

УДК 616.37–002–089.12

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ОБМЕЖЕНИХ СКУПЧЕННЯХ РІДINI У ХВОРИХ ЗА ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. Д. Шейко, А. Г. Оганезян

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

THE SURGICAL TACTIC OPTIMIZATION IN LOCAL ACCUMULATIONS OF LIQUID IN PATIENTS, SUFFERING SEVERE ACUTE PANCREATITIS

V. D. Sheyko, A. G. Oganezyan

РЕФЕРАТ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 56 хворих з приводу обмежених скупчень рідини (ОСР) за тяжкого гострого панкреатиту (ТГП). Черезшкірна пункційно–дренувальна санація (ПДС) здійснена у 47 (83,9%) хворих; 7 (12,5%) – лікували без хірургічного втручання; у 2 (3,6%) – виконане відкрите оперативне втручання. Синдром системної запальній відповіді (SIRS) виявлений у 31 (55,4%) хворого, ознаки інфікування ОСР за даними ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ) без SIRS спостерігали у 2 (93,6%), компресії – у 45 (80,4%). Застосування запропонованої хірургічної тактики за даними ультразвукового моніторингу ОСР, наявністю ознак компресії, SIRS, визначенням вмісту та інфікування дозволило поліпшити результати лікування хворих за ТГП.

Ключові слова: тяжкий гострий панкреатит; обмежені скупчення рідини; хірургічна тактика; пункційно–дренувальна санація.

SUMMARY

The results of examination and treatment of 56 patients, having local accumulations of liquid (LAL) in severe acute pancreatitis (SAP), were analyzed. Transcutaneous puncture-draining sanation was performed in 47 (83.9%) patients; 7 (12.5%) – were treated without surgical intervention; in 2 (3.6%) – open operative interventions were done. SIRS was revealed in 31 (55.4%) patients, the signs of the LAL infectioning in accordance to the ultrasonographic investigation data, computeric tomography (CT) without SIRS was observed in 2 (93.6%), the compression features – in 45 (80.4%). Application of surgical tactics proposed in accordance to the data of the ultrasonographic monitoring of LAL, the signs of compression and the SIRS presence with determination of contents and infectioning have had permitted to improve the treatment results in patients, suffering SAP.

Key words: severe acute pancreatitis; local accumulations of liquid; surgical tactics; puncture-draining sanation.

K

лінічний перебіг ТГП ускладнюється формуванням ОСР у черевній порожнині та заочеревинному просторі у 30–50% хворих. Суперечливими є рекомендації щодо хірургічної тактики у таких хворих. Обговорюються питання щодо показань до використання при лікуванні гострих скупчень рідини як мінінвазивних, так і відкритих хірургічних втручань. У той же час, існують думки про можливість відмови від хірургічного втручання при діагностованому гострому скупченні рідини як у вільній черевній порожнині, так і в заочеревинному просторі [1].

В комплексі лікування хворих з приводу гострого панкреатиту одними з найбільш ефективних сучасних методів є черезшкірні ПДС під контролем УЗД [1–5]. Проте, незважаючи на успіхи, досягнуті в уdosконаленні патогенетично обґрунтованої інтенсивної терапії та застосуванні мінінвазивних методів хірургічного лікування, летальність за ТГП досить висока як у нашій країні, так і за рубежом – від 10 до 39% [1, 6, 7].

Мета дослідження: оптимізація хірургічної тактики у хворих за наявності ОСР при ТГП шляхом об'єктивізації показань до виконання черезшкірних ПДС та оцінки ефективності лікування у динаміці.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 56 хворих з приводу ОСР при ТГП у хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2009 по 2013 р. Чоловіків було 36 (64,3%), жінок – 20 (35,7%). Вік хворих від 25 до 81 року, у середньому ($48,2 \pm 1,7$) року.

Тривалість захворювання до госпіталізації становила: менше 2 тиж – в 11 (19,6%) пацієнтів, 2–4 тиж – у 24 (42,9%), понад 4 тиж – у 21 (37,5%). Тяжкість стану хворих за шкалою APACHE II у середньому ($8,8 \pm 0,3$) бала. SIRS відзначений у 31 (55,4%) хворого, інфікування ОСР виявлене у 27 (87,1%) з них, ознаки інфікування за даними УЗД та / або КТ без SIRS – у 2

(3,6%), ознаки компресії – у 45 (80,4%). Органна дисфункція встановлена у 6 (10,7%) хворих, в усіх виявлені інфіковані ОСР.

Характер патологічних змін при ТГП та ефективність лікування оцінювали на основі даних клінічних, лабораторних досліджень, УЗ моніторингу, КТ, чередрениажного рентгеноконтрастного дослідження. Всім хворим проводили УЗД після госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому – через кожні 1 – 4 доби.

ПДС під контролем УЗД виконані у 47 хворих за методикою "вільної руки" з використанням дренувальних наборів фірми Balton (9 – 12 Fr) під місцевою анестезією. Під час дренування видалили патологічний вміст (50 – 6000 мл), проводили візуальну оцінку вмісту ОСР, мікробіологічне, бактеріоскопічне, біохімічне дослідження.

У 7 (12,5%) хворих лікування здійснене без хірургічного втручання, у 2 (3,6%) – виконані відкриті оперативні втручання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Після ПДС в усіх хворих відзначений регрес симптомів компресії. На 2-ту добу після ПДС у 38 (80,9%) хворих розміри ОСР зменшилися втрічі, у 9 (19,1%) – удвічі. У 34 (72,3%) хворих на 4–21–шу добу ОСР не виявлені.

У 43 (91,5%) хворих після ПДС спостерігали регрес SIRS, у 4 (8,5%) – його ознаки зберігалися, в усіх були інфіковані ОСР. За даними УЗД і КТ у динаміці виявлене зменшення розмірів з переважанням тканинного компоненту в порожнині. У 6 (12,8%) хворих відзначений рецидив SIRS. За даними УЗД і КТ у них також виявлене зменшення ОСР з переважанням тканинного компоненту в порожнині інфікованого ОСР. У 4 (8,5%) хворих спостерігали рецидив SIRS, за даними УЗД і КТ у них діагностовані ОСР іншої локалізації, виконані повторні ПДС, після яких в однієї хворої спостерігали позитивну динаміку, у 3 із інфікованими постнекротичними ОСР зберігався SIRS. За даними УЗД і КТ виявлене зменшення розмірів з переважанням тканинного компоненту в порожнині інфікованого ОСР.

У 4 (8,5%) хворих після ПДС повторно утворилися ОСР, у 3 – інфіковані гострі постнекротичні скучення рідини та поширені перипанкреатичні інфільтративні зміни, в 1 – гостра панкреатична псевдокіста. У 2 хворих спостерігали SIRS, у 2 – ознаки компресії. Виконані повторні ПДС.

Залежно від кінцевого результату ПДС поділяють на одномоментно–остаточні та етапні. У 29 (61,7%) хворих ПДС під контролем УЗД виявилася одномоментно–остаточна. Етапні ПДС (1 – 2) здійснені у 5 (10,6%) хворих. У 13 (27,7%) хворих після ПДС під контролем УЗД в подальшому виконана некреквест-

ректомія (НСЕ), ПДС дозволило одержати додаткову інформацію про характер ураження, сприяло демаркації та "локалізації" вогнища запалення. Показаннями до операції були наявність SIRS на тлі переважання інфікованого тканинного компоненту в порожнині ОСР, що підтримувало запальний процес. Оперовані 6 (46,1%) хворих з інфікованими обмеженими ділянками некрозу, 6 (46,1%) – з інфікованими гострими постнекротичними скученнями рідини у строки 2 – 4 тиж, 1 (7,8%) хвора з інфікованим гострим постнекротичним скученням рідини в строки до 2 тиж. Обсяг оперативного втручання: лапаротомія, НСЕ – в 11 (23,4%) хворих, мінілюмботомія, НСЕ – у 2 (4,3%), у 3 (6,4%) – здійснена повторна санация.

Ускладнень, пов'язаних з ПДС, не спостерігали. Летальність становила 2,2%.

Застосовано шкалу оцінки ефективності ПДС під контролем УЗД, яка передбачає бальну оцінку даних клініко–лабораторних досліджень, УЗД і КТ з подальшим прийняттям рішення за сумою балів (пат. України на корисну модель 81583).

У 7 (12,5%) хворих ознак компресії не було, за даними УЗД, КТ виявлені ознаки інфікування та SIRS. На тлі консервативної терапії у цих хворих досягнутий регрес ТГП. У зв'язку з відсутністю SIRS, ознак компресії, інфікування за даними УЗД і КТ, а також регресом ТГП оперативне лікування не проводили.

Таким чином, консервативна терапія виявилася ефективною за відсутності ознак компресії, SIRS, інфікування ОСР та секвестрів у порожнині ОСР за даними УЗД і КТ.

Динамічне УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору показане всім хворим за наявності ТГП.

ПДС не показане за наявності ОСР без ознак компресії, SIRS, інфікування ОСР за даними УЗД і КТ та секвестрів. Про ефективність консервативної терапії свідчив регрес ознак ТГП.

ПДС під контролем УЗД показане при виявленні ОСР з ознаками компресії та / або SIRS, а також інфікування за даними УЗД, КТ.

При асептичних ОСР за відсутності секвестрів ПДС під контролем УЗД забезпечує остаточний лікувальний ефект у 100% спостережень. ПДС під контролем УЗД протягом 4 тиж від початку захворювання за наявності як асептичних, так і інфікованих ОСР частіше забезпечує остаточний лікувальний ефект.

Переважання інфікованого тканинного компоненту в порожнині ОСР є відносним протипоказанням до виконання етапних ПДС під контролем УЗД, проте, первинне ПДС сприяє декомпресії, демаркації та "локалізації" вогнища запалення, оптимізує ефективність відкритої НСЕ. Збереження або прогресування SIRS на тлі переважання інфікованого тканинного

компоненту в порожнині ОСР потребує перегляду тактики лікування на користь відкритої НСЕ.

Застосування запропонованої хірургічної тактики при ОСР у хворих на ТГП дозволило зменшити частоту ускладнень на 21,1%, летальність – на 16,4% ($P < 0,01$), поліпшити результати лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. The Pancreas / H. G. Beger, A. Warshaw, M. Buchler [et al.]. – Oxford: Blackwell Publ., 2008. – 1050 p.
2. Хирургическая тактика при остром некротическом панкреатите / П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова, А. А. Васильева [и др.] // Укр. журн. хірургії. – 2013. – №3 (22). – С. 150 – 155.
3. Минаков О. Е. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств под контролем УЗИ в диагностике и лечении боль-
- ных панкреонекрозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.27 – хирургия / О. Е. Минаков. – Воронеж, 2008. – 24 с.
4. Чирков А. В. Лечебная и диагностическая тактика при острых скоплениях жидкости, осложняющих течение первичного деструктивного панкреатита: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.27 – хирургия / А. В. Чирков. – М., 2009. – 29 с.
5. Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis / U. Navaneethan, S. S. Vege, S. T. Chari [et al.] // Pancreas. – 2009. – Vol. 38, N 8. – P. 867 – 875.
6. Савельев В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. – М.: ООО Мед. информ. агентство, 2008. – 264 с.
7. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival / P. Gotzinger, P. Wamser, R. Exner [et al.] // Surg. Inf. – 2003. – Vol. 4. – P. 205 – 211.

