-5. doi: 10.1097/MOG.0000000000000094

9. Marino KA, Hendrick LE, Behrman SW. Surgical management of complicated pancreatic pseudocysts after acute pancreatitis. Am J Surg. 2016 Jan;211(1):109-14. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.07.020. Epub 2015 Oct 24.

10. Zerem E, Hauser G, Loga-Zec S, et al. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. World J Gastroenterol. 2015;21:6850-60.



УДК 616.37-002.4:617-089.819

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4\(part1\).145719](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145719)

**В.Г. Ярешко,
А.І. Марусій**

МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

кафедра хірургії та малоінвазивних технологій

бул. Винтера, 20, Запоріжжя, 69096, Україна

SE «Zaporizhzhia medical academy for post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»

Department of surgery and minimally invasive technologies

Vinter boul., 20, Zaporizhzhia, 69096, Ukraine

e-mail: naukazmapo@gmail.com

Ключові слова: некротичний панкреатит, малоінвазивні методи, хірургічне лікування

Ключевые слова: некротический панкреатит, малоинвазивные методы, хирургическое лечение

key words: necrotic pancreatitis, minimally invasive methods, surgical treatment

Реферат. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении больных с острым некротическим панкреатитом. Ярешко В.Г., Марусий А.И. Проанализированы результаты хирургического лечения 133 пациентов с некротическим панкреатитом, которым выполнены 163 операции. Лапаротомным доступом оперировано 66 (49,6%) пациентов, с использованием малоинвазивных методик - 67 (50,4%). Показано, что лучшие результаты были у пациентов, которым выполнены малоинвазивные вмешательства в сравнении с традиционным «открытым» лечением. Летальных исходов в послеоперационном периоде не было. Имели место 2 (11,1%) послеоперационных осложнения в виде неполных панкреатических свищей, которые закрылись под влиянием консервативного лечения.

Abstract. Minimally invasive surgical operations in the treatment of patients with necrotizing pancreatitis. Yareshko V.G., Marusii A.I. The results of surgical treatment of 133 patients with necrotic pancreatitis, who underwent 163 operations, were analyzed. 66 (49.6%) patients underwent laparotomy access, minimally invasive procedures – 67 (50.4%). It was shown that the best results were in patients who underwent minimally invasive interventions in comparison with traditional "open" treatment. There were no lethal outcomes in the postoperative period. There were 2 (11.1%) postoperative complications in the form of incomplete pancreatic fistulas, which were closed under the influence of conservative treatment.

Лікування гострого панкреатиту є однією з найбільш актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. За останні роки відзначається тенденція до збільшення частоти захворюваності панкреатитом як в Україні, так і в більшості країн світу. На тлі збільшення загальної захворюваності гострим панкреатитом зростає частка його тяжких деструктивних форм – 40-49%. За даними більшості авторів, при наявності некрозу підшлункової залози в 40-70% хворих відбувається інфікування вогнищ некротичної деструкції, що є головною причиною високої летальності пацієнтів, яка залишається стабільно високою – 50-80%.

Незадовільні результати лікування хворих з некротичним панкреатитом і його ускладнень обґрунтовують необхідність пошуку нових можливостей у діагностиці й лікуванні пацієнтів цієї групи. В останні роки у вітчизняній та англomовній літературі широко обговорюються можливості та ефективність застосування малоінвазивних технологій як одного з перспективних шляхів у поліпшенні результатів лікування. Однак оцінка їх ефективності неоднозначна, а результати серед провідних хірургів нерідко діаметрально протилежні. І якщо в першій фазі захворювання лапароскопічна евакуація токсичного ексудату та дренування черевної порожнини є обов'язковою процедурою, то в другій фазі гнійно-некротичних ускладнень використання лапароскопічних та сонографічних технологій не отримало достатнього наукового обґрунтування, а найголовніше – об'єктивних критеріїв їх використання, що затримує їх більш широке використання. Тому виникає потреба подальшого вивчення, розробки оптимальної техніки і тактики застосування малоінвазивних втручань при лікуванні хворих з некротичним панкреатитом (НП).

Мета – визначити показання та оцінити результати лікування НП з використанням малоінвазивних технологій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У роботі представлено досвід лікування 133 хворих з НП, яким виконано 163 операції, з яких виключно лапаротомним доступом оперовано 66 (49,6%) хворих, з використанням малоінвазивних методик – 67 (50,4%).

Показаннями до оперативного втручання у хворих на НП була наявність як мінімум двох з перерахованих нижче критеріїв:

- 1) наростання перитонеальної симптоматики;
- 2) збільшення кількості рідини у вільній черевній порожнині;
- 3) формування локального вогнища деструкції в черевній порожнині або в заоче-

ревинному просторі; 4) прогресування інтоксикаційного синдрому.

Тяжкість стану і ступінь вираженості патологічного процесу хворих визначалися за критеріями Міжнародної Асоціації панкреатологів (Модифікована класифікація Атланта, 2012), також модифікованої шкали Marshall, Sofa.

Глибину морфологічних змін підшлункової залози та розповсюдженість гнійно-некротичних процесів у кожного хворого оцінювали за допомогою комп'ютерного дослідження з внутрішньовенним підсилюванням.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 67 (50,4%) хворих на етапах лікування НП використовувались малоінвазивні операції (лапароскопічні та ІС). Лапароскопічне дренування черевної порожнини при панкреатогенному перитоніті виконано 30 (44,7%) хворим, доповнене дренуванням сальникової сумки, заочеревинного простору – 4 (6,2%). При гнійно-некротичних ускладненнях 18 (26,8%) хворим виконана лапароскопічна панкреатсеквестрнекретомія, 15 (22,3%) – дренування постнекротичних абсцесів за допомогою ІС. На тлі інтенсивної консервативної терапії тільки лапароскопічне дренування черевної порожнини привело до одужання 13 (19,4%) хворих. У 7 (10,4%) у різні терміни сформувалися постнекротичні абсцеси, які ефективно були дреновані під УЗ-контролем. Решті 10 (33,3%) хворим, внаслідок прогресування хвороби (некроз підшлункової залози, розвиток флегмони, перитоніт) виконані лапаротомії з резекцією підшлункової залози (дистальної частини) за методикою клініки. У 18 (26,8%) хворих з НП виконана лапароскопічна некрсеквестрнекретомія з дренуванням заочеревинного простору і черевної порожнини. З цієї групи в 16 (88,8%) хворих операція була ефективною, ще двом хворим (11,1%) до повного видужання виконані повторні (планові) лапароскопічні некрсеквестрнекретомії. У двох хворих (11,1%), внаслідок прогресування некротичного процесу як у ПЗ, так і в заочеревинному просторі, проведені лапаротомії з панкреатсеквестрнекретомією. У 7 (38,8%) хворих сформовані постнекротичні абсцеси були ліквідовані методом ІС.

Структура малоінвазивних оперативних втручань та післяопераційні ускладнення у хворих з НП представлені в таблиці.

Як видно з таблиці, використання малоінвазивних операцій, як у першій фазі захворювання (34; 50,7%), так і в другій (33; 49,3%), були приблизно однаковими. Тобто на всіх етапах розвитку НП та його ускладнень лапароскопічні операції та ІС адекватно відповідають завданням

і цілям операції, здатної досягати кінцевого позитивного результату.

Складнішим є вибір показань до самого малоінвазивного втручання як альтернативи лапаротомній операції. Перш за все він повинен базуватися на оцінці топографо-анатомічного розташу-

вання патологічного вогнища та його обсягу, фази розвитку захворювання, переважання солідного чи рідинного компонентів в осередку деструкції, а також на прагненні досягти адекватної санації і дренивання вогнища деструкції при мінімальній агресії хірургічного доступу.

Структура малоінвазивних втручань та їх ускладнення

Назва операції	Кількість хворих (абс., %)	Ускладнення абс. (%)
Лапароскопічне дренивання черевної порожнини	30(44,7%)	-
Лапароскопічне дренивання сальникової сумки, заочеревного простору, черевної порожнини	4(6,2%)	-
Лапароскопічна некрсеквестректомія	18(26,8%)	1(5,5%)
Дренивання постнекротичних абсцесів під УЗ-контролем	15(22,3%)	1(6,6%)

Оцінкою динаміки загального стану хворих у післяопераційному періоді були тривалість больового синдрому після операції, зміна частоти пульсу і температури тіла, позитивна динаміка показників аналогових прогностичних шкал і сепсису, динаміка ультразвукової та комп'ютерної картини, тривалість дренивання вогнищ деструкції. За всіма розглянутими критеріями статистично достовірні ($p < 0,05$) кращі значення були відзначені у хворих, які зазнали малоінвазивних втручань, аніж традиційного «відкритого» лікування, що зумовлено не тільки меншою травматичністю операційного доступу, але й візуалізаційним моніторингом патологічного процесу в підшлунковій залозі та процесів навколо неї з можливістю адекватної та вчасної локальної санації та дренивання.

Результати лікування хворих з НП оцінені за показниками летальності та ускладнень. Традиційне використання термінів лікування, як одного з критеріїв оцінки переваг методу, з нашої точки зору недоцільно, оскільки сам перебіг захворювання більшою мірою визначається фазністю некротичних змін у самій залозі, парапанкреатичній клітковині, тяжкості інфекційної агресії та системної реакції на це

макроорганізму. А самі хірургічні методи є тільки одним з інструментів, забезпечуючи повноту, ефективність та малотравматичність операції. Летальних випадків у післяопераційному періоді після застосування малоінвазивних методик не було, мали місце 2 (11,1%) післяопераційні ускладнення у вигляді неповних панкреатичних норичь, які закрилися під впливом консервативного лікування.

ВИСНОВКИ

1. Враховуючи високі цифри летальності при лікуванні некротичного панкреатиту і його ускладнень, можна констатувати, що в сучасній панкреатології далеко не вирішені питання уніфікації вибору способів операції, об'єму та термінів виконання.

2. Одним з перспективних напрямків у вирішенні проблеми некротичного панкреатиту може бути подальша розробка алгоритму використання лапаротомних та малоінвазивних операцій, як у самостійному, так і в поєднаному варіантах, з чіткими показаннями до кожного з них, а основним критерієм оцінки – зменшення рівня летальності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березницький Я.С. Лікувальна тактика при важкій формі гострого панкреатиту та її результати / Я.С. Березницький, Н.А. Яльченко, М.А. Кутовий // Хірургія України. – 2005. – № 3. – С. 17-19.
2. Застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем в лікуванні гострого некротичного панкреатиту / О.І. Дронов, І.О. Ковальська, С.І. Пахолюк [та ін.] // Укр. журнал хірургії. – 2009. – № 5. – С. 87-89.

3. Кондратенко П.Г. Лікувальна тактика у хворих на гострий панкреатит / П.Г. Кондратенко, О.О. Васильєв // Львів. мед. часопис. – 2006. – № 1. – С. 41-44.
4. Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, О.В. Дувалко, К.В. Копчак // Клін.хірургія. - 2006. –№ 11-12. – С. 18-19.
5. Beger H.G. Natural History of Necrotizing Pancreatitis / H.G.Beger, B. Rau, R. Isenmann // Pancreatology. – 2003. –Vol. 3. – P. 93-101.

6. Conservative management of infected necrosis complicating severe acute pancreatitis / D.G. Adler, S.T. Chary, T.J. Dahl [et al.] // Gut. – 2005. – Vol. 98. – P. 98-103.

7. Gurusamy K.S. UK guidelines for management of acute pancreatitis: is it time to change? / K.S. Gurusamy,

M. Farouk, G.H. Tweedie // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 1344-1345.

8. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl [et al.] // Br. Med. J. - 2005. - Vol. 54. - P. 424-436.

REFERENCES

1. Bereznycky YaS, Yalchenko NA, Kutovyi MA. [Therapeutic tactic in the severe form of acute pancreatitis and its results]. Khirurg. Ukrainy. 2005;3:17-19. Ukrainian.

2. Dronov OI, Kovalska IO, Paholiuk SI, et al. [Application of puncture-drainage interventions under ultrasound control in the treatment of acute necrotic pancreatitis]. Ukr. zhurnal khirurgii. 2009;5:87-89. Ukrainian.

3. Kondratenko PG, Vasyliiev OO. [Therapeutic tactic in patients with acute pancreatitis]. Lviv. med. chasopys. 2006;1:41-44. Ukrainian.

4. Kopchak VM, Homjak IV, Duvalko OV, Kopchak KV. [Surgical treatment of acute necrotic pancreatitis]. Klin. khirurgiia. 2006;11-12:18-19. Ukrainian.

5. Beger HG, Rau B, Isenmann R. Natural History of Necrotizing Pancreatitis. Pancreatology. 2003;3:93-101.

6. Adler DG, Chary ST, Dahl TJ, et al. Conservative management of infected necrosis complicating severe acute pancreatitis. Gut. 2005;98:98-103.

7. Gurusamy KS, Farouk M, Tweedie GH. UK guidelines for management of acute pancreatitis: is it time to change? Gut. 2005;54:1344-45.

8. Werner J, Feuerbach S, Uhl W, Buchler MW. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care. Br. Med. J. 2005;54:424-36.



UDC 616.33-005.1-036-089-092.9

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4\(part1\).145720](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145720)

**M.V. Trofimov,
V.P. Kryshen,
I.V. Gaponov**

METHODS OF PREDICTING THE RELAPSING HEMORRHAGE

*SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
department of general surgery*

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

кафедра загальної хірургії

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

Key words: *ulcer, recurrent bleeding, endoscopic hemostasis*

Ключові слова: *виразка, рецидив кровотечі, ендоскопічний гемостаз*

Ключевые слова: *язва, рецидив кровотечения, эндоскопический гемостаз*

Abstract. Methods of predicting relapsing hemorrhage. Trofimov M.V., Kryshen V.P., Gaponov I.V. *In this article the authors presented their own original methods for predicting ulcerous gastroduodenal bleeding defended by Patent of Ukraine. The implementation of these procedures led to substantial lowering of recurrent hamorrhage rate – more than twice. All methods have pathogenetic foundation and are based on ulcerogenesis mechanisms revealed during the longlasting complex clinical and experimental research. In such a way surgeons obtain some possibilities of early diagnostics of bleeding relapses and adequate treatment and effective hemorrhage prevention accordingly.*

Реферат. Методи прогнозування рецидивної кровотечі. Трофімов М.В., Кришень В.П., Гапонов І.В. *У цій статті автори презентували власні оригінальні методи прогнозування рецидиву виразкової гастро-дуоденальної кровотечі, захищені патентом України. Реалізація цих методів сприяла суттєвому зменшенню кількості рецидивних кровотеч - більше ніж у два рази. Всі методи мають патогенетичну основу і базуються*