



Я. П. Фелештинський, О. М. Бондаренко

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Мета роботи — поліпшити результати лікування хворих на гострий панкреатит із парапанкреатичними ускладненнями.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати комплексного лікування 276 хворих на гострий панкреатит. В основній групі для лікування гострого панкреатиту та його ускладнень виконували малоінвазивні втручання за розробленим у клініці алгоритмом. У групі порівняння, за даними ретроспективного аналізу, застосовували традиційне лікування гострого панкреатиту в поєднанні з відкритими хірургічними втручаннями.

Результати та обговорення. У 23 (16,3 %) хворих основної групи, які мали рідинні утворення об'ємом до 30 см³ ефективним було базисне консервативне лікування, 118 (83,6 %) виконано пункції рідинних утворень під ультразвуковим контролем. Серед хворих з абсцесами у 9 (6,4 %) діагностовано некротичні секвестри заочеревинного простору розміром до 5 см. Їм було показано лапароскопічне видалення секвестру з люмбального доступу. У 15 (10,6 %) хворих з гострими псевдокістами, які сполучалися з протоковою системою залози (ретенційні кісти) та мали високий дебіт підшлункового соку, після дренування та призначення в комплексному лікуванні препарату «Октра», виділення по дренажу припинилися в середньому на $(6,0 \pm 2,3)$ доби.

Висновки. Використання у хворих на гострий панкреатит розробленого діагностично-лікувального алгоритму з проведенням кожні 3—5 днів ультразвукового дослідження та кожні 14—16 днів комп'ютерної томографії сприяє ранньому виявленню парапанкреатичних ускладнень, обґрунтовує необхідність застосування малоінвазивних втручань, таких як пункція рідинних ускладнень та їх дренування, а за наявності некротичних секвестрів — лапароскопічне їх видалення, зменшує прогресування ускладнень панкреатиту та летальність (з 20,0 % у хворих групи порівняння до 2,8 % у хворих основної групи).

■
Ключові слова: гострий панкреатит, парапанкреатичні ускладнення, абсцеси, заочеревинні флегмони, малоінвазивні втручання, лапароскопія.

Гострий панкреатит (ГП) — одне зі складних захворювань черевної порожнини та заочеревинного простору, особливо його інфіковані деструктивні форми, які призводять до високої летальності (до 35 %) [1, 4, 12]. Перебіг гострого панкреатиту часто супроводжується формуванням таких ускладнень, як флегмони заочеревинного простору (у 15—18 % випадків) [1, 2, 3, 5], абсцеси (у 9—12 %) [1, 2, 3, 5] і псевдокісти підшлункової залози (у 8—10 %) [1, 2, 3, 5], котрі спричиняють прогресування захворювання.

Діагностика та лікування парапанкреатичних скупчень рідини не завжди бувають своєчасними та ефективними, особливо, якщо клінічний перебіг на ранніх стадіях безсимптомний або атиповий. Підґрунтя для виникнення тяжких ускладнень у

більшості випадків становить гострий панкреатит, що призводить до скупчення рідини та її інфікування в парапанкреатичній ділянці [1, 3, 10, 12].

Упровадження алгоритму діагностики та малоінвазивної методики лікування шляхом пункції рідинних утворень під ультразвуковим контролем у поєднанні з інтенсивною терапією зменшує ризик інфікування та прогресування панкреонекрозу і його ускладнень. Немоніторингова сучасна ультразвукова та комп'ютерно-томографічна діагностика не дає змоги своєчасно виявити ускладнення. Тому навіть малоінвазивні втручання виконують переважно на пізніх стадіях парапанкреатичних ускладнень, що знижує ефективність лікування. Це потребує розроблення алгоритму ультразвукової та

комп'ютерно-томографічної діагностики для своєчасного виявлення цих ускладнень і проведення відповідних малоінвазивних втручань.

Мета роботи — поліпшити результати лікування хворих на гострий панкреатит із парапанкреатичними ускладненнями.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів комплексного лікування 276 хворих на гострий панкреатит, які у період з 2007 до 2015 р. перебували на лікуванні у клініці кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Вік хворих — від 18 до 75 років. Чоловіків було 157 (57 %), жінок — 119 (43 %).

У 141 хворого основної групи, пролікованого у 2010—2015 рр., за розробленим у клініці алгоритмом виконано оперативні втручання з використанням малоінвазивних технологій для лікування гострого панкреатиту та його ускладнень.

Усім хворим при госпіталізації проводили езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС) для диференційної діагностики з перфоративною і пенетруючою виразками шлунка та дванадцятипалої кишки, симптоми яких імітують гострий панкреатит, особливо у хворих у тяжкому стані.

Алгоритм комплексної програми діагностики та лікування гострого панкреатиту у хворих основної групи передбачав, окрім загальноклінічних, лабораторних та біохімічних, інструментальні методи обстеження.

Кожні 3—5 днів проводили УЗД з використанням апарату My Lab 50 (Італія) експертного класу з конвексним датчиком з частотою 3,5 МГц, кожні 14—16 діб — комп'ютерну томографію (КТ).

Усім хворим з гострим панкреатитом призначали курс консервативної терапії, який передбачав:

- 1) знеболювання;
- 2) створення функціонального спокою для підшлункової залози;
- 3) пригнічення функції підшлункової залози, зменшення кровопостачання панкреатобілярної зони за допомогою препарату «Октра»;
- 4) антибактеріальну терапію, при інфікованому процесі її коригували згідно з результатами дослідження чутливості мікрофлори;
- 5) корекцію порушень кровообігу, мікроциркуляції, гемокоагуляції, білкового стану, особливо при деструктивних інфікованих формах гострого панкреатиту;
- 6) за потреби — симптоматичну терапію.

За наявності рідинних утворень об'ємом понад 30 см³ виконували дренування рідинного утворення під ультразвуковим контролем. Для пункції застосовували голки розміром 16—22 G, для дренування рідинних утворень — дренажі 6—14 Fr за методикою одномоментного дренування стилеткатетерами [4, 7, 11]. Пункції виконували під місцевою анестезією 2 % розчином лідокаїну в дозі 2—10 мл. Після пункції хворі залишалися під наглядом чергових хірургів. Вміст, отриманий під час пункції, відправляли в лабораторію для бактеріологічного дослідження.

При асептичному панкреатнекроті на тлі консервативного лікування у разі ферментативного перитоніту виконували лапароскопічні втручання з дренуванням черевної порожнини.

При діагностиці білярного асептичного панкреатиту проводили ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією.

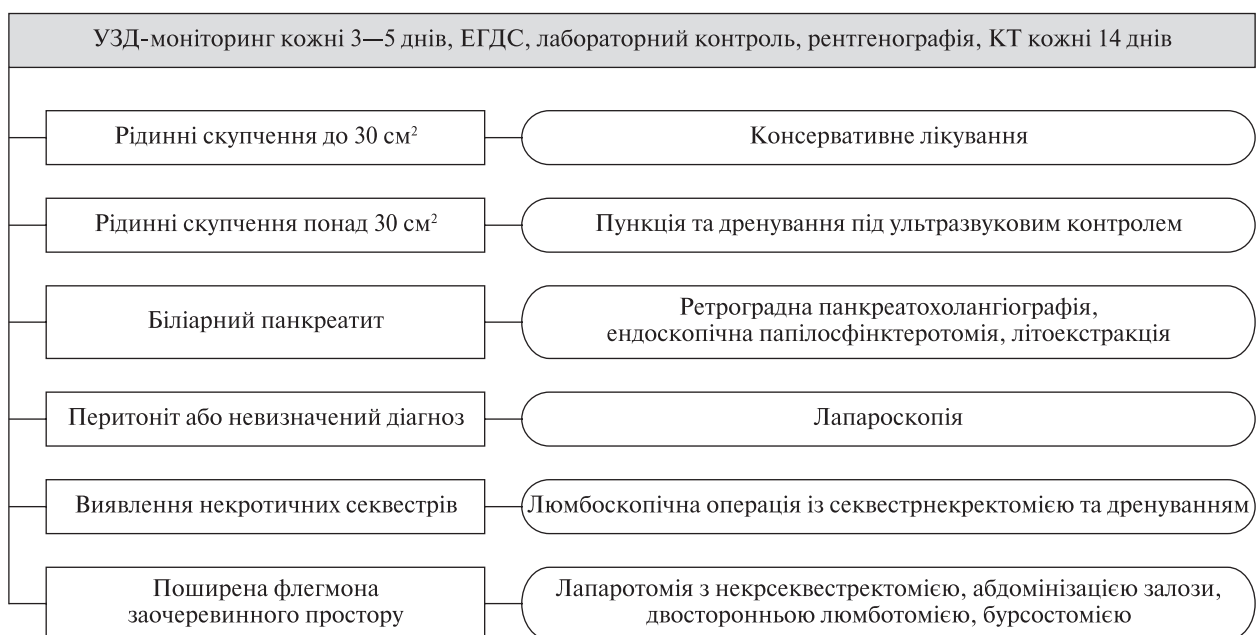


Рисунок. Алгоритм лікування при септичному гострому панкреатиті

На тлі гострої хірургічної патології живота (неясний діагноз) виконували діагностичну лапароскопію, а потім проводили патогномонічне лікування.

У разі виявлення парапанкреатичного скупчення рідини без ознак інфікування виконували пункцію та дренування рідинного скупчення під ультразвуковим контролем.

За потреби (за наявності секвестрів) виконували лапаро-, люмбоскопічну операцію із секвестрнекротомією та дренуванням.

Алгоритм дій при септичному гострому панкреатиті наведено на рисунку.

Через 14–16 днів від початку захворювання, у сумнівних випадках та для контролю процесу, виконували повторні КТ та УЗД органів черевної порожнини і заочеревинного простору.

До групи порівняння залучено 135 хворих, яким у 2007–2010 рр. проводили традиційне лікування гострого панкреатиту та його ускладнень, яке передбачало антибактеріальну та детоксикаційну терапію, призначення інгібіторів протеаз. За наявності ускладнень застосовували типові відкриті оперативні втручання: секвестрнекротомію з абдоменізацією залози, дренування парапанкреатичної, заочеревинної клітковини, двосторонньої люмботомії, бурсостомії, холецистостомії, часто — релапаротомії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У хворих основної групи з рідинними утвореннями об'ємом до 30 см³ ефективним було базисне консервативне лікування. Усі 23 (16,3 %) пацієнти були виписані на амбулаторне лікування в задовільному стані в середньому на (12,0 ± 2,3) доби. Це підтверджує той факт, що рідинні утворення об'ємом до 30 см³ за нетривалого (до 1 міс) захворювання без клінічних ознак інфікування та адекватного консервативного лікування можуть зникати.

У 118 (83,6 %) хворих основної групи, в яких рідинні утворення були понад 30 см³ (таблиця),

виконано пункцію рідинних утворів під ультразвуковим контролем.

У хворих з рідинними колекторами черевної порожнини для досягнення позитивного ефекту зазвичай було достатньо одноразової пункції на тлі консервативного лікування, але у 5 хворих виникла потреба у виконанні повторної пункції.

У хворих з абсцесами парапанкреатичної клітковини та сальникової сумки, оментобурситами, заочеревинними флегмонами пункції під ультразвуковим контролем закінчували встановленням дренажу, який промивали антисептиком. З них у 9 (6,4 %) хворих діагностовано некротичні секвестри заочеревинного простору розміром до 5 см. Це було показанням до лапароскопічного видалення секвестру з люмбального доступу.

У 15 (10,6 %) хворих з гострими псевдокістами, які сполучалися з протоковою системою залози (ретенційні кісти) та мали високий дебіт підшлункового соку, після дренування в схему комплексного лікування було введено препарат «Октра» у дозі 0,1 мг тричі на добу. Виділення по дренажу припинилися в середньому на (6,0 ± 2,3) доби. При контрольному УЗД рідинного утворення не виявлено. У 4 (2,8 %) хворих сформувалася псевдокіста підшлункової залози, що потребувало відкритого оперативного втручання з накладанням цистоєюноанастомозу.

У 5 хворих із заочеревинною флегмоною та у 4 — з парапанкреатичними абсцесами, незважаючи на застосування малоінвазивних методів лікування та інтенсивної консервативної терапії, виник тотальний інфікований панкреонекроз, що підтвердили результати КТ. Цим хворим виконано лапаротомію з некрсеквестрнекротомією, абдоменізацією залози, двосторонньою люмботомією, бурсостомією. З них померло 4 (2,8 % від загальної кількості пацієнтів основної групи) хворих.

У групі порівняння консервативне лікування виявилось ефективним у 24 (17,8 %), у решти виникли ускладнення гострого панкреатиту, які потребували відкритих хірургічних втручань — секвестрнекротомії, двосторонньої люмботомії, бурсостомії, холецистостомії, часто — релапаротомії. З них померли 27 (20 %) хворих.

Таким чином, упровадження діагностичного моніторингу, починаючи з госпіталізації хворого у відділення, та виконання своєчасної пункції рідинного утвору під ультразвуковим контролем та лапароскопії дало змогу у 128 (90,8 %) хворих отримати позитивний результат лікування. У решти хворих малоінвазивні втручання виявилися недостатньо ефективними і виникла необхідність у проведенні відкритої операції. Летальність в основній групі становила 2,8 %, причому лише серед хворих, яким виконували відкриті операції.

У групі порівняння 111 (82 %) хворим виконано відкриті операції, що суттєво збільшило термін їх перебування в стаціонарі та кількість ускладнень,

Т а б л и ц я
Парапанкреатичні ускладнення у хворих основної групи,
за яких використовували пункції
під ультразвуковим контролем

| Вид ускладнення | Кількість випадків |
|---|--------------------|
| Абсцеси парапанкреатичної клітковини та сальникової сумки | 32 (22,7 %) |
| Оментобурсити | 31 (22 %) |
| Заочеревинні флегмони | 28 (19,9 %) |
| Рідинні колектори черевної порожнини | 17 (12,1 %) |
| Гострі псевдокісти підшлункової залози | 10 (7,1 %) |
| Усього | 118 (83,6 %) |

а також призвело до інвалідазації хворих і збільшення матеріальних витрат.

ВИСНОВКИ

Використання у хворих на гострий панкреатит розробленого діагностично-лікувального алгоритму з проведенням кожні 3—5 днів УЗД та кожні 14—16 — комп'ютерної томографії сприяє ран-

ньому виявленню парапанкреатичних ускладнень, обґрунтовує необхідність застосування малоінвазивних втручань, таких як пункція рідинних ускладнень та їх дренирування, а за наявності некротичних секвестрів — лапароскопічне їх видалення, зменшує прогресування ускладнень панкреатиту та летальність (з 20,0 % у хворих групи порівняння до 2,8 % у хворих основної групи).

Література

1. Багненко С. Ф., Гольцев В. Р., Кабанов М. Ю. Острый панкреатит: проблемы и пути их решения // Харків. хір. шк. — 2009. — № 2.1 (33). — С. 69.
2. Винокуров М. М., Савельев В. В., Амосов В. В. Хирургические вмешательства при инфицированных формах панкреонекроза // Хирургия: Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2009. — № 11. — С. 23—26.
3. Запороженко Б. С., Шилов В. И., Бородаев И. Е. Диагностика и лечение осложненных форм острого деструктивного панкреатита // Клін. хір. — 2007. — № 2—3. — С. 92—93.
4. Ившин В. Г., Ившин М. В. Черескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом. — Тула: Гриф и К, 2013. — 24 с.
5. Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Конькова М. В. Острый панкреатит. — Донецк: Новый мир, 2008. — 352 с.
6. Петрушенко В. В. Міні-інвазивні оперативні втручання в лікуванні інфікованого некротичного панкреатиту // Укр. журн. екстрем. мед. ім. Г. О. Можая. — 2008. — Т. 9, № 1. — С. 24—27.
7. Хомяк І. В. Малотравматична позаочеревинна санація вогнищ панкреонекрозу в хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту // Клін. хірургія. — 2008. — № 11/12. — С. 76—77.
8. Bollen T. L., van Santvoort H. C., Besselink M. G. et al. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited // Br. J. Surg. — 2008. — Vol. 95. — P. 6—21.
9. Fritz S., Hackert T., Hartwig W. et al. Bacterial translocation and infected pancreatic necrosis in acute necrotizing pancreatitis derives from small bowel rather than from colon // Am. J. Surg. — 2010. — Vol. 200 (1). — P. 111—117.
10. Hut'an M. J., Rashid Y., Novak S. How long to wait with operations for necrotizing pancreatitis? // Article in Slovak Rozhl Chir. — 2010. — Vol. 89 (8). — P. 513—517.
11. Navaneethan U., Vege S. S., Chari S. T., Baron T. H. Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis // Pancreas. — 2009. — Vol. 38 (8). — P. 867—875.
12. Wilcox C. M., Varadarajulu S., Morgan D., Christein J. Progress in the management of necrotizing pancreatitis // Exp. Rev. Gastroenterol. Hepatol. — 2010. — Vol. 4 (6). — P. 701—708.

Я. П. Фелештинський, А. М. Бондаренко

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Цель работы — улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом с парапанкреатическими осложнениями.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения 276 больных острым панкреатитом. В основной группе для лечения острого панкреатита и его осложнений выполняли малоинвазивные вмешательства по разработанному в клинике алгоритму. В группе сравнения, по данным ретроспективного анализа, применяли традиционное лечение острого панкреатита в сочетании с открытыми хирургическими вмешательствами.

Результаты и обсуждение. У 23 (16,3 %) больных основной группы, имевших жидкостные образования объемом до 30 см³, эффективным было базисное консервативное лечение, 118 (83,6 %) больным выполнены пункции жидкостных образований под ультразвуковым контролем. Среди больных с абсцессами у 9 (6,4 %) диагностированы некротические секвестры брюшинного пространства размером до 5 см. Им было показано лапароскопическое удаление секвестра из люмбального доступа. У 15 (10,6 %) больных с острыми псевдокистами, которые сочетались с проточной системой железы (ретенционные кисты) и имели высокий дебит поджелудочного сока, после дренирования и назначения в комплексном лечении препарата «Октра», выделения по дренажу прекратились в среднем на (6,0 ± 2,3) суток.

Выводы. Использование у больных острым панкреатитом разработанного диагностико-лечебного алгоритма с проведением каждые 3—5 дней ультразвукового исследования и каждые 14 дней компьютерной томографии способствует раннему выявлению парапанкреатических осложнений, обосновывает необходимость применения малоинвазивных вмешательств, таких как пункция жидкостных осложнений и их дренирование, а при наличии некротических секвестров — лапароскопическое их удаление, уменьшает прогрессирование осложнений панкреатита и летальность (с 20,0 % у больных группы сравнения до 2,8 % у больных основной группы).

Ключевые слова: острый панкреатит, парапанкреатические осложнения, абсцессы, брюшинные флегмоны, малоинвазивные вмешательства, лапароскопия.

Ya. P. Feleshtynskyi, O. M. Bondarenko

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education of Health Ministry of Ukraine, Kyiv

MINIMALLY INVASIVE METHODS EFFICIENCY FOR PARAPANCREATIC COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS TREATMENT

The aim — to improve treatment results in patients with acute pancreatitis and parapancreatic complications.

Materials and methods. The complex treatment results of 276 patients with acute pancreatitis have been analysed. In the study group, the minimally invasive surgery for the acute pancreatitis and its complications were performed by the algorithm developed in the clinic. In the comparison group, according to a retrospective analysis, the common treatment for acute pancreatitis combined with open surgery were performed.

Results and discussion. The 23 (16.3 %) study group patients which had liquid cyst up to 30 cm³ a basic conservative treatment was rather effective, in 118 (83.6 %) — the liquid masses puncture under ultrasound control were performed. Among patients with abscesses in 9 (6.4 %) the retroperitoneal necrotizing sequesters up to 5 cm were diagnosed. The laparoscopic sequestration removal from the lumbar access was indicated to them. In 15 (10.6 %) patients with acute pseudocyst connected with gland ductal system (retention cysts) and high pancreatic juice flow rate, after draining and *Octa* drug appointment, the drainage flow has stopped by an average on 6.0 ± 2.3 days.

Conclusions. The developed diagnostic-therapeutic algorithm in patients with acute pancreatitis with ultrasound monitoring every 3—5 days and CT scans every 14 days promotes early detection of parapancreatic complications, justifies the minimally invasive interventions need (such as fluid complications puncture and drainage and in the necrotic sequestration presence-laparoscopic removal), reduces the pancreatitis complications progression and mortality (from 20 % in the comparison group patients to 2.8 % in the study group patients).

Key words: acute pancreatitis, parapancreatic complications, abscesses, liquid masses puncture, minimally invasive surgery, laparoscopy.