

УДК 616.37-002-089.12

РЕАЛІЗАЦІЯ КОНЦЕПЦІЇ ХІРУРГІЇ "ШВИДКОГО ШЛЯХУ" В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Д. В. Андрющенко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

A "FAST TRACK" SURGICAL CONCEPT REALIZATION IN TREATMENT OF PATIENTS, SUFFERING AN ACUTE PANCREATITIS

D. V. Andryushchenko

В останні роки досягнутий певний прогрес у розв'язанні однієї з актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії, а саме, лікування ГП завдяки поглибленим дослідженням як вітчизняних, так зарубіжних авторів [1–3], проте, вона остаточно не вирішена. Кількість пацієнтів, у яких виявляють ГП, невідомо збільшується, незалежно від географічних, соціально-економічних умов їх життя та національних особливостей. Результати лікування таких хворих не відповідають вимогам сучасної хірургії та охорони здоров'я населення в цілому.

У зв'язку з цим, подальше наукове опрацювання питань комплексного хірургічного лікування хворих з приводу ГП глибоко мотивоване в теоретичному і практично-прикладному сенсі. За останні роки в країнах Європи поширена стратегія мультимодального активного оперативного лікування хворих "fast track" — хірургія (хірургія "швидкого шляху"), яка з позицій доказової медицини має переваги у порівнянні з класичними хірургічними підходами [4–6]. А чи можлива реалізація цього принципу в хірургії такого важкого і прогностично несприятливого захворювання, як ГП.

Мета дослідження: вивчення доцільності реалізації концепції "fast track" хірургії в комплексному лікуванні хворих з приводу ГП.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 57 хворих з приводу ГП в

Реферат

З метою вивчення доцільності реалізації концепції хірургії "швидкого шляху" ("fast track") в лікуванні хворих з приводу гострого панкреатиту (ГП) впроваджені 10 чинників зазначеного принципу у 57 пацієнтів віком від 34 до 67 років. За критеріями Атланта (2007), ГП помірної тяжкості відзначений у 13 (23%) пацієнтів, тяжкий — у 44 (77%). В лікувальній програмі реалізовані загальноприйняті чинники "fast track" хірургії. Впровадження цієї програми сприяло поліпшенню якості лікування хворих. Так, тривалість лікування хворого у стаціонарі зменшилася на 4,7 доби, післяопераційна летальність — з 16,3 до 10,1%.

Ключові слова: fast track хірургія; реалізація в лікуванні гострого панкреатиту.

Abstract

Ten principles of a surgical concept of "fast track" surgery in the treatment of an acute pancreatitis (AP) were introduced in 57 patients, ageing from 34 to 67 yrs old, with the objective to study if it is affordable to realize this concept. In accordance to Atlanta's criteria (2007), AP of moderate severity was noted in 13 (23%) patients, and a severe one — in 44 (77%). Generally accepted principles of a "fast track" surgery were realized in the treatment program. Introduction of such a program have promoted the improvement of the patients quality of life. So, the duration of stationary treatment have had reduced by 4.7 days, and postoperative lethality — from 16.3 to 10.1%.

Key words: "fast track" surgery; realization in the treatment of an acute pancreatitis.

клініці загальної хірургії (Міський панкреатологічний центр). Вік хворих від 34 до 67 років, у середньому ($47,5 \pm 4,1$) року, чоловіків — 43 (76%), жінок — 14 (24%). У більшості хворих виявлений ГП етанольного генезу. Тривалість захворювання від 2 до 5 діб, частіше (у 71% спостережень) — 24–78 год, у 17% — відзначений швидко прогресуючий перебіг ГП.

Діагноз встановлювали на підставі аналізу загально клінічних, лабораторно-біохімічних досліджень, а також даних променевих (УЗД, КТ) та інструментальних (ГДФС, відеолапароскопія) методів.

За критеріями Атланта (1992) з доповненням робочої групи (Атланта, 2007), перебіг ГП помірної тяжкості встановлений у 13 (23%) пацієнтів, тяжкий — у 44 (77%). У

більшості пацієнтів, включених у дослідження, спостерігали місцеві ускладнення захворювання, зокрема, скупчення рідини у вільній черевній порожнині — у 10 (17%) і сальниковій сумці — у 18 (31%), а також набряк або рідинне розрідження парапанкреатичного або параколярного заочеревинного простору — у 25 (43%). Середні вогнища панкреонекрозу виявлені у 42 (73%) хворих, великі — у 15 (27%).

В усіх хворих реалізований принцип "швидкого шляху", запропонований та впроваджений зарубіжними авторами в хірургію, гінекологію, онкологію, урологію. Концепція охоплює всі етапи лікування хворих, зокрема, перед-, інтра-, та післяопераційний, об'єднує 17 чинників [5,7]: інформування пацієнта до операції, відмову від ме-

ханічної підготовки товстої кишки, премедикації, повного голодування перед втручанням, призначення пробіотиків, інфузію розчину глюкози за 2 год до операції, епідуральну анестезію, використання анестетиків короткої дії, адекватний об'єм інфузії, застосування мінімально інвазивних оперативних технологій, попередження гіпотермії, забезпечення високої концентрації кисню, неопійну аналгезію, обмежене використання дренажів та назогастральних зондів, раннє видалення сечового катетера, призначення прокінетиків, раннє ентеральне харчування (РЕХ) та ранню мобілізацію. Більшість дослідників вважають достатнім практичне застосування 9 — 12 чинників [4, 8].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Впровадження принципу "швидкого шляху" включало такі чинники.

Інформовану добровільну згоду пацієнта на виконання операції та знеболення (за відповідним наказом МОЗ України № 110, 2012 р.), яка, крім правового контексту, передбачала всебічну психологічну підготовку хворого з метою психоемоційної адаптації до втручання з переконливим та обґрунтованим поясненням проблеми захворювання та оптимальних шляхів її вирішення для досягнення позитивного ефекту.

Підготовку товстої кишки перед втручанням здійснювали в основному шляхом призначення послаблювальних засобів без очисних клізм — у 42 (73%) хворих, а при виконанні операцій за невідкладними показаннями — не проводили.

Більшості — 43 (76%) пацієнтам після госпіталізації призначали пробіотики, оскільки проведення превентивної антибактеріальної терапії з застосуванням цефалоспоринів, фторхінолонів та метронідазолу (у 67% спостережень) або "важких" антибіотиків — карбапенемів (у 33%) як обов'язкового компоненту лікування при панкреонекрозі з метою попередження інфікування як самої підшлункової залози, так і парапанкреатичного заочеревинного простору, зумовлювало необхідність по-

передження дисбактеріозу та псевдомембранозного коліту. До того ж, за даними проведених в клініці досліджень, доведено, що застосування пробіотика *Sacharomycetes boulardi* підсилює мікробний антагонізм, а його призначення можливе одночасно з антибіотиком.

У 44 пацієнтів за тяжкого перебігу ГП при лікуванні в умовах відділення реанімації здійснювали пролонговану епідуральну анестезію як ефективний спосіб аналгезії та фактор стимуляції моторно—евакуаторної функції кишечника.

Інфузійна терапія в поєднанні з призначенням різних патогенетично спрямованих препаратів, яка становила основу консервативного лікування в усіх хворих, включала внутрішньовенне введення розчинів глюкози безпосередньо перед операцією.

Під час виконання оперативного втручання використовували інтубаційний інгаляційний наркоз з анестетиками короткої дії (пропофол) як самостійний вид загального знеболення (у 64% спостережень) або в поєднанні з епідуральною анестезією (у 36%).

Хірургічне лікування передбачало застосування принципу пріоритетного використання мінімально інвазивних технологій, зокрема, відеолапароскопії та інтервенційної сонографії — відповідно у 15 (26%) та 42 (74%) хворих. За опрацьованими в клініці тактичними підходами ці оперативні технології розподілені за результатом на одномоментно—остаточні, етапні та такі, що стабілізують стан хворого. Одномоментно—остаточні втручання, що забезпечували повне одужання, застосовані у 33 (57%) пацієнтів, переважно за наявності панкреатогенних скупчень рідини (асептичних, інфікованих) в сальниковій сумці, парапанкреатичному та параколярному заочеревинному просторі. Етапні операції, виконані у 14 (25%) хворих, забезпечували обмеження та демаркацію вогнища гнійно—некротичного ураження, що дозволяло здійснювати розкриття, санацію та дренування його з використан-

ням малих прецизійних доступів. Втручання, що забезпечували стабілізацію стану, здійснені у 10 (18%) хворих з приводу поширених гнійно—некротичних уражень заочеревинного простору, що дозволило впродовж 24 — 48 год усунути прояви поліорганної недостатності і виконати стандартні операції в кращих умовах.

Важливим компонентом комплексного хірургічного лікування хворих є РЕХ. Харчування хворих при ГП звичайним шляхом вкрай небажане, оскільки зумовлює підсилення секреції шлунка, зокрема, збільшення концентрації хлористоводневої кислоти, яка спричиняє збільшення вмісту інтестинальних гормонів з подальшою стимуляцією екзокринної функції підшлункової залози та підвищенням активності амілази в сечі. Тому РЕХ забезпечували шляхом субопераційного формування єюностомі, що давало можливість здійснювати кількісну та якісну нутритивну підтримку впродовж необхідного періоду. Такий спосіб РЕХ застосований у 26 пацієнтів з позитивним клінічним ефектом. При цьому необхідності у встановленні назогастроудоденального зонда не було.

Перебіг та прогресування ГП супроводжуються вираженим больовим синдромом (БС), який за інтенсивністю і сталістю значно перевершує біль при інших гострих захворюваннях органів черевної порожнини, а після хірургічного втручання — приєднується післяопераційний БС. Тому зменшення вираженості або повне усунення БС є важливим сегментом лікувальної програми при ГП, за програмою "швидкого шляху" його реалізують без використання опійних аналгетиків. Опрацьовано методику мультимодальної аналгезії на основі поєднання призначення аналгетика центральної дії нефопану і нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ) [9], яка, крім знеболювального ефекту, сприяла зникненню після операції ознобу. Методика з позитивним ефектом застосована у 46 (81%) хворих. Інший варіант фармакотерапії БС без опійних аналгетиків передба-

чав застосування НПЗЗ в поєднанні з ін'єкцією холінолітиків — у першу добу, а з другої доби — з препаратами комбінованої дії в таблетованій формі з спазмолітичним компонентом: флороглуценолом дегідратом та симетиконом, який підсилює знеболювальний ефект внаслідок суттєвого зменшення парезу та метеоризму кишечника. Застосування опрацьованої схеми виявилось ефективним в 11 (19%) хворих, передбачало також істотне зменшення кількості внутрішньом'язових ін'єкцій завдяки переходу на таблетовані форми лікарських засобів та запобігало виникненню післяін'єкційних ускладнень — гематоми, запального інфільтрату, абсцесу.

Під час перебігу ГП, особливо за тяжких форм, спостерігали паралітичну/динамічну непрохідність кишечника, а в ранні строки після виконання хірургічних втручань — виникнення стійкого парезу тонкої та товстої кишки, що за умови його прогресування може спричинити синдром ентеральної недостатності. Для відновлення моторно—евакуаторної функції кишечника призначали прокінетики (домперидон, ме-

токлопрамід) за загально визнаними схемами, а також застосовували їх на доповнення до епідуральної анестезії.

Реалізація зазначених факторів концепції "швидкого шляху" хірургії у пацієнтів при ГП сприяла поліпшенню результатів їх лікування. Так, тривалість госпіталізації хворого після операції зменшилася на 4,7 доби у порівнянні з такою за стандартної лікувальної тактики, післяопераційна летальність знизилася з 16,3 до 10,1%. Крім цього, суб'єктивні відчуття пацієнтів до і після операції, зокрема, диспептичні прояви, вираженість БС, строки відновлення пасажу вмісту по кишечнику були істотно комфортнішими.

Концепція "fast track" хірургії, створена і достатньо поширена в країнах Європи, за результатами багатоцентрових подвійних сліпих досліджень, виявилася більш ефективною у порівнянні з класичними хірургічними підходами як за критеріями відчуття комфорту пацієнта під час госпіталізації, так і за безпосередніми результатами лікування [4, 6, 8]. Аналіз ефективності цього принципу при лікуванні хворих з

приводу ГП свідчив, що, в цілому вкладаючись в рамки протоколу лікування таких хворих (наказ МОЗ України № 297 від 02.04.10), він має безсумнівні переваги, не потребує додаткових економічних витрат та спеціального технічного оснащення і може бути впроваджений в роботу хірургічних відділень, які здійснюють лікування хворих з приводу ГП.

ВИСНОВКИ

1. Концепція "fast track" хірургії, основана на результатах багатоцентрових подвійних сліпих досліджень, є однією з складових сучасного етапу розвитку хірургії.

2. Компоненти концепції в цілому відповідають національному клінічному протоколу лікування хворих з приводу ГП і не потребують додаткових економічних та матеріально—технічних витрат.

3. Реалізація принципів "швидкого шляху" в хірургії ГП сприятиме покращенню відчуття комфортності пацієнта в період лікування, зменшенню тривалості його лікування у стаціонарі та післяопераційної летальності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дронов А. И. Особенности патогенетического подхода к лечению острого некротического панкреатита / А. И. Дронов, И. А. Ковальская, В. Ю. Уваров // Укр. журн. хірургії. — 2013. — № 3. — С. 145 — 149.
2. The Pancreas / H. G. Beger, A. Warshaw, M. Buchler [et al.]. — Oxford: Blackwell Publ., 2008. — 1050 p.
3. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation in clinical for survival / P. Gotzinger, P. Wamser, R. Exner [et al.] // Surg. Inf. — 2003. — Vol. 4. — P. 205 — 211.
4. Мазитова М. И. Fast Track хирургия — мультимодальная стратегия ведения хирургических больных / М. И. Мазитова, Э. Р. Мустафин // Казан. мед. журн. — 2012. — Т. 93, № 5. — С. 27 — 30.
5. Kehlet H. Care after colonic operation — is it evidence based? Result from a multinational surgery in Europa and the United States / H. Kehlet, M. W. Buchler, R. W. Best // J. Am. Coll. Surg. — 2006. — Vol. 202, N 1. — P. 45 — 54.
6. Kehlet H. Evidence—based surgical care and the evolution of fast track surgery // H. Kehlet // Ann. Surg. — 2008. — Vol. 208, N 2. — P. 189 — 198.
7. Zonea P. Do we really apply fast track surgery? / P. Zonea, J. Stigler, T. Maly // Bratisl. Lek Listy. — 2008. — Vol. 109, N 2. — P. 61 — 65.
8. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery / J. Wind, S. V. Polle, H. P. Fung Kon Jin [et al.] // Br. J. Surg. — 2007. — Vol. 93. — P. 800 — 809.
9. Пат. 44812 А Україна, МПК А61К31/135. Спосіб до— та післяопераційного знеболення хворих з гострим панкреатитом / В. В. Куновський, Д. В. Андрущенко, В. П. Андрущенко (Україна); заявник і власник патенту Львів. нац. мед. ун—т імені Данила Галицького. — № 200905773; заявл. 05.06.09; опубл. 12.10.09. Бюл. № 19.

