

УДК 616.37–002.31–089.12

ОБГРУНТУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО МІНІІНВАЗИВНИХ ТА ВІДКРИТИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

О. М. Бондаренко

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

SUBSTANTIATION OF DIFFERENTIATED APPROACH FOR MINIINVASIVE AND OPEN SURGICAL INTERVENTIONS FOR COMPLICATIONS OF AN ACUTE PANCREATITIS

O. M. Bondarenko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Реферат

Проаналізовані результати лікування 177 хворих з приводу ускладнень гострого панкреатиту (ГП). Впровадження динамічного моніторингу сприяло зменшенню частоти виконання відкритих хірургічних втручань, післяопераційних ускладнень та летальності. Консервативна терапія виявилася ефективною у 87 хворих, у 66 - використані мініінвазивні методики, у 24 - виконані відкриті оперативні втручання. Обґрунтовані показання до виконання мініінвазивних та відкритих оперативних втручань з приводу ГП.

Ключові слова: гострий панкреатит; ускладнення панкреатиту; мініінвазивні операції; відкриті оперативні втручання.

Abstract

Results of treatment of 177 patients, suffering complications of an acute pancreatitis, were analyzed. Introduction of dynamical monitoring have promoted reduction of open operations conduction as well as postoperative morbidity and lethality rate. Conservative therapy have appeared effective in 87 patients, in 66 - miniinvasive procedures were applied, and in 24 - open operative interventions. There were substantiated indications for performance of miniinvasive and open operative interventions for an acute pancreatitis.

Keywords: acute pancreatitis; complications of pancreatitis; miniinvasive operations; open operative interventions.

Гострий панкреатит (ГП) є одним з складних захворювань черевної порожнини і заочеревинного простору [1]. Його ускладнення зумовлюють високу летальність та великі матеріальні витрати [2, 3]. Широке впровадження в хірургічну практику мініінвазивних втручань з приводу ускладнень ГП дозволило покращити результати лікування хворих [4]. В той же час, за тяжких ускладнень ГП доцільне виконання відкритих оперативних втручань. У 15 – 20% хворих ГП має тяжкий перебіг: загальна летальність при ГП становить 3 – 15%, при некротичному – 24 – 50% [2, 3, 5, 6].

Широке використання мініінвазивних технологій в діагностиці та лікуванні ГП не завжди є своєчасним та ефективним, особливо за атипового перебігу хвороби, супутнього ожиріння, цукрового діабету тощо. У таких ситуаціях створюються умови для утворення в черевній порож-

нині скупчень рідини, їх інфікування та поширення процесу на парапанкреатичну клітковину.

Впровадження діагностичного й лікувального алгоритму, пункція скупчень рідини під контролем ультразвукового дослідження (УЗД), проведення патогенетично обґрунтованого консервативного лікування сприяють зменшенню частоти тяжких ускладнень, а при їх виникненні дають змогу вчасно виконати відкрите оперативне втручання. Таким чином, сучасна моніторингова діагностика з використанням УЗД та комп'ютерної томографії (КТ) забезпечує вчасне виявлення та усунення ускладнень, попереджуючи інфікування.

Якщо раніше перевагу віддавали відкритим операціям, аргументуючи тим, що мініінвазивні втручання не забезпечують достатню радикальність і повноту санації ділянки деструкції [2, 3, 5, 6], в останні 5 років

пріоритетним вважають мініінвазивні методики [5, 7 – 9]. На практиці є багато неузгоджених технічних і тактичних питань. На наш погляд, обґрунтування диференційованого підходу до виконання мініінвазивних та відкритих хірургічних втручань з приводу ускладнень ГП сприятиме покращенню результатів лікування хворих.

Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих з приводу ускладнень ГП шляхом застосування мініінвазивних та відкритих хірургічних втручань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 177 хворих з приводу ГП за період з 2011 по 2016 р. Вік хворих від 17 до 79 років. Чоловіків було 128 (71,3%), жінок – 49 (28,7%).

У 177 хворих (основна група) лікування проводили за розробле-

ним алгоритмом з використанням мініінвазивних методик в період 2011—2016 рр.

У 175 хворих (група порівняння) застосоване стандартне лікування ГП та його ускладнень в період з 2007 по 2011 р. За наявності ускладнень виконували типові відкриті оперативні втручання.

Алгоритм комплексної програми у хворих основної групи передбачав постійний моніторинг загальноклінічних, лабораторних, біохімічних та інструментальних методів дослідження. УЗД проводили через кожні 3—5 дб, КТ — через кожні 14—16 дб. За складних діагностичних ситуацій алгоритм передбачав проведення лапароскопії.

Для оцінки стану хворих використовували прогностичні показники за шкалою Ranson. У дослідження включали хворих, стан яких за шкалою Ranson оцінений від 3 до 11 балів, у середньому в основній групі — $(5,2 \pm 0,4)$ бала, у групі порівняння — $(5,0 \pm 0,3)$ бала.

Групи репрезентативні за віком, статтю пацієнтів, етіологією і тяжкістю захворювання, проте, не репрезентативні за кількістю хворих, у яких виконані відкриті хірургічні втручання.

Консервативна терапія є важливою складовою лікування ГП на всіх етапах, спрямована на основні патогенетичні механізми пригнічення аутолізу та патологічних змін в органах. Її призначали всім хворим одразу після госпіталізації. Застосовували активну тактику паралельно з клініко—лабораторним та інструментальним моніторингом стану хворого. Після стабілізації стану хворого застосовували активно—вичікувальну тактику, не припиняючи лабораторно—інструментальний контроль. При виявленні ускладнень застосовували хірургічну тактику, яку розпочинали з мініінвазивних втручань.

В основній групі завдяки впровадженню розробленого алгоритму [10] оментобурсит діагностований у 32 хворих, заочеревинна флегмона — у 26, панкреатогенний абсцес — у 17, гострі псевдокісти підшлункової залози (ПЗ) — у 10. Хворим, госпі-

талізованим з ускладненнями ГП, на перших етапах виконували мініінвазивні втручання. Пункційні втручання здійснювали під місцевою анестезією. Вміст рідинного утворення направляли для бактеріологічного і біохімічного дослідження. Всі хворі після пункції перебували під наглядом чергового персоналу. В основній групі таких хворих було 66 (37,3%).

З приводу ферментного перитоніту виконували лапароскопічні втручання з дрениванням черевної порожнини.

Проте, у 24 (13,6%) хворих основної групи можливості консервативної терапії та мініінвазивні втручання з тієї чи іншої причини були недостатніми, їм здійснені відкриті оперативні втручання.

Показаннями до виконання відкритого оперативного втручання були:

- наявність панкреатогенного абсцесу, інфікованої псевдокісти ПЗ, септичної флегмони заочеревинного простору після дренивання — у 5 хворих;
- флегмона заочеревинного простору, що поширювалась на брижу тонкої кишки — у 7;
- спайкова непрохідність внаслідок інфікування ділянок стеатонекрозу, секвестрів — у 2;
- арозивна кровотеча в кісту — у 3;
- перфорація порожнистого органа — у 4;
- міжпетельні абсцеси — у 2;
- наявність панкреатичної нориці — в 1.

У 99 хворих групи порівняння виконані типові відкриті оперативні втручання без застосування мініінвазивних технологій.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В основній групі консервативна терапія виявилася ефективною у 85 (48,5%) хворих, мініінвазивні втручання — у 65 (36,7%), у решти хворих перебіг захворювання був надзвичайно тяжким, що потребувало інших методів лікування.

У 5 (20,8%) хворих виконані відкриті оперативні втручання з приводу кістозних утворень за немож-

ливості застосування мініінвазивних методик. У них не було можливості виявити безпечне "вікно" для проведення дренажної трубки за наявності кіст та багатокамерних псевдокіст з великою кількістю щільних тканин — секвестрів. Основними етапами операцій були секвестректомія з дрениванням гнійних порожнин та формуванням бурсостоми.

У 3 хворих виконане відкрите оперативне втручання з приводу нориці тонкої кишки, в 1 — ободової. В 1 хворого здійснена повторна операція з приводу нориці горизонтальної частини дванадцятипалої кишки на 21—шу добу, ще через 7 дб утворилася така сама нориця на 3 см проксимальніше. Оперативне втручання передбачало зашивання перфоративного отвору з використанням однорядного шва та дренивання. На 10—ту добу після останнього оперативного втручання пацієнт виписаний на амбулаторне лікування. У 2 хворих з приводу перфорації тонкої кишки та у 3 — товстої проведене успішне консервативне лікування.

У 3 (12%) хворих виконане відкрите оперативне втручання з приводу арозивної кровотечі в порожнину кісти. Хворі госпіталізовані з діагнозом ГП. За даними УЗД виявлене рідинне утворення у сальникової сумці, при пункції якого отримана кров. В таких ситуаціях ми віддаємо перевагу відкритій операції. Інтраопераційно виявлена кіста сальникової сумки розмірами 19 × 16 см, заповнена згортком і свіжою кров'ю. При розкритті оболонки кісти під тиском виділилось до 100 мл крові. При ревізії кісти виявлений отвір діаметром до 1 мм на селезінковій артерії. Отвір зашитий атравматичною голкою. На 12—ту добу пацієнт виписаний на амбулаторне лікування.

Особливо складними для хірургічного лікування було виявлення ділянок стеатонекрозу в брижі товстої кишки та між петлями тонкої кишки. Якщо ускладнення не діагностоване на ранньому етапі і не виконано операцію, стеатонекроз спричиняє утворення настільки щільних

спайок, що навіть під час відкритого втручання виникають технічні труднощі, що зумовлює масивну десерозацію і пошкодження стінки кишечника. У таких хворих вимушено виконували відкриту операцію з приводу непрохідності кишечника після консервативного лікування ГП у районній лікарні. Для виявлення подібних ускладнень широко використовуємо лапароскопічний метод.

Оптимальними строками виконання оперативного втручання є 14—та доба і пізніше від початку захворювання. Саме в цей період завершується секвестрація некротизованих ділянок ПЗ. За цей час слід оцінити ситуацію і вирішити питання щодо подальшої тактики. Якщо триває некроз з формуванням абсцесу чи флегмони, пропонувати операцію.

Операція дає можливість здійснити повну санацію гнійно—некротичних вогнищ і встановити дренажі так, щоб попередити поширення інфікування. Принцип етапного виконання хірургічних втручань визнають провідні хірурги, оскільки не існує критеріїв оцінки межі поширення необоротних деструктивних змін ПЗ. Навіть видалення секвестру не гарантує припинення некротичного процесу.

У 7 (29,2%) хворих відкрите оперативне втручання виконане з приводу поширеної флегмони заочеревинного простору. У 2 хворих флегмона поширилася на мошонку.

Оперативне втручання виконували під ендотрахеальним наркозом з використанням верхнього середнього доступу. Рідинний вміст направляли для бактеріологічного і біохімічного дослідження. Після евакуації ексудату проводили повну ревізію органів черевної порожнини. Ділянки стеатонекрозу виявлені в усіх відділах, найбільше — на великому і малому сальнику, шлунково—ободовокишковій зв'язці (*lig. gastrocolica*), брижі ободової кишки. Ревізію починали з огляду нижньої частини живота. Великий сальник піднімали кверху, оглядали брижу ободової кишки. При виявленні дефекту обов'язково зашивали його. Проводили повне обстеження тонкої киш-

ки. За відсутності патологічних змін розкривали сальникову сумку широким доступом з поетапним перев'язуванням та пересіченням судин шлунково—ободовокишкової зв'язки. Ця маніпуляція при деструктивному ГП завжди технічно складна через укорочення зв'язки, веностаз та набряк. Необхідно бути обережним, щоб не пошкодити поперечну ободову кишку і особливо середню ободовокишкову артерію (*a. colica media*). При її пошкодженні після операції утворюється товстокишкова нориця. Ревізували сальникову сумку, сальниковий отвір, ПЗ. Для повноцінного огляду ПЗ і парапанкреатичної клітковини здійснювали абдомінізацію органа розрізами пристінкової очеревини по верхньому і нижньому краях на всю довжину ПЗ. Ця маніпуляція дає змогу оцінити стан парапанкреатичної клітковини та заочеревинного простору. Стан ПЗ оцінювали візуально і мануально. Звертали увагу на її розміри, поверхню, консистенцію. За наявності ділянок стеатонекрозу їх видаляли шляхом дигітоклазії. Деякі автори вважають абдомінізацію ПЗ історичним надбанням, оскільки сучасні лапароскопічні методи дають можливість здійснити цю маніпуляцію без додаткової травми ПЗ. Ми переконані, що за наявності показань ця маніпуляція попереджає поширення флегмони по заочеревинному простору. Після абдомінізації ПЗ показань до її резекції не було.

Оперативне втручання завершували дренажуванням. Дренажі встановлювали через ліву бічну ділянку позаочеревинно під низхідною ободовою кишкою над лівою ниркою. Після розрізу шкіри і розшарування бічних м'язів тупо проходили під товстою кишкою назустріч і під контролем лівої руки через сальникову сумку. При запальних змінах парапанкреатичної клітковини цю процедуру виконувати легко. Іноді доводилося під невеликим зусиллям проходити підшлунково—ободовокишкову зв'язку (*lig. pancreaticocolicum*). Встановлювали 2 дренажі, один по нижньому краю ПЗ, інший — по верхньому.

Назустріч цим дренажам через сальниковий отвір проводили 2 дренажі через праву бічну ділянку. Якщо сальниковий отвір замуруваний, намагалися відновити його прохідність. Для дренажів використовували поліхлорвінілові трубки діаметром 0,5 — 0,9 см з бічними перфоративними отворами.

"Опускання" лівого згину ободової кишки вважаємо недоцільним, оскільки пересічення діафрагмово—ободовокишкової зв'язки (*lig. phrenicocolicum*) відкриває нижню ділянку живота для інфекції. Проте, вважаємо за доцільне "опускання" правого згину ободової кишки при тотальному панкреонекрозі або панкреонекрозі головки ПЗ. Це дає змогу попередити формування абсцесу в підпечінковому заглибленні, оскільки такий інфільтрат—абсцес спричиняє стискання дванадцятипалої кишки, спільної жовчної протоки, підвищення тиску у протоці ПЗ, та змушує хірургів здійснювати релапаротомію для усунення цих ускладнень, при цьому можливе поранення ободової або дванадцятипалої кишки, спільної жовчної протоки, ворітної та навіть нижньої порожнистої вени через щільний спайковий процес. Отже, така нескладна маніпуляція під час першої лапаротомії на ранньому етапі захворювання позбавляє тяжких ускладнень.

Інтраопераційно вогнища некрозу (менше 30% тканини ПЗ) виявлені у 25% хворих, масивний некроз (30 — 60% тканини ПЗ) — у 46%, тотально—субтотальний панкреонекроз (понад 60% тканини ПЗ) — у 29%. Таким чином, відкрите оперативне втручання застосовували за поширеного некротичного ураження ПЗ та наявності ускладнень, які неможливо було усунути при використанні мініінвазивних методів.

Ми згідні з авторами, які стверджують, що відкриті операції наносять велику травму хворому, часто спричиняють формування післяопераційних гриж, спайкового процесу, проте, критерієм доцільності їх виконання є ціна життя. Стосовно спайкового процесу, нам неодноразово доводилося оперувати хворих

через кілька років після деструктивного панкреонекрозу, проте, спайки були невиражені.

Є повідомлення про успішне впровадження ендовідеолапароскопічних методів, в тому числі з застосуванням технологій "міні-асистент", "finger assisted", "hand-assistant", що дозволяють зменшити післяопераційну летальність. Ми вважаємо, що за такими операціями майбутнє, проте, широке впровадження технологій мінідоступу при лікуванні гнійно-некротичних ускладнень за межами сальникової сумки потребує ретельного дослідження.

Померли 5 хворих, оперованих відкритим способом (післяопераційна летальність 20,8%), що відповідає даним інших авторів. Проте, слід наголосити, що у нашому дослідженні були сконцентровані і відібрані хворі з дійсно тяжкими інфікованими ускладненнями, у

яких неможливо було застосувати консервативні та мініінвазивні методи. Основною причиною смерті хворих при панкреонекрозі була поліорганна недостатність, вона становила 62,5% летальності. Її спричинили прогресуючий панкреонекроз, перитоніт. Проте, 3 пацієнта померли від супутніх захворювань, 1 — від інфаркту міокарда, 2 — тромбоемболії легеневої артерії.

В групі порівняння 99 (56,6%) хворим показана відкрита операція, що суттєво збільшило тривалість їх лікування у стаціонарі, частоту ускладнень, зумовило інвалідизацію хворих та збільшення матеріальних витрат.

ВИСНОВКИ

1. Мініінвазивні хірургічні втручання з приводу ускладнень ГП є пріоритетними, вони виконані у 84,6% пацієнтів, відкриті оперативні втручання — у 13,6%.

2. Використання постійного УЗД моніторингу через кожні 3 — 5 діб сприяло ранньому виявленню парапанкреатичних ускладнень, обґрунтувало доцільність виконання мініінвазивних втручань, що забезпечило зменшення вірогідності прогресування гнійно-септичних ускладнень та, відповідно, частоти виконання відкритих оперативних втручань, зниження загальної летальності до 4,5% у хворих основної групи (в групі порівняння — 17,7%).

3. Відкриті оперативні втручання з приводу ускладнень ГП показані при прогресуванні інфікованого панкреонекрозу, що встановлене за даними КТ, переважно після 14 — 16-ї доби від початку захворювання, формуванні секвестрів, флегмони заочеревинного простору, тотального панкреонекрозу та перитоніту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Недашковский ЭВ, редактор. Острый панкреатит: руководство для врачей. Москва: ГЭОТАР—Медиа, 2009. 272 с.
2. Майоров ВМ, Дундаров ЗА, Свистунов СВ. Оценка эффективности малоинвазивных вмешательств в лечении острого деструктивного панкреатита. Новости хирургии. 2011;19(6):45—50.
3. Савельев ВС, Гельфанд БР, Бурневич СЗ, Гельфанд ЕБ, Алексеева ЕА, Цеденжапов ЕИ. Роль антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе. Антибиотики и химиотерапия. 2000;45(5):20—7.
4. Шалимов АА, Ничитайло МЕ, Литвиненко АН. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита. Клінік хірургія. 2006;(6):12—20.
5. Лисенко МВ, Урсов СВ, Пасько ВГ, Чиж СИ, Грицюк АМ, Литовченко ГЯ. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром панкреатите. Москва: ГВКГ им. Н. Н. Бурденко, 2006. 202 с.
6. Ничитайло МЕ, Снопко ЮО, Булик ИИ. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы. Киев: ЧАО "Полиграфкнига", 2012. 544 с.
7. Федорук АМ. Ультрасонография в диагностике и лечении острого панкреатита. Минск, 2005. 126 с.
8. Чиркова АВ. Лечебная и диагностическая тактика при острых скоплениях жидкости, осложняющих течение первичного деструктивного панкреатита [тезисы]. Москва, 2009. 29 с.
9. Шейко ВД, Оганезян АГ. Оптимізація хірургічної тактики при обмежених скупченнях рідини у хворих за тяжкого гострого панкреатиту. Клінік хірургія. 2013;(12):22—4.
10. Спосіб діагностики та лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту: пат 110517 Україна. Заявл. 15.04.16, опубл. 10.10.16, Бюл. № 19.

