

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ім. М.І.ПИРОГОВА**

**ЖМУР Андрій Анатолійович**

**УДК 616.37-002:616-089.168.1-06**

**ЗАСТОСУВАННЯ МІНІНВАЗИВНОГО МЕТОДУ В  
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ  
ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ  
ПАНКРЕАТИТ**

**14.01.03 - хірургія**

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Вінниця – 2003**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І.Пирогова МОЗ України.

**Науковий керівник:** Заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор Годлевський Аркадій Іванович, завідувач кафедри факультетської хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

**Офіційні опоненти:** Лауреат Державної премії України, доктор медичних наук, професор Мітюк Іван Ілліч, завідувач кафедри госпітальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова МОЗ України.

Заслужений діяч науки та техніки України, доктор медичних наук, професор Березницький Яків Соломонович, завідувач кафедри факультетської хірургії і інтернатури Дніпропетровської державної медичної академії МОЗ України

**Провідна установа:** Київська медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та проктології.

Захист відбудеться “ ” \_\_\_\_\_ 2003 року о 12 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради К 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім.М.І.Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий “ ” \_\_\_\_\_ 2003 року.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої  
ради К 05.600.01, доктор мед. наук, доцент

Покидько М.І.

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

### Актуальність теми

Проблема гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень залишається однією з актуальних і невирішених проблем клінічної медицини, яка потребує подальшого вивчення (Andriulli A. et al., 1999; Бобров О.Є. і співавт., 2002; Мітюк І.І. та співавт., 2003; Березницький Я.С. та співавт. 2003). Відсутність задовільних результатів від застосування існуючих методів хірургічної корекції ускладнень гострого некротичного панкреатиту пояснює постійну цікавість до цієї проблеми, вимагає удосконалення загальноприйнятих та пошук нових підходів до лікування цієї патології (Шалімов О.О. та співавт., 1998; Тамм Т.И с соавт. 2002; Schwarz M., 1997). Інвалідизація або стійка втрата працездатності виникає у 73% оперованих хворих (Шалімов О.О. та співавт. 1998).

Недивлячись на детальне вивчення патогенезу гострого панкреатиту і розроблені у зв'язку з цим схем терапії, запропонованих різних методів хірургічного лікування та способів ведення післяопераційного періоду принципового покращення результатів лікування захворювання не відмічається. Це пов'язане з незадовільними результатами лікування гнійних ускладнень некротичного панкреатиту. Некроз та вторинне інфікування підшлункової залози і їх лікування в теперішній час є основним критерієм виживання хворих із тяжким перебігом гострого некротичного панкреатиту (Тараненко Л.Д. та співавт., 1987; Костюк Г.Я. та співавт., 1991; Barbulescu M. et al., 1996).

Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень - питання, по якому існують розбіжності в погляді серед багатьох хірургів. Невизначеність при даній проблемі починається з характеристики абсолютних та відносних показань до оперативної корекції, продовжується на протиріччі у виборі методики оперативного втручання при різних патологоморфологічних формах даної патології і закінчується розбіжностями у виборі тактики ведення післяопераційного періоду й об'єму втручань при повторних операціях. Серед оперованих хворих основними причинами прогресування гнійно-некротичних ускладнень, що обумовлюють високу післяопераційну летальність при деструктивних формах гострого панкреатиту, є помилки у діагностиці гнійних ускладнень, несвоєчасне виконання, а також неадекватний об'єм оперативних втручань, особливо повторних (Borie D. et al., 1994; Кадошук Т.А. та співавт., 1998, Радзіховський А.П., Бобров О.Є., 1998).

Велика кількість повторних втручань з високою післяопераційною летальністю свідчить про невирішеність даного питання. Важкий стан повторно оперованих хворих, труднощі діагностики гнійних постнекротичних ускладнень у післяопераційному періоді зумовлює пошук нових інформативних

діагностичних, менш травматичних і, водночас, адекватних оперативних методик лікування цієї патології, що підтверджується збільшенням публікацій про впровадження новітніх малоінвазивних технологій в хірургію підшлункової залози (Ballestra Lopez C. Et al., 1997; Мамчич В.І. та співавт., 1998; Нестеренко Ю.А. с соавт., 1998; Шкроб О.С. та співавт., 1998; Ничитайло М.Є. та співавт., 2000; Павловський М.П. та співавт., 2001).

### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами**

Дисертація є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт кафедри факультетської хірургії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова “Післяопераційні ускладнення в абдомінальній хірургії, рання їх діагностика та впровадження нових засобів лікування” (№ держреєстрації 0196U004917).

Роль автора полягала у визначенні оптимального способу лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення після первинного оперативного втручання. Автором проведені дослідження по оптимізації комплексного хірургічного лікування хворих на цю патологію.

**Мета дослідження** - підвищити ефективність комплексного хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення шляхом застосування динамічної ендоскопічної оментопанкреатоскопії та виконання мініінвазивної корекції некротично-гнійних ускладнень у післяопераційному періоді.

Для досягнення мети роботи необхідно було вирішити такі **задачі**:

1. Провести аналіз безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення;
2. Вивчити при патологоанатомічному дослідженні в порівняльному аспекті різні способи дренирування сальникової сумки;
3. Розробити, топографоанатомічно обґрунтувати та клінічно застосувати новий ендоскопічний мініінвазивний діагностично-лікувальний метод хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення в післяопераційному періоді;
4. На основі комплексної порівняльної оцінки різних методів післяопераційного хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення визначити найбільш оптимальні.

*Об'єкт дослідження* – гострий запальний процес підшлункової залози.

*Предмет дослідження* – ендогенна інтоксикація, післяопераційні ускладнення у хворих на гострий некротичний панкреатит.

*Методи досліджень.* Загально клінічний. Загально лабораторний, за допомогою якого визначали ступінь ендогенної інтоксикації по абсолютній

кількості лейкоцитів, лейкоцитарному індексу інтоксикації Кальф-Каліфа, гематологічному показнику інтоксикації (ГПІ) Васильєва.

З біохімічних показників сироватки крові визначали цукор крові, амілазу, креатинин, сечовину; білірубін; загальний білок та білкові фракції, аланін- та аспартат-аміотрансферази, лужну фосфатазу, тимолову та сулемову проби, С-реактивний протеїн, кислотно-лужний стан сироватки крові, а також електроліти крові (К та Na). Також оцінювали коагулограму, в якій визначали час згортання крові за Лі-Уайтом, протромбіновий індекс, кількість фібриногену та наявність фібриногену В. В сечі визначали кислотно-лужну рівновагу, рівень діастази, білка, циліндрів, цукру.

Бактеріологічне дослідження субопераційного матеріалу проводили за стандартними методиками для виявлення характеру мікробного забруднення забраного матеріалу, а також визначали чутливість висіяних мікроорганізмів до антибактеріальних засобів. Субопераційне вивчення підшлункової залози проводили під час виконання операцій, релaparотомій та ендоскопічних мініінвазивних діагностично-лікувальних маніпуляцій. З інструментальних методів застосовували рентгенографію органів черевної та грудної порожнини, комп'ютерну томографію та ультрасонографію підшлункової залози, фіброгастроуденоскопію.

#### **Наукова новизна отриманих результатів**

- топографо-анатомічно обґрунтоване застосування мініінвазивного діагностично-лікувального методу у комплексному післяопераційному лікуванні гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень за допомогою дренажного пристрою власної конструкції та ендоскопічних приладів.

- дістало подальшого розвитку у клінічних умовах застосування ендоскопічного методу в комплексному хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень у післяопераційному періоді.

- вперше у клінічних умовах застосований новий мініінвазивний діагностично-лікувальний метод в післяопераційному періоді при комплексному хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень;

- вперше проведена порівняльна оцінка нового запропонованого мініінвазивного діагностично-лікувального методу лікування гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень з традиційними методами хірургічного лікування хворих на некротичний панкреатит в післяопераційному періоді.

#### **Практичне значення отриманих результатів**

Проведені дослідження показали, що ступінь ендогенної інтоксикації організму при гострому некротичному панкреатиті в післяопераційному періоді, його ускладнення та летальність залежать від методів та способів

лікування постнекротичних ускладнень.

Використання нового мініінвазивного ендоскопічного діагностично-лікувального ендоскопічного способу хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень у оперованих хворих дозволило:

- зменшити середню кількість повторних оперативних втручань на кожного оперованого хворого;
- зменшити прояви ендотоксикозу у оперованих хворих в післяопераційному періоді;
- запобігти летальним виходам у оперованих хворих;
- зменшити післяопераційний термін стаціонарного лікування;
- зменшити число безпосередніх та віддалених післяопераційних ускладнень;
- зменшити інвалідізацію оперованих хворих.

### **Впровадження результатів дослідження в практику**

Основні положення дисертації використовуються у лікувальній та навчальній роботі кафедри загальної, факультетської та шпитальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, в практичній роботі хірургічних відділень Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова, центру лікування хворих з патологією печінки, позапечінкових жовчних шляхів та підшлункової залози м.Вінниці, районних лікарень Вінницької області.

### **Особистий внесок здобувача**

Дисертантом особисто здійснено розробку основних теоретичних та практичних положень роботи, проведено аналіз літературних джерел. Здобувач приймав участь в оперативних втручаннях, в післяопераційному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення. При патологоанатомічному дослідженні самостійно провів порівняльну оцінку різних методів дренивання сальникової сумки та топографоанатомічно обґрунтував можливість застосування власного ендоскопічного методу післяопераційного лікування у хворих на цю патологію. Дисертант самостійно провів клінічні, біохімічні дослідження, набирав і обробляв фактичний матеріал. Їм виконано написання усіх розділів дисертації, формулювання висновків, практичних рекомендацій та підготовка матеріалу до публікування.

### **Апробація результатів роботи**

Основні положення та висновки дисертаційного дослідження оприлюднені та обговорені на міжнародній конференції хірургів “Деякі питання ургентної хірургії”, Ужгород, 2001; Всеукраїнській науково-практичній конференції “Гнійно-септичні ускладнення в хірургії. Нові технології В хірургії ХХІ століття”, Яремче, 2002; конференції молодих вчених

(м.Вінниця, 1999р., 2000р., 2001р., 2002р.); засіданнях обласного наукового товариства хірургів (м.Вінниця 2001, 2002р.)

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 11 наукових праць, в тому числі статей у фахових журналах – 7 у співавторстві. Отримано деклараційний патент на винахід № 36774 А від 16.04.2001р.

### **Обсяг і структура дисертації**

Робота викладена на 142 сторінках друкованого тексту і включає вступ, огляд літератури, розділ матеріали та методи, 6 розділів власних досліджень, обговорення отриманих результатів, висновки, практичні рекомендації та список літератури, який включає кирилицею - 233, латиницею - 101 джерел. Робота ілюстрована 12 таблицями та 10 рисунками. Основний текст дисертації складає 107 сторінок.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

### **Матеріали та методи дослідження**

В клініці факультетської хірургії Вінницького національного медичного університету ім.М.І.Пирогова, розташованої на базі центру хірургії печінки, позапечінкових жовчних шляхів та підшлункової залози проведено аналіз хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення в післяопераційному періоді за період з 1995р. по 2002р. з застосуванням традиційних ("закритий" та "відкритий") методів та розробленим на кафедрі мініінвазивним ендоскопічним діагностично-лікувальним методом в порівняльному аспекті.

Для досягнення мети та вирішення поставлених задач дисертаційної роботи проведено аналіз лікування 89 хворих, оперованих з приводу гострого некротичного панкреатиту та його гнійних ускладнень, 9 трупів хворих, які померли від гострого некротичного панкреатиту, 21 трупі хворих, які померли не від гострого панкреатиту, а з інших причин.

Діагноз гострого некротичного панкреатиту у хворих виставлявся відповідно до класифікації, яка була прийнята Міжнародним симпозиумом у Атланті, 1992р.

Серед обстежених хворих, оперованих з приводу гострого асептичного некротичного та інфікованого панкреатиту, чоловіків було 52 (58,4%), жінок – 37 (41,6%). Середній вік становив  $49,3 \pm 12,2$  роки.

Хворі працездатного віку становили 75,3% (67 хворих). Аліментарний фактор та вживання алкоголю, як етіологічних чинників, визначено у 47,2% (42 хворих), переважно чоловіки (30 хворих); біліарний панкреатит був діагностований у 42,7% (38 хворих), переважно жінки (29 хворих); посттравматичний панкреатит виник у 3 хворих, а у 6 хворих причину гострого некротичного панкреатиту визначити не вдалось.

Інфікований некротичний панкреатит під час першого оперативного втручання був діагностований у 51,7% (46 хворих). Асептичне крупновогнищеве ураження підшлункової залози спостерігалось у 48,3% (43 хворих). Тіло та хвіст підшлункової залози були уражені 62 хворих (69,7%). Інфікований некротичний панкреатит розрізнявся нами як первинно-гнійний та вторинно-гнійний.

Планові санації сальникової сумки та черевної порожнини проводили під загальним знеболюванням, а мініінвазивні ендоскопічні маніпуляції в післяопераційному періоді виконувались без застосування знеболюючих препаратів.

Показанням для виконання лапаротомії при асептичному некротичному панкреатиті були біліарний панкреатит у 67,4% (31 хворий), наростання ендотоксикозу, резистентного до комплексу консервативних міроприємств, у 10,9% (5 хворих), ферментативний перитоніт у 13,0% (6 хворих) та діагностична помилка – у 8,7% (4 хворих). При біліарному панкреатиті було виконано зовнішнє дронування позапечічкових жовчних шляхів.

Термін від початку захворювання до госпіталізації становив при асептичних формах некротичного панкреатиту  $1,8 \pm 0,87$  діб, при інфікованому некротичному панкреатиті –  $3,4 \pm 1,32$  доби. Термін оперативного втручання від моменту госпіталізації склав при асептичних формах некротичного панкреатиту  $2,6 \pm 0,57$  діб, при інфікованому некротичному панкреатиті –  $7,4 \pm 3,54$  доби.

Усім хворим проводилась комплексна консервативна терапія в перед- та післяопераційному періоді. Серед оперованих хворих це дозволило у 48 хворих (47,1%) попередити прогресування некротичного панкреатиту, виникнення його гнійних ускладнень та запобігти виконанню повторних операцій.

72 хворим (група А) в післяопераційному періоді застосовували традиційні хірургічні методи лікування та способи корекції постнекротичних ускладнень. “Закритий” метод з тривалим дронуванням сальникової сумки застосовувався у 52 хворих. “Відкритий” метод, який здійснювався шляхом етапних санацій сальникової сумки через сформовану оментобурсо-панкреатостому та планових релапаротомій через лапаростому був використаний у 20 хворих.

Повторні планові санації сальникової сумки через сформовану оментобурсо-панкреатостому виконувались 11 хворим, починаючи з  $4,2 \pm 0,45$  доби після первинного оперативного втручання в загальній кількості 19 разів. Трансочеревинні оперативні втручання через сформовану лапаростому були виконані у 9 хворих в програмованому режимі (індивідуально для кожного хворого, перша лапаротомія була виконана на  $11,4 \pm 2,54$  добу). Релапаротомії, як операції “на вимогу” при “закритому” методі ведення післяопераційного



періоду були виконані у 19 хворих, при “відкритому” методі із застосуванням оментобурсостомії – у 6 хворих, під час яких виконували некр- та секвестректомію підшлункової залози, санацію локальних та віддалених гнійних утворень.

17 хворим на некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення (група В) в комплексному післяопераційному лікуванні застосовували мініінвазивний діагностично-лікувальний спосіб із застосуванням ендоскопічних приладів та дренажного пристрою власної розробки (деклараційний патент №36774А.), за допомогою яких проводили динамічний контроль за станом підшлункової залози та за перебігом гострого некротичного панкреатиту в післяопераційному періоді, виконували некрсеквестректомію підшлункової залози, діагностували абсцеси підшлункової залози та сальникової сумки, визначали покази до виконання релапаротомій.

Дренажний пристрій являє собою двохбалонну конструкцію із змінюваною каркасністю, виконану з силіконової плівки. Він вводиться в сальникову сумку над підшлунковою залозою під час лапаротомії. При інсуфляція в нього повітря, балони роздувались, шлунок відходив вперед, утворюючи порожнину над підшлунковою залозою. По додатковому каналу бранши в сальникову сумку вводились ендоскопічні прилади (цистоскоп, дитячий ректороманоскоп, фібробронхоскоп, фіброгастродуоденоскоп) для виконання динамічних оментобурсопанкреатоскопій та мініінвазивних маніпуляцій. Розподіл мініінвазивних ендоскопічних маніпуляцій в післяопераційному періоді представлений в таблиці 1.

Всього було виконано 35 ендоскопічних оментобурсопанкреатоскопій, під час яких було виконано 23 мініінвазивні маніпуляції (65,7%), з яких секвестректомія підшлункової залози була виконана 12 разів (34,3%), некректомія підшлункової залози – 10 разів (28,6%), пункція абсцесу підшлункової залози 1 раз (2,8%).

У відповідності з метою і основними завданнями роботи дослідження складалось з двох розділів - патологоанатомічного і клінічного.

При патологоанатомічному методі дослідження досліджувалось вплив гострого некротичного панкреатиту та його локальних гнійних ускладнень на розміри та форму сальникової сумки; співвідношення підшлункової залози до дванадцятипалої кишки, Вінслового отвору, брижі поперекової ободової кишки, селезінки, магістральних судин при гострому некротичному панкреатиті та його гнійних ускладненнях, а також можливість застосування ендоскопічного методу та його розробка .

При загальноклінічному методі досліджувалась температура тіла в підпахвинній ділянці, пульс, артеріальний тиск, оцінювався характер ранніх та

пізніх післяопераційних ускладнень при застосуванні різних методів лікування в післяопераційному періоді, тривалість стаціонарного післяопераційного лікування.

Таблиця 1

**Розподіл мініінвазивних ендоскопічних діагностично-лікувальних маніпуляцій у хворих на гострий некротичний панкреатит в післяопераційному періоді серед виконаних ендоскопічних оментобурсопанкреатоскопій (n=35)**

Ендоскопічні маніпуляції	Кількість разів	% ендоскопічних маніпуляцій
Секвестректомія підшлункової залози	12	34,3
Некректомія підшлункової залози	10	28,6
Пункція абсцесу підшлункової залози	1	2,8
Діагностична оментобурсопанкреатоскопія	12	34,3
Всього	35	100,0

Лабораторний метод дослідження був оснований на оцінці загального та біохімічного аналізу крові.

Результати клінічного та лабораторного обстеження визначались в динаміці - в день операції безпосередньо перед оперативним втручанням, на першу, третю, сьому та дванадцятую добу післяопераційного періоду, а також на момент закінчення стаціонарного лікування.

Ступінь ендогенної інтоксикації та важкості загального стану хворих на некротичний панкреатит в перед- та післяопераційному періоді визначали шляхом комплексної оцінки об'єктивних даних та результатів лабораторних обстежень (температура тіла, лейкоцитоз, пульс, артеріальний тиск, лейкоцитарний індекс інтоксикації Кальф-Каліфа та гематологічний показник інтоксикації Васильєва).

При бактеріологічному методі дослідження підшлункової залози та вмісту сальникової сумки за стандартними методиками визначали наявність інфікованого некротичного панкреатиту, що допомагало у виборі антибактеріальної терапії в післяопераційному періоді.

Комп'ютерну томографію (КТ) підшлункової залози, як променевий метод діагностики в післяопераційному періоді виконували 6 хворим.

Динамічну ультрасонографію підшлункової залози в післяопераційному періоді проводили усім хворим. Всього виконано 218 досліджень.

Статистичну обробку первинного матеріалу проводили на комп'ютері Pentium II з стандартним пакетом програм для статистичної обробки даних і побудови графіків.

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Застосування комплексної консервативної терапії у групі А з адекватним хірургічним посібником під час операції та в післяопераційному періоді в 52,8% дозволило обмежитись однією лапаротомією. Релапаротомії потребувало 47,2%

Потреба у виконанні першої релапаротомії у хворих на гострий некротичний панкреатит при застосуванні в післяопераційному періоді традиційних хірургічних методів, за виключенням хворих із програмованими релапаротоміями, суттєво не різнились.

Показами для її виконання було поширення меж некрозу, секвестрація некротичних тканин підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, при інфікуванні яких утворювались вторинні гнійники, неадекватність дренажу або санаційних заходів. В більшості випадків до цього призводило неадекватне встановлення дренажів в сальниковій сумці та їх виведення назовні, що затрудняло саме дренажування та проведення проточної санації зон деструкції. Масивний злуковий процес між органами, які утворюють сальникову сумку, змінював її анатомію, різко погіршував інструментальну доопераційну та інтраопераційну діагностику, санацію некротично-гнійних осередків. Роз'єднання злук при релапаротоміях вимушено приводило до десерозації порожнистих органів, що явилось в ранньому післяопераційному періоді причиною виникнення кишкових нориць у 23,6% хворих, кровотеч – 2,8% хворих та злукової хвороби, яка ускладнилась гострою кишковою непрохідністю у 2,8% хворих. Ці ускладнення також потребували виконання повторного оперативного втручання, що значно погіршувало стан цих хворих.

Серед хворих групи А було визначено, що "закритий" метод хірургічного лікування хворих шляхом тривалого дренажування сальникової сумки з виконанням при необхідності релапаротомій "на вимогу" при локальних процесах в підшлунковій залозі та сальниковій сумці найбільш повно задовольняло таким умовам, як достатня санація некротично-гнійних вогнищ в післяопераційному періоді, досить мало травматичний, що відіграв важливу роль при одужанні хворих після одної лапаротомії.

"Відкриті" методи при здавалося б адекватній інтраопераційній можливості діагностики та санації локальних некротично-гнійних вогнищ шляхом панкреатоскопії через оментобурсостому та при програмованих релапаротоміях не завжди дозволяв локалізувати патологічний процес, проте різко підвищував вірогідність виникнення шлунково-кишкових нориць, нориць

підшлункової залози, кровотеч та розповсюдження інфекції.

Так, локальне прогресування некротично-гнійного процесу після першої лапаротомії було діагностовано в 30,8% при "закритому" методі, в той час як при "відкритих" методах він становив 70,0%. Повторно оперовані хворі становили при «закритому» методі 36,5%, в той час, а при "відкритому" – 75,0%. Виникнення специфічних постнекротичних ускладнень гострого панкреатиту при застосуванні цих методів призвело до середньої кількості оперативних втручань на одного хворого з 1,4 при "закритому" методі до 2,6 – при "відкритому", післяопераційного стаціонарного лікування від  $29,1 \pm 12,04$  до  $41,1 \pm 11,56$  діб та летальності від 7,7% до 20,0% відповідно.

Отже релапаротомії при застосуванні традиційних методів, кількість яких зростала при застосуванні "відкритого" методу, були обумовлені основним некротично-гнійним процесом в підшлунковій залозі та сальниковій сумці та ускладненнями самих оперативних втручань.

Дослідження впливу самих повторних оперативних втручань на перебіг патології та аналіз лікування в післяопераційному періоді вказував, що вираженість хронічної ендотоксемії зростала за рахунок повторного загального знеболювання, всмоктування некротизованих тканин під час оперативного втручання, втрати рідини, електролітів, білка. Все це в комплексі сприяло збільшенню терміну регенерації тканин, зниженню пластичних властивостей організму та достатньому опору організму до інфекції, що потребувало проведення постійної інфузійної корекції. Результати наших досліджень відносно використання традиційних методів хірургічного лікування ускладненого гострого гострого панкреатиту співпадали з положеннями ведучих хірургічних клінік, які не поділяють активну післяопераційну тактику у веденні цього контингенту хворих.

Враховуючи переваги тривалого дренивання сальникової сумки, яке є вирішальною ланкою і в більшості випадків визначає успіх всього оперативного лікування, ми на 21 трупі хворих, які померли не від гострого некротичного панкреатиту, досліджували різні варіанти виведення дренажів із сальникової сумки для адекватного її дренивання та запобігання ускладнень. Було визначено, що дренивання через передній заочеревинний простір і лівобічну люмботомію задовольняло цим умовам. Дренивання через Вінсловий отвір, *lig. gastro-colicum*, малий сальник задоцільне для проведення проточного діалізу.

Попередньо проведені патологоанатомічні дослідження, які визначили можливість застосування дренажного пристрою, з розташуванням його переважно над тілом та хвостом підшлункової залози дозволили проводити в післяопераційному періоді мініінвазивні діагностично-лікувальні маніпуляції.

Така методика носить риси як "закритого" малотравматичного методу, так і "напіввідкритого", при якому завдяки застосуванню ендоскопічних приладів запобігаються травматичні санації сальникової сумки та релапаротомії.

Некротичні тканини підшлункової залози, які з різних причин не повністю видалялись при традиційних методах післяопераційного лікування, призводили до інфікування, а секвестри підшлункової залози завбільшки 1 см. із сальникової сумки через дренажні трубки при застосуванні "закритого" методу не вимивались. Виконані ендоскопічні санації сальникової сумки, некрота секвестральної підшлункової залози в комплексному післяопераційному лікуванні запобігли виникненню гнійних ускладнень в сальниковій сумці та в підшлунковій залозі та виконанню повторного оперативного втручання у 82,4% хворих. Крім того у всіх хворих, де були проведені повторні мініінвазивні ендоскопічні обстеження, прослідковувалась динаміка перебігу панкреонекрозу та були ліквідовані наслідки його прогресування та інфікування. Динамічна ендоскопічна оментобурсопанкреатоскопія була найбільш інформативною в післяопераційному періоді при локальних ускладненнях некротичного панкреатиту. При виникненні необхідності у використанні інших методів інструментальної діагностики збільшувалась їх діагностична цінність в комплексній діагностиці цих ускладнень.

Виконані динамічні оментопанкреатоскопії в післяопераційному періоді дозволили проводити адекватну санацію сальникової сумки *ad oculus* з видаленням ексудату та промивною рідиною. Візуальний контроль та додаткове раціональне ендоскопічне вкладання дренажних трубок повз змінену підшлункову залозу дозволили дренувати сальникову сумку з максимально близьким розташуванням дренажів до деструктивних ділянок підшлункової залози для проведення санації в післяопераційному періоді.

Запропонована мініінвазивна методика не дозволила нам призупинити некротично-гнійний процес у 3 хворих, який розповсюдився із задньої поверхні підшлункової залози на парапанкреатичну та заочеревинну клітковину. Але розташований у сальниковій сумці дренажний пристрій власної конструкції запобіг утворенню злук між органами, які її утворюють. Це створило під час повторних оперативних втручань умови для проведення достатньої ревізії сальникової сумки, підшлункової залози та заочеревинного простору з боку сальникової сумки. Своєчасна ендоскопічна діагностика гнійного парапанкреатиту та заочеревинної флегмони допомогла визначитись з оптимальною тактикою лікування, а саме передопераційною підготовкою в інтенсивному режимі та виконанням релапаротомії у 17,6% хворих.

Це, в свою чергу, допомогло нам виконати у 2 хворих одну релапаротомію та в 1 хворого – дві релапаротомії і таким чином знизити

середню кількість операцій на одного хворого з  $1,8 \pm 0,79$  при застосуванні традиційних хірургічних методів післяопераційного періоду групи А до  $1,2 \pm 0,55$  ( $p > 0,05$ ) при застосуванні мініінвазивного діагностично-лікувального методу групи хворих В.

Прогресування некротичного та некротично-гнійного процесу в підшлунковій залозі та сальниковій сумці потребувало виконання повторних трансабдомінальних оперативних втручань серед хворих групи А у  $53,4 \pm 5,83\%$  в той час, як використання дренажного пристрою власної розробки з проведенням динамічних ендоскопічних діагностично-лікувальних заходів лікування хворих на некротичний панкреатит в післяопераційному періоді значно зменшило кількість хворих з повторними трансабдомінальними втручаннями до  $17,6 \pm 9,52\%$  ( $t=3,2$ ;  $p < 0,001$ ).

Одним із фрагментів нашої роботи було проведення порівняльної оцінки ступеню ендотоксикозу між хворими з “закритим” методом післяопераційного хірургічного методу групи А та хворими групи В, лікування яких обмежувалось однією лапаротомією. Отримані дані по гематологічному показнику інтоксикації (ГПІ), пульсу, артеріальному тиску, температурі, відповідно, статистично не різнились, хоча після ендоскопічних маніпуляцій відмічалось незначне підвищення ГПІ ( $p > 0,05$ ). Це було пов’язано з активним втручанням в некротично-гнійний процес. Своєчасне видалення некротичних тканин, адекватна санація сальникової сумки без виконання травматичних релапаротомій дозволяло утримувати системну запальну реакцію організму на керованому рівні та передувати розвитку поліорганної дисфункції та недостатності.

Довготривале всмоктування продуктів некротичного та некротично-гнійного процесу в організмі через утруднену діагностику локальних ускладнень гострого некротичного панкреатиту різко погіршувало загальний стан хворих і призводило до хронічного ендотоксикозу, який різко зменшував пластичні властивості організму. Найбільш виражено воно було по таким показникам, як дефіцит ваги тіла та рівень зниження гемоглобіну крові серед хворих групи А в порівнянні з хворими групи В ( $p < 0,05$ ).

Некоригована поліорганна недостатність серед хворих групи А, яким виконувались повторні оперативні втручання з приводу некротично-гнійних ускладнень, як результат хронічного ендотоксикозу призвів у 8 хворих (11,1%) до летального виходу. Це пояснювалось тим, що в проведенне нами дослідження не ввійшли хворі, які померли в ранньому післяопераційному періоді внаслідок шоку та некорегованої поліорганної недостатності і післяопераційні хірургічні заходи не мали принципового значення. Летальних випадків серед хворих групи В не спостерігалось ( $t=3,9$ ;  $p < 0,001$ ).

Ендотоксикоз значно підсилювався під час релапаротомії та в ранній післяопераційний період після її виконання. Це обумовлювалось пригніченням функції органів та систем організму наркотичними препаратами та нагноєнням операційної рани. Виконання запропонованої нової ендоскопічної методики проводилось без застосування наркозу і не супроводжувалось великою рановою поверхнею, проте показники ендотоксикозу дещо підвищувались (статистично не достовірно), за рахунок розширення люмботомічного каналу під час “активізації” дренажного пристрою.

Впровадження в комплексному післяопераційному періоді мініінвазивного діагностично-лікувального методу дозволило зменшити термін післяопераційного стаціонарного лікування до  $25,5 \pm 16,00$  діб (в групі хворих А він становив  $36,6 \pm 14,44$  діб ( $p > 0,05$ )), який значно виріс за рахунок 3 хворих, у яких спостерігалось прогресування некротично-гнійного панкреатиту не пов'язаних з ендоскопічними маніпуляціями з розповсюдженням його на заочеревинний простір.

Інвалідізація та стійка втрата працездатності за рахунок кишкових, панкреатичних нориць, післяопераційних вентральних гриж, злукової хвороби, яка періодично проявлялась явищами гострої кишкової непрохідності та різко вираженим больовим синдромом, були результатом саме релапаротомій, які виконувались з приводу ускладнень гострого панкреатиту, похибок ведення післяопераційного періоду та внаслідок проведених релапаротомій.

Зменшення кількості травматичних релапаротомій шляхом своєчасної діагностики некротично-гнійних ускладнень ендоскопічними санаціями, некр- та секвестректоміями та зашиванням лапаротомної рани після первинного оперативного втручання знизило в цілому відсоток післяопераційних вентральних гриж з 50,0% серед хворих групи А до 23,5% ( $p < 0,05$ ) - серед хворих групи В.

Вчасна діагностика гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту серед хворих групи В дозволила запобігти нагноєнню післяопераційної рани і, таким чином, знизити частоту виникнення грижі до 33,3% серед повторно оперованих хворих в той час, як діагностика некротично-гнійних ускладнень в групі хворих А була запізнена, що призвело до виникнення грижі у 84,6%.

Таким чином, обмеження гнійно-запального процесу, профілактика його розповсюдження на заочеревинний простір і в черевну порожнину було необхідною умовою покращання результатів оперативного лікування гострого некротичного панкреатиту та його локальних гнійних ускладнень. Ефективність різних оперативних методів з огляду на післяопераційну летальність, термін лікування хворих у стаціонарі, кількість і характер

повторних втручань, характер післяопераційних ускладнень, а також віддалені результати, були залежними від патоморфологічної форми, методу післяопераційної корекції залишкових явищ гострого некротичного панкреатиту, вчасно та адекватно виконаних повторних оперативних втручань.

Зменшення травматичності повторних оперативних санацій сальникової сумки, при умові збереження адекватного їх обсягу - одне з пріоритетних завдань хірургічного лікування некротичного панкреатиту та його ускладнень. Проведене застосування нового мініінвазивного ендоскопічного методу повністю задовольняло цим умовам. Його виконання було пов'язане з меншим операційним ризиком, було менш травматичним при достатній інформативності і не супроводжувалось летальністю. Ендоскопічний мініінвазивний діагностично-лікувальний метод дозволяв проводити адекватну санацію вогнищ деструкції, ложа підшлункової залози і сальникової сумки, а також візуально контролювати перебіг гострого некротичного панкреатиту.

Мініінвазивні методи особливо цінні при лікуванні хворих із важким післяопераційним перебігом гострого некротичного панкреатиту, супровідною патологією, коли операційний ризик повторних операцій максимальний.

Таким чином, розбіжності у поглядах на оперативне лікування гострого некротичного панкреатиту та ведення післяопераційного періоду, які зумовлені передусім незадоволенням хірургів його результатами, виправдовують пошук шляхів їх покращання. Важка операційна травма у цієї групи хворих часто при розвитку недостатності систем життєзабезпечення пояснюють стриманість хірургів перед широким використанням великих трансабдомінальних повторних втручань. При опрацюванні нових оперативних методів акцентовано увагу на зменшенні травматичності операцій при умові достатньої інформативності та збереження адекватності їх обсягу. Використання запропонованого дренажного пристрою власної розробки зі змінною каркасністю та проведення в післяопераційному періоді ендоскопічних діагностично-лікувальних санацій сальникової сумки та некротомій підшлункової залози зменшило травматичність операцій, знизило частоту повторних трансабдомінальних операцій з їх негативними наслідками.

Наведені результати дослідження порівняльної оцінки використання традиційних хірургічних методів ведення післяопераційного періоду з мініінвазивним ендоскопічним діагностично-лікувальним в комплексному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит вказують на переваги останнього. Ця методика є інформативною і ефективною, як в діагностичному, так і в лікувальному плані.

При виборі методу післяопераційного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит бажано віддавати перевагу мініінвазивному



ендоскопічному методу, який ми вважаємо методом вибору при цій патології і тільки при неможливості його виконання або за його показаннями проводити традиційні ургентні чи запрограмовані релапаротомії.

## ВИСНОВКИ

В дисертації наведено нове вирішення наукової задачі - підвищення ефективності комплексного хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та його гнійні ускладнення, яке включає обґрунтування, розробку та оцінку ефективності застосування мініінвазивного ендоскопічного методу в післяопераційному періоді.

1. Незадовільні результати післяопераційного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит із гнійними ускладненнями при застосуванні традиційних методів обумовлені злуковим процесом у сальниковій сумці, який не дозволяє повноцінно проводити санацію вогнищ деструкції підшлункової залози та сальникової сумки, а травматизм, яким супроводжується ревізія, призводить до утворення нориць шлунково-кишкового тракту, панкреатичних нориць, кровотеч.

2. Мініінвазивний ендоскопічний метод із застосуванням дренажної конструкції із змінюваною каркасністю власної розробки, виведеною назовні через лівобічну люмботомію, як найбільш раціональний шлях дренивання сальникової сумки, в комплексному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит в післяопераційному періоді носить риси як "закритого" (найменш травматичного серед традиційних методів), так і "напіввідкритого", при якому всі маніпуляції виконуються *ad oculum*.

3. Застосування мініінвазивного ендоскопічного методу в післяопераційному періоді дозволяє візуально контролювати перебіг гострого некротичного панкреатиту, діагностувати на ранніх стадіях локальні некротично-гнійні ускладнення та доповнювати дані комп'ютерної томографії, ультрасонографії підшлункової залози та результати лабораторних обстежень.

4. Знаходження та динамічне розправлення дренажного пристрою власної розробки дозволило значно зменшити утворення злук у сальниковій сумці, полегшувало при релапаротомії проводити ревізію підшлункової залози, зменшило вірогідність травмування оточуючих органів при усунуванні локальних наслідків прогресування некротично-гнійного процесу та виконувати санацію сальникової сумки.

5. Виконані ендоскопічні некректомії, секвестректомії та санації сальникової сумки в післяопераційному періоді запобігли розповсюдженню локальних некротично-гнійних ускладнень в сальниковій сумці та дозволили зменшити загальну кількість операцій на одного хворого в 1,5 рази ( $p < 0,05$ )

шляхом зменшення кількості травматичних релапаротомій, що, в свою чергу, дозволило зменшити термін післяопераційного лікування до  $25,5 \pm 16,00$  діб без летальних випадків.

6. Показники ендогенної інтоксикації у хворих, які одужали після однієї лапаротомії із застосованим мініінвазивним ендоскопічним методом та у хворих із "закритим" методом, в післяопераційному періоді статистично не різнились, а при хронічному ендотоксикозі у повторно оперованих хворих на ускладненні форми гострого некротичного панкреатиту при застосуванні традиційних методів суттєво зменшувались пластичні властивості організму, які найбільш були виражені по таким показникам, як втрата ваги тіла та зниження рівня гемоглобіну крові ( $p < 0,05$ ).

7. Завдяки застосуванню нової мініінвазивної діагностично-лікувальної технології в порівнянні з "відкритими" методами лікування ускладнених форм гострого некротичного панкреатиту в віддаленому післяопераційному періоді значно скоротилась кількість післяопераційних вентральних гриж (у 2,1 рази ( $p < 0,05$ )).

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. В комплексному хірургічному лікуванні хворих на некротичний панкреатит перевага повинна віддаватись "закритому" методу шляхом тривалого дренивання сальникової сумки і виконанням релапаротомій "на вимогу" при виникненні локальних ускладнень.

2. Найбільш раціональним шляхом підведення дренажів в сальникову сумку є лівобічна люмботомія. Усі інші способи можуть застосовуватись в якості санаційних заходів вогнищ деструкції та сальникової сумки.

3. При прогнозуванні секвестрації підшлункової залози при гострому некротичному панкреатиті (асептичному крупновогнищевому та інфікованому) доцільно в комплексі лікувальних заходів в післяопераційному періоді застосовувати дренажний пристрій із змінюваною каркасністю, який виконує роль дренажу та за допомогою якого виконуються динамічні ендоскопічні оментобурсопанкреатоскопії, мініінвазивні некр- та секвестректомії підшлункової залози.

4. Термін та кількість ендоскопічних ревізій сальникової сумки з виконанням мініінвазивних некр- та секвестректомії виконуються індивідуально для кожного хворого з урахуванням пофазових змін у підшлунковій залозі при некротичному панкреатиті.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Жмур А.А., Годлевська Н.А. Порівняльна оцінка методів хірургічного лікування гострого некротичного

панкреатиту //Галицький лікарський вісник.- 2002.- Т.9, №3.- С.67-68. (дисертант особисто провів аналіз та статистичну обробку хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит).

2. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Жмур А.А., Кацал В.А. Профілактика гнійних ускладнень гострого холангіогенного панкреатиту //Клінічна хірургія.- 2000.- №3.- С.58-59. (дисертант особисто приймав участь в оперативних втручаннях, оцінював ефективність запропонованих методів у профілактиці післяопераційних ускладнень, виконав статистичну обробку матеріалу).

3. Каніковський О.Є., Шапринський В.О., Жмур А.А., Саволюк С.І. Рашид Айман Використання полісорбу при гнійних ускладненнях гострого деструктивного панкреатиту //Вісник Вінницького медичного університету.- № 3-2.- 1999.- С.334-335. (дисертант самостійно впроваджував і оцінював ефективність комплексного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит в післяопераційному періоді).

4. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Жмур А.А., Саволюк С.І. Рашид Айман Ендолімфатична профілактика гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту //Вісник Вінницького медичного університету.- № 3-2.- 1999.- С.336-337. (дисертант виконав статистичну обробку та провів аналіз результатів лікування та профілактики постнекротичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту).

5. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Жупанов О.О., Жмур А.А., Саволюк С.І., Кацал В.А. Дренування в комплексному лікуванні гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту //Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина".- випуск 14.- 2001.- С.67-69. (дисертант виконав збір та провів статистичну обробку фактичного матеріалу)

6. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Рашид Айман, Жмур А.А., Саволюк С.І. Антибактеріальна терапія легеневих і плевральних ускладнень гострого панкреатиту //Вісник Вінницького державного медичного університету. - №4.1.– 2000.– С. 78-79. (дисертант провів аналіз та статистичну обробку застосування різних схем антибактеріальної терапії в профілактиці та лікуванні гнійних ускладнень гострого панкреатиту).

7. Годлевський А.І., Ничитайло М.Ю., Каніковський О.Є., Жмур А.А., Стукан О.С., Рашид Айман. Малоінвазивна хірургія гострого панкреатиту //Вісник Вінницького державного медичного університету. - №4.2.– 2000.– С. 458-459. (дисертант особисто провів аналіз лікування хворих на гострий панкреатит із застосуванням мініінвазивних методів).

8. Деклараційний патент України на винахід 36774А, А61В17/00. Спосіб лікування гострого деструктивного панкреатиту // Жмур А.А.,

Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Саволюк С.І. – Опубл. 16.04.2001; Промислова власність. Офіційний бюллетень.- 2001. - №3. (дисертант особисто підвів топографо-анатомічне підґрунття до застосування післяопераційного мініінвазивного методу в лікуванні некротичних форм гострого панкреатиту).

9. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Шапринський В.О., Дударенко Б.І., Жупанов О.О., Полубудкін М.С., Жмур А.А., Зінкевич В.О., Кацал В.В. Синдром поліорганної дисфункції і недостатності при гострому деструктивному панкреатиті //Збірник наукових статей “Матеріали 19 з’їзду хірургів України” Харків, 2000.– С.13-14. (дисертант особисто виконував статистичну обробку біохімічних показників у хворих на гострий некротичний панкреатит з визначенням синдрому поліорганної недостатності).

10. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Жупанов О.О., Жмур А.А., Кацал В.В., Стукан О.М. Антибактеріальна терапія некротичних форм гострого панкреатиту //Матеріали 20 з’їзду хірургів України.- Тернопіль.: Укрмедкнига, 2002. – С. 331-332. (дисертант особисто впроваджував і оцінював різні схеми антибактеріальної терапії у профілактиці постнекротичних ускладнень гострого панкреатиту).

11. Годлевський А.І., Каніковський О.Є., Дударенко Б.І., Фурман В.М., Вознюк Д.І., Жупанов О.О., Жмур А.А., Годлевська Н.А. Збереження дренажної активності системи проток та інтраорганного кровоплину підшлункової залози у лікуванні хворих на гострий панкреатит //Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті заслуженого діяча науки України, професора Г.Г.Караванова "Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту.- Матеріали науково-практичної конференції: Львів, 2002.- 134с. (дисертант особисто оцінював ефективність методів збереження прохідності системи проток у хворих на гострий панкреатит, виконав статистичну обробку матеріалу).

## АНОТАЦІЯ

**Жмур А.А. Застосування мініінвазивного методу в післяопераційному періоді при комплексному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03. – хірургія.- Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова, Вінниця, 2003.

Дисертація присвячена питанням тактики та методам післяопераційного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та профілактики постнекротичних ускладнень за рахунок мініінвазивного ендоскопічного методу.

Інтраопераційно та під час секції повторно оперованих хворих на

некротичний панкреатит діагностовано злуковий процес, який зумовлює локальні некротично-гнійні ускладнення, що спонукає до релапаротомій та погіршує безпосередні та віддалені результати лікування цих хворих.

З'ясовано, що ні один з традиційних методів післяопераційного хірургічного лікування: "закритий", шляхом тривалого дренивання сальникової сумки та виконанням релапаротомій на "вимогу" та "відкритий" з програмованими санаціями сальникової сумки без релапаротомії (через сформовану оментобурсостому) або з релапаротоміями (через сформовану лапаростому) не профілактують від виникнення локальних некротично-гнійних ускладнень при кращих результатах "закритого" методу.

Розроблено та застосовано в клініці власний мініінвазивний метод лікування хворих на некротичний панкреатит та профілактики виникнення некротично-гнійних ускладнень в післяопераційному періоді із застосуванням дренажної конструкції, яка змінює свою каркасність, та ендоскопічних приладів.

Результати дослідження застосування мініінвазивного методу доведено ефективність його в профілактиці локальних постнекротичних ускладнень, що дозволяє покращити результати безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит в порівнянні з традиційними методами.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, постнекротичні ускладнення, хірургічне лікування, мініінвазивний метод.

## АННОТАЦІЯ

**Жмур А.А. Применение миниинвазивного метода в послеоперационном периоде при комплексном лечении больных с острым некротическим панкреатитом . – Рукопись.**

Дисертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03. – хирургия.- Винницкий национальный медицинский университет им.Н.И.Пирогова, Винница, 2003.

Дисертация посвящена вопросам тактики и методам послеоперационного лечения больных с острым некротическим панкреатитом и профилактики постнекротических осложнений, используя миниинвазивный эндоскопический метод.

Релапаротомии, которые ухудшали непосредственные и отдалённые результаты среди выздоровевших больных были выполнены по причинам возникновения локальных постнекротических осложнений некротического панкреатита, которые, в свою очередь, возникали в результате спаечного процесса в сальниковой сумке в межоперационный период.

Установлено, что ни один из традиционных методов послеоперационного хирургического лечения: "закрытый" путём длительного дренирования

сальниковой сумки с выполнением релапаротомий "по требованию" и "открытый" с запрограммированными санациями сальниковой сумки без вскрытия брюшной полости (через сформированную оментобурсостому) или с релапаротомией (через сформированную лапаростому) не профилактуют от возникновения локальных постнекротических осложнений при лучших результатах "закрытого" метода.

Разработан и применен в клинике собственный миниинвазивный метод, направленный на профилактику возникновения и лечения гнойно-некротических осложнений у больных с острым панкреатитом в послеоперационном периоде. Он основан на применении собственной дренажной конструкции, с изменяемой каркасностью и использованием эндоскопического инструментария.

Результаты исследования применения миниинвазивного метода доказало его эффективность в профилактике локальных постнекротических осложнений. Данная методика в послеоперационном периоде позволяет визуально контролировать течение острого некротического панкреатита, диагностировать на ранних стадиях локальные осложнения, дополняя данные, полученные при помощи компьютерной томографии, ультрасонографии поджелудочной железы и результатов лабораторных исследований. Дренажная конструкция, установленная в сальниковой сумке, препятствует образованию массивного спаечного процесса в сальниковой сумке, что облегчает ревизию поджелудочной железы и уменьшает травматизм при повторных операциях.

Выполненные эндоскопические некр-, секвестрэктомии и санации сальниковой сумки в послеоперационном периоде позволили уменьшить общее число операций на одного больного в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) путём снижения числа травматичных релапаротомий, что, в свою очередь, позволило довести срок послеоперационного лечения до  $25,5 \pm 16,00$  суток без летальных исходов.

Клинические данные (пульс, среднее артериальное давление, температура тела) и лабораторные показатели, объединённые гематологическим показателем интоксикации) существенно не отличались между собой у больных с одной лапаротомией, которым были выполнены эндоскопические некр- и секвестрэктомии с больными, при использовании "закрытого" метода в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, постнекротические осложнения, хирургическое лечение, миниинвазивный метод.

## SUMMARY

**Zhmur A.A. Application of a miniinvasive method in the postoperative term in complex treatment of the patients with acute necrotic pancreatitis . - Manuscript.**

Dissertation for the scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03. - surgery.- Vinnitsa Nationale Medical University name after M.I.Pirogov, Vinnitsa, 2003.

The dissertation is devoted by a question of tactics and methods of postoperative treatment of the patients with acute necrotic pancreatitis and prophylaxis of postnecrotic complications, used the miniinvasive endoscopic method.

Any of traditional methods of postoperative surgical treatment is found out, that: "closed", by a long drainage of an omental bursa and performance relaparotomy under "demand" and "open" programed sanitations of an omental bursa without relaparotomy (omentobursostoma) or with relaparotomy (laparostoma) not profilact from originating local purulent-necrotic complications at the best results of the "closed" method.

Is developed and is applied in clinic own miniinvasive endoscopic method of treatment of the patients with necrotic pancreatitis and prophylaxis of originating of purulent - necrotic complications in the postoperative term.

The findings of investigation of application of miniinvasive endoscopic method proves efficacy it in prophylaxis of local postnecrotic complications, which permits to improve results immediate and long-term results of surgical treatment of the patients with acute necrotic pancreatitis in comparison with traditional methods.

Key words: acute necrotic pancreatitis, postnecrotic complications, surgical treatment, miniinvasive method.